



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

A construção do cuidar especializado à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por: Fernanda Maria Gomes da Silva da Cunha

Porto, junho de 2025



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

A construção do cuidar especializado à Pessoa em Situação Crítica

The construction of specialized care for people in critical illness

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por: Fernanda Maria Gomes da Silva da Cunha

Sob orientação de: Professor Doutor Vasco Silva Neves

Porto, junho de 2025

RESUMO

A crescente complexidade dos cuidados de saúde exige profissionais de enfermagem altamente qualificados, com formação contínua e competências avançadas que garantam uma prática segura, autónoma e baseada na evidência científica.

O presente relatório traduz o percurso de desenvolvimento profissional e o progresso académico realizado no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Assente numa metodologia de análise crítica, reflexiva e descritiva da prática de cuidados especializados, fundamentada na evidência científica, o relatório constitui-se, com a caracterização dos contextos de estágio, Emergência Pré-Hospitalar e Serviço de Medicina Intensiva, e com uma reflexão aprofundada sobre as atividades que mais favoreceram o desenvolvimento de competências, com base nos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

Neste percurso foram realizadas duas revisões de literatura que serviram de suporte teórico às práticas desenvolvidas em contexto clínico e contribuíram para a consolidação de competências especializadas. A primeira revisão intitulada “Desenvolvimento de competências especializadas – contribuição da simulação em situações de exceção”, explorando a relevância da simulação como metodologia formativa na preparação de profissionais para cenários de elevada complexidade, como as situações de exceção ou catástrofes. A outra revisão, “O Papel do Enfermeiro na Consulta de *Follow-up* em Cuidados Intensivos”, evidenciando a importância da continuidade dos cuidados e da reabilitação no pós-internamento em UCI, com o enfermeiro a desempenhar um papel central e multidimensional junto dos doentes e das suas famílias.

Este relatório destaca a relevância da formação contínua, da reflexão crítica e da prática baseada em evidência como pilares essenciais para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem e para a prestação de cuidados de excelência em contextos de elevada complexidade.

Palavras chave: Pessoa em Situação Crítica; Competências de enfermagem; Conhecimento; Simulação; Consulta de *follow-up*.

ABSTRACT

The growing complexity of healthcare requires highly qualified nursing professionals with continuous training and advanced skills to ensure safe, autonomous and evidence-based practice.

This report reflects the professional development and academic progress made in the context of obtaining a Master's degree in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Critically Ill Person.

Based on a methodology of critical, reflective and descriptive analysis of the practice of specialized care, grounded in scientific evidence, the report is constituted with the characterization of the internship contexts, Pre-Hospital Emergency and Intensive Care Medicine Service, and with an in-depth reflection on the activities that most favored the development of competences, based on the Domains of the Common Competences of the Specialist Nurse and the Specific Competences in Medical-Surgical Nursing, with a focus on the area of the Person in Critical Situation.

Two literature reviews were carried out which provided theoretical support for the practices developed in the clinical context and contributed to the consolidation of specialized skills. The first review, entitled "Development of specialized skills - the contribution of simulation in exceptional situations", explored its relevance as a training methodology in preparing professionals for highly complex scenarios, such as situations involving multiple victims or catastrophes. The other review, "The Nurse's Role in Intensive Care Follow-up Consultation", highlights the importance of continuity of care and rehabilitation after ICU admission, with nurses playing a central and multidimensional role with patients and their families.

This report highlights the importance of continuous training, critical reflection and evidence-based practice as essential pillars for the development of specialized nursing skills and the provision of excellent care in highly complex contexts.

Key words: Critically ill person; Nursing skills; Knowledge; Simulation; Follow-up consultation.

“A vida não é sobre metas, conquistas e linhas de chegada. É sobre quem você se torna durante o caminho. São as pedras do caminho que nos deixam mais fortalecidos e felizes.”

Denise Campos

Dedicado ao meu irmão T.G. [in memoriam],
pelos momentos que partilhei este percurso ao seu lado.

Pela resiliência aliada ao senso de humor que
deixou na memória de todos. O seu exemplo de luta
permanece como inspiração constante.

Só tenho que dar continuidade a isso...

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que não caminhamos sozinhos. Assim, expresso o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste percurso académico.

À Escola Superior de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto, pela realização deste curso de mestrado e a todos os docentes com quem me cruzei, pela partilha de conhecimento, pela disponibilidade e entrega que colocam na formação de profissionais de Enfermagem.

Ao meu orientador Professor Doutor Vasco Neves, pelo acompanhamento, disponibilidade e paciência constantes neste percurso. O seu reforço positivo aliado à sua compreensão e capacidade de ajuda para ultrapassar todos os obstáculos foram essenciais durante este processo de aprendizagem.

Aos meus tutores de estágio, pela partilha de conhecimento que me permitiram a aquisição e desenvolvimento de novas competências.

Aos colegas de curso, pelo espírito de companheirismo académico numa turma que semeou bons momentos de partilha de conhecimento e de convívio.

O grupo da “Escolinha” pelo incentivo para iniciarmos este percurso. Com eles tudo se tornou mais leve e mais motivador. A partilha de viagens num cruzamento de companheirismo, amizade, conhecimento e suporte, foram uma força incondicional que deixa boas memórias.

A todos os profissionais que partilham o dia-a-dia comigo, pelo incentivo e apoio diário à concretização deste caminho.

Aos meus pais e irmãos, restante família e amigos, pelo suporte incondicional e encorajamento contínuo.

Ao meu marido, pela força diária, pela compreensão nos meus períodos de ausência em momentos de família. Por mais um trilha diferente, mas caminhando sempre ao meu lado.

Às minhas filhas, o meu propósito de vida e felicidade. Neste caminho, foram força, apoio e ajuda, cresceram, amadureceram, tornando-se numas mulherzinhas que tanto me orgulho. Este percurso é por mim, mas também por elas, para lhes transmitir que nunca é tarde para aprender e alcançarmos os nossos objetivos.

A todos, o meu... MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AACN - American Association of Critical-Care Nurse

AEM - Ambulância de Emergência Médica

APA - American Psychological Association

BPS - Behavioral Pain Scale

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CIAV - Centro de Informação Antivenenos

CISPE - Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPCIRA - Comissão de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

DAE – Desfibrilhação Automática Externa

DAE - Desfibrilhador Automático Externo

DAV - Diretiva antecipada de vontade

ECT'S - European Credit Transfer and Accumulation System (ECT'S

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENA - Emergency Nurses Association

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendações i-TEAMS®

- Tool for Emergency Alert Medical System

ITUACV - Infecção do trato urinário associada ao cateter vesical

NAS Nursing Activities Score

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAI - Pneumonia associada à intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PMA - Posto Médico Avançado

PND AE - Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa

PSC - Pessoa em situação crítica

RAM - Resistências aos Antimicrobianos

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

RCP - Reanimação-Cardiopulmonar

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SAV - Suporte Avançado de Vida

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	30
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	35
2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	40
2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	43
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	48
3.1 CUIDAR DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	48
3.2 DINAMIZAR A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO	54
3.3 MAXIMIZAR A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E /OU EM FALÊNCIA MULTIORGÂNICA	57
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	70
APÊNDICE 1 - Revisão da Literatura “Desenvolvimento de competências especializadas – contribuição da simulação em situação de exceção “	71
APÊNDICE 2 - Plano de Atividade formativa: Contribuição da simulação em situação de exceção/catástrofe no desenvolvimento de competências	98
APÊNDICE 3 - Apresentação da atividade formativa “Contributos da simulação em situação de catástrofe no desenvolvimento de competências”	100
APÊNDICE 4 - Poster “Desenvolvimento de competências especializadas: contributos da simulação em situações de exceção”	
APÊNDICE 5 - Revisão da literatura “Papel do enfermeiro na consulta de follow-up em	

cuidados intensivos “	115
ANEXOS	135
ANEXO 1 - Certificado de participação nas “II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM”	136
ANEXO 2 - Certificado de organização nas “II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM”	138
ANEXO 3 - Certificado de participação no “1º Seminário de Supervisão Clínica de Enfermagem”	140
ANEXO 4 - Certificado de participação no “Webinar: Inteligência Artificial na Saúde”	142
ANEXO 5 - Certificado de participação no “VII Fórum das Especialidades de Enfermagem subordinado ao tema – Vulnerabilidade (s) no olhar dos Enfermeiros especialistas”	144
ANEXO 6 - Certificado de participação no “IV Congresso Internacional Critical Care – CESPU’24”	147
ANEXO 7 - Certificado de participação no "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobiano Sessão 3”	149
ANEXO 8 - Certificado de participação no "2º Seminário do Doente Crítico”	150
ANEXO 9 - Certificado de participação no workshop “ <i>Ecofast</i> para Enfermeiros, integrado no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano”	152
ANEXO 10 - Certificado de participação no "2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano”	154
ANEXO 11 - Certificado de participação no "VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem: Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar”	156
ANEXO 12 - Certificado de participação no "Internacional Congresso n Emergency 2025”	158

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, o progresso nos cuidados de saúde tem exigido não apenas processos mais complexos, mas também a formação de profissionais com níveis crescentes de competência e conhecimento. Essa evolução visa responder, com maior precisão, ao aumento gradual das funções e responsabilidades atribuídas a esses profissionais. Nesse contexto, a Enfermagem afirma-se como uma disciplina cada vez mais exigente e especializada, impondo a necessidade de um desenvolvimento contínuo dos seus profissionais.

A minha trajetória profissional tem sido dedicada à área de enfermagem em contextos de urgência e emergência, com experiência tanto em serviços de urgência hospitalar quanto em emergência pré-hospitalar, onde o contacto diário com a pessoa/família em situação crítica despertou em mim um interesse nesta área, que se foi intensificando e surgiu a necessidade e a vontade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas. Foi nesse contexto que decidi ingressar no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com foco na Pessoa em Situação Crítica (PSC), dando assim início a um percurso académico orientado para a excelência nesta vertente da profissão.

Desde 2002 exerço funções como enfermeira no Serviço de Urgência (SU) de uma Unidade Local de Saúde do norte de Portugal, e desde 2008 integro a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da mesma instituição. A prática nestes contextos tem sido determinante para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, centradas na resposta à PSC. No SU, atuo em setores diferenciados que exigem intervenção célere e tecnicamente exigente, como a sala de emergência, triagem, transporte interhospitalar e equipa de emergência interna. Destaco, ainda, a minha atividade como formadora e auditora de Triagem de Manchester, evidenciando o compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados. Na VMER, enfrento diariamente cenários clínicos complexos, que requerem tomada de decisão rápida, estabilização da pessoa e comunicação eficaz. Esta experiência diversificada contribuiu para a creditação da Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, refletindo a consolidação de competências na prestação de cuidados diferenciados, humanizados e de qualidade à PSC e família.

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC são *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato... E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas - considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8656).

O termo competência surgirá muitas vezes neste documento, importando clarificar o vocábulo. Assim, (Le Boterf, 2010) define competência como saber agir com pertinência num determinado contexto, mobilizando e combinando recursos pessoais e recursos de ambiente, ou seja, a competência não se reduz apenas ao conhecimento teórico ou à execução de tarefas, mas envolve a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma integrada, para responder de maneira eficaz às exigências de uma situação profissional concreta.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 17º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica do Porto, foi-me proposta a elaboração do presente relatório final. De acordo com o plano de estudos do curso, esta Unidade Curricular tem uma carga horária total de 840h que correspondem a 360h de estágio (180h em cada contexto de prática clínica), 20h de orientação tutorial, 20h de seminário e 440h de trabalho individual, creditando 30 European Credit Transfer and Accumulation System (ECT'S). A realização do estágio decorreu em dois locais distintos: o primeiro contexto clínico em ambiente de emergência pré-hospitalar entre 2 de setembro e 23 de novembro de 2024, e o segundo contexto num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente entre 2 de janeiro e 26 de março de 2025.

Assim sendo, a escolha dos locais de contexto clínico surge no seguimento da área do meu percurso profissional, traduzindo-se no culminar da minha experiência profissional e da praxis diária na abordagem à PSC. O primeiro contexto de estágio era opcional e a minha escolha caiu sobre o ambiente pré-hospitalar, que sempre me fascinou, tendo a oportunidade de realizar turnos na VMER, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e um turno no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Mesmo já tendo experiência em

VMER, tinha curiosidade em conhecer a realidade de um meio idêntico, mas que poderia ter algumas dinâmicas diferentes daquelas onde exerço esta atividade. No meio SIV suscitava o interesse e a curiosidade de conhecer e refletir sobre o papel do enfermeiro no pré-hospitalar, onde perspectivava um desempenho mais preponderante, por ser o elemento mais diferenciado da equipa e, com certeza, assumir um papel mais determinante na tomada de decisão. Pretendia compreender como os cuidados especializados à pessoa em situação crítica em ambiente pré-hospitalar podem ser importantes para a excelência do cuidar. O segundo local de estágio, em contexto hospitalar numa unidade de cuidados intensivos, era de carácter obrigatório, mas sempre foi do meu interesse conhecer a dinâmica e complexidade dessas unidades, mas também compreender a continuidade de cuidados à PSC que foi abordada em ambiente pré-hospitalar ou num hospital menos diferenciado. São inúmeras as situações vividas pessoalmente, de abordagem a estas pessoas e que fica sempre a dúvida da continuidade e desfecho da situação.

Deste modo, o presente relatório tem como objetivo principal apresentar e analisar, de forma crítica, reflexiva e fundamentada, o percurso formativo desenvolvido nos diversos contextos de estágio. Procura-se evidenciar a consolidação de competências e o cumprimento dos objetivos previamente definidos no projeto de estágio, mediante a concretização das atividades planeadas e delineadas nesse documento orientador. Com isto, pretendo demonstrar o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas, em conformidade com o que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem MédicoCirúrgica (EEEMC), permitindo-me evoluir a nível profissional e pessoal, visando uma prática especializada sustentada na evidência e que, futuramente, irão suportar o grau de Mestre em Enfermagem e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC).

Este trabalho foi desenvolvido com base na evidência científica mais atual, estruturalmente, organizado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a descrição dos contextos de estágio. O segundo capítulo foca-se nas competências comuns do enfermeiro especialista, considerando que estas devem ser transversais a todos os contextos de prática profissional, incluindo na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica. O último capítulo consiste numa análise crítico-reflexiva centrada nas competências específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, sustentada pelas atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio, com vista à consolidação de competências nesta área especializada. Por fim, a conclusão integra uma

reflexão crítica sobre os conteúdos abordados, as implicações pessoais para a prática profissional futura, bem como as principais dificuldades e limitações sentidas ao longo deste percurso académico.

A elaboração deste trabalho seguiu as normas da American Psychological Association (APA), 7.^a edição, para a referência bibliográfica, bem como as orientações de formatação gráfica recomendadas pela Universidade Católica Portuguesa (UCP). Importa ainda referir que o documento foi redigido de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tendo sido salvaguardados os princípios éticos relativos à proteção de dados, confidencialidade e anonimato das instituições e dos indivíduos envolvidos.

1. CONSTRUÇÃO DO CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O cuidar especializado emerge da prática sistemática e de um percurso com rumo à perícia, onde a experiência clínica, aliada à reflexão crítica e à formação contínua, transformando-se em intervenções seguras, eficazes e centradas nas necessidades da pessoa.

Neste capítulo, descrevo os contextos de estágio que fundamentaram a construção de um cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

1.1 DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A UCP definiu a realização de estágios em diferentes contextos de prática clínica como elemento essencial do percurso formativo, permitindo o contacto com uma ampla variedade de experiências, aquisição de competências e integração de conhecimentos teóricos e práticos. Esta abordagem contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional, particularmente no âmbito dos cuidados especializados centrados na pessoa em situação crítica.

Neste sentido, o estágio correspondente à Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” foi desenvolvido em dois contextos clínicos distintos: num serviço de emergência pré-hospitalar e num Serviço de Medicina Intensiva (SMI). Apesar de realizados em momentos diferentes, ambos os contextos foram equitativamente distribuídos em termos de carga horária. Este capítulo apresenta uma caracterização desses contextos de estágio, evidenciando a sua relevância no desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem.

1.1.1 Emergência Pré-hospitalar

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável pela coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em Portugal Continental. A sua missão centra-se na garantia da prestação de cuidados de saúde em situações de urgência ou emergência, desde o local da ocorrência até ao encaminhamento para a unidade hospitalar mais adequada. Entre as suas principais funções

destacam-se a prestação de cuidados no local, o transporte assistido de vítimas e a articulação entre os diferentes intervenientes do sistema (INEM, 2013).

Os pedidos de socorro efetuados através do número europeu de emergência – 112 – que digam respeito a situações de emergência médica, são encaminhados para os CODU, sediados em Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Estes centros operam 24 horas por dia e são compostos por equipas multidisciplinares com formação específica, que realizam a triagem, avaliação clínica e coordenação dos meios de socorro, com base na gravidade da situação, localização e acessibilidade ao local (INEM, 2013).

O INEM integra também serviços especializados como o Centro de Informação AntiVenenos (CIAV), que fornece aconselhamento médico em casos de intoxicação, e o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), composto por psicólogos clínicos com formação em intervenção psicológica em contextos de crise e catástrofe. Este último pode atuar à distância ou presencialmente, através da Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) (INEM, 2013).

Para responder eficazmente às diferentes situações de emergência, o INEM dispõe de diversos meios técnicos e humanos, incluindo Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), Helicópteros, Motociclos, Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), Hospital de Campanha, TIP (Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico) e a UMIPE.

Os cuidados de enfermagem em contexto pré-hospitalar assumem um papel determinante na cadeia de sobrevivência, sendo prestados frequentemente em cenários instáveis, imprevisíveis e com recursos limitados. A atuação do enfermeiro neste contexto requer competências técnicas e clínicas diferenciadas, permitindo a avaliação célere e rigorosa da situação, a estabilização da vítima e a tomada de decisões críticas, muitas vezes em segundos, com impacto direto no prognóstico da pessoa em situação crítica (Silva R. &, 2020). Para além da competência técnica, o enfermeiro do pré-hospitalar deve demonstrar capacidade de comunicação eficaz, gestão emocional, adaptação à diversidade de situações e coordenação com equipas multidisciplinares. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro é o profissional habilitado para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em risco de falência vital, integrando assim, de forma indispensável, as equipas de emergência médica extra-hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Neste contexto, a humanização dos cuidados assume também especial importância, uma vez que o enfermeiro é frequentemente um dos primeiros contactos da vítima com o sistema de saúde,

cabendo-lhe igualmente oferecer suporte emocional à pessoa e à família em momentos de elevada vulnerabilidade (Fernandes L. C., 2021).

Assumindo que o enfermeiro adstrito a esta área de intervenção é portador de formação específica orientada e oficialmente certificada, a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2007) emitiu as seguintes orientações para as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar:

- Atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;
- Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais durante o transporte;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;
- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento.

Atualmente, o enfermeiro é o único profissional de saúde que integra a equipa de todos os meios medicalizados do INEM, indo as suas competências além da vertente operacional. De acordo com o recente modelo de organização estrutural e funcional da carreira especial de enfermagem no INEM, estão enquadrados dois níveis de intervenção, o da gestão e o da prestação de cuidados. Recentemente, em outubro de 2024, passou a integrar novamente o CODU.

O enfermeiro que colabora com o INEM tem predeterminado através da Deliberação n.º 20/2013 do INEM (INEM, 2013), entre outras, as seguintes funções:

- Atuar por forma a respeitar e fazer respeitar as normas de segurança, os princípios deontológicos da profissão e as recomendações superiormente emanadas;
- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, respeitando os protocolos

previamente definidos em função de cada situação, quer durante a estabilização do mesmo como na sua continuidade durante o transporte (quer primário como secundário);

- Gerir a administração dos protocolos terapêuticos complexos;
- Efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação

crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;

- Exercer a função de chefe de equipa enquanto elemento constituinte dos meios SIV;
- Gerir os cuidados de enfermagem em situações de Emergência e ou de Catástrofe.

O meu percurso de estágio em contexto pré-hospitalar incluiu a realização de turnos em três vertentes distintas do sistema de emergência médica: CODU, Ambulância SIV alocada a um Serviço de Urgência Básica (SUB) de um hospital do Norte e numa VMER alocada a uma Urgência Polivalente de um hospital do Norte. De salientar que em ambas as equipas o número de enfermeiros especialistas tem aumentado nos últimos anos. A complexidade das situações em que intervêm exige competências técnicas, científicas e emocionais altamente desenvolvidas. Esta realidade tem impulsionado a aposta na formação contínua e na especialização, permitindo que os enfermeiros atuem com maior autonomia, segurança e eficácia na avaliação, estabilização e monitorização da pessoa em situação crítica.

Esta experiência diversificada permitiu-me adquirir uma visão abrangente e integrada do funcionamento do SIEM, assim como desenvolver competências clínicas e de tomada de decisão em contextos de elevada exigência. No CODU, tive a oportunidade de compreender a complexidade da triagem, priorização e coordenação dos meios de socorro, com base em critérios clínicos e geográficos. Na SIV e na VMER, participei diretamente na prestação de cuidados avançados à pessoa em situação crítica, tanto do foro médico como traumático, aprofundando conhecimentos em avaliação rápida, suporte básico e avançado de vida, estabilização hemodinâmica e gestão emocional em situações de elevada pressão. Esta vivência prática contribuiu de forma significativa para o reforço das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista, evidenciando a importância da atuação coordenada e tecnicamente rigorosa no âmbito da emergência pré-hospitalar.

1.1.2 Serviço de Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva assume a responsabilidade das decisões referentes às pessoas que lhe são atribuídas para cuidar, nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento da pessoa e, evidentemente, da participação da pessoa e família na definição da estratégia terapêutica (Ordem dos Médicos, 2018).

Neste contexto, torna-se evidente que a atuação dos profissionais de saúde no Serviço de Medicina Intensiva, nomeadamente dos enfermeiros, deve estar alinhada com os princípios éticos, científicos e legais que regem a prática em cuidados intensivos. A complexidade das decisões terapêuticas, muitas vezes associadas a situações de limiar entre a vida e a morte, exige não só uma elevada competência técnica e clínica, mas também uma sólida formação ética e uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, a pessoa e a sua família. O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental neste processo, contribuindo ativamente para a avaliação contínua do estado clínico da pessoa, para a planificação de cuidados e para a tomada de decisões informadas, centradas na dignidade e no respeito pelos valores da PSC. Assim, a prática de enfermagem em Medicina Intensiva exige, para além do domínio técnico, a capacidade de refletir, ponderar e intervir de forma ética e humanizada, reforçando a importância da formação avançada e do trabalho colaborativo no seio das equipas de cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Um Serviço de Medicina Intensiva é um ambiente altamente diferenciado, destinado à monitorização e tratamento de doentes com instabilidade clínica grave ou risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais. Nestes contextos, a prática de enfermagem é complexa, exigindo competências especializadas para garantir uma vigilância contínua, intervenções rápidas e uma gestão rigorosa de cuidados de elevada tecnicidade. O enfermeiro de cuidados intensivos atua de forma autónoma e colaborativa, sendo responsável por múltiplas intervenções como a gestão da ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica invasiva, administração de fármacos vasoativos, suporte nutricional e prevenção de complicações associadas à imobilidade e à terapêutica intensiva (Coelho, 2020). Para além da dimensão técnica, o enfermeiro exerce um papel fundamental na humanização dos cuidados, na comunicação com a pessoa e a família e no apoio à tomada de decisão, integrando-se de forma ativa nas equipas multidisciplinares. Segundo a OE, o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de adaptação a contextos de elevada complexidade, tomar decisões fundamentadas e prestar cuidados personalizados e seguros à pessoa em

situação crítica, o que se torna particularmente evidente no ambiente dos cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No SMI onde realizei o estágio, evidenciou-se uma forte preocupação com a formação contínua e o desenvolvimento profissional dos elementos da equipa de enfermagem. Este compromisso com a qualificação reflete-se na promoção de momentos formais e informais de aprendizagem, na valorização da atualização científica e na integração ativa dos estudantes e enfermeiros em formação na dinâmica da unidade. A orientação por profissionais experientes e o incentivo à reflexão crítica sobre a prática permitiram a consolidação de competências essenciais à prestação de cuidados altamente diferenciados à pessoa em situação crítica. De salientar que, entre os mais de oitenta enfermeiros que integram a equipa, cinco frequentam atualmente cursos de Doutoramento em Enfermagem, nove possuem a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e dezassete têm a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Adicionalmente, doze enfermeiros encontram-se a frequentar cursos de Mestrado em Enfermagem. Estes dados evidenciam o forte investimento na qualificação académica e profissional, refletindo o compromisso com a excelência e a especialização exigida num serviço de elevada complexidade.

Esta cultura de aprendizagem permanente contribui não só para a segurança e qualidade dos cuidados prestados, mas também para o fortalecimento da identidade profissional do enfermeiro especialista, promovendo uma prática baseada na evidência, na ética e na humanização. Ambientes clínicos que fomentam a aprendizagem e a partilha de saberes potenciam o desenvolvimento de competências avançadas e a melhoria contínua da prática de enfermagem (Lima-Basto, 2020).

O referido serviço é classificado como uma unidade polivalente e multidisciplinar de nível III, caracterizando-se por um elevado grau de diferenciação na prestação de cuidados à PSC. O rácio doente-enfermeiro rigoroso assegura uma vigilância contínua e cuidados altamente especializados. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, da Ordem dos Enfermeiros, a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, são aspetos essenciais na segurança e qualidade dos cuidados de saúde, cooperando assim para um sistema mais eficiente. Na constituição das equipas das UCI nível III, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No referido serviço, destaca-se a implementação do modelo do enfermeiro de referência, prática que contribui significativamente para a continuidade, personalização e

qualidade dos cuidados prestados. Esta abordagem permite que cada pessoa internada seja acompanhada de forma mais próxima e consistente por um enfermeiro designado, que assume a responsabilidade pela planificação, execução e avaliação dos cuidados ao longo da sua permanência na unidade, promovendo um cuidado holístico, individualizado e humanizado, fortalecendo o vínculo terapêutico com a pessoa e a família. Para além de minimizar a fragmentação dos cuidados, este modelo reforça a autonomia, a responsabilidade profissional e a tomada de decisão clínica por parte do enfermeiro, contribuindo para a qualidade e segurança da prática assistencial (Silva R. &., 2020). A aplicação do modelo do enfermeiro de referência permite uma maior coordenação dos cuidados e favorece a personalização da intervenção, aspetos essenciais no contexto da pessoa em situação crítica (Silva L. &., 2018). Este modelo revela-se particularmente eficaz, contribuindo para uma prestação de cuidados mais humanizada, centrada nas necessidades individuais da pessoa, e alinhada com os princípios éticos e científicos da prática especializada em enfermagem.

A experiência vivenciada no SMI revelou-se profundamente desafiante e enriquecedora, permitindo consolidar competências técnicas e relacionais fundamentais para a prática especializada junto da PSC. O contacto diário com realidades clínicas de elevada complexidade, o trabalho em equipa multidisciplinar, a vigilância contínua e a tomada de decisão fundamentada reforçaram a importância de uma atuação pautada pelo rigor científico, pela humanização dos cuidados e pela responsabilidade ética. Este percurso não só contribuiu para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista, como também ampliou a minha consciência sobre o papel do enfermeiro na promoção da segurança, da qualidade e da dignidade dos cuidados prestados nestes contextos mais exigentes da prática clínica.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros, competências comuns são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Os subcapítulos que se seguem encontram-se organizados de acordo com os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista. Estes domínios incluem: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em cada um destes domínios serão apresentadas reflexões críticas e a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do curso e dos diferentes contextos de estágio, evidenciando a aquisição e consolidação das competências associadas à prática especializada em enfermagem.

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O compromisso profissional vincula o enfermeiro ao cumprimento do Código Deontológico, bem como das normas éticas e legais que regulam o exercício da enfermagem, responsabilizando-o por todos os atos que pratica ou delega (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, consagra um conjunto de normas fundamentais para o exercício da profissão e inclui, no seu Capítulo VI, o Código Deontológico do Enfermeiro, cuja publicação sob a forma de diploma legislativo reforça a sua aplicabilidade obrigatória a todos os profissionais inscritos na Ordem.

No exercício da minha atividade profissional, surgem frequentemente situações que suscitam questões ético-legais, envolvendo os direitos e deveres dos doentes. Durante os estágios, essa realidade manteve-se presente, exigindo uma reflexão contínua e uma atuação

ética e responsável, refletindo-se numa prática de enfermagem, enquanto estagiária, com enfoque na privacidade, dignidade e a autonomia do doente, com base na deontologia profissional e nas suas crenças e valores. Esta prática refletiu os princípios definidos no plano de estudos da UCP, que estabelece como objetivo, para a obtenção do grau de mestre e especialista em Enfermagem, a capacidade de tomar decisões fundamentadas, com base em evidências científicas, tendo sempre em consideração as responsabilidades sociais e éticas da profissão (Universidade Católica Portuguesa, 2023).

O referido domínio revelou-se particularmente relevante nos dois contextos de estágio, tanto no ambiente pré-hospitalar (VMER e SIV), como no SMI, exigindo uma prática clínica informada, consciente e autónoma, devidamente sustentada nos princípios deontológicos, legais e científicos que orientam a profissão de enfermagem. A atuação do enfermeiro especialista, nestes cenários de elevada complexidade, implica não só competências técnico-científicas, mas também um elevado sentido ético, respeito pelos direitos da pessoa e capacidade de decisão fundamentada (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No contexto pré-hospitalar, esta responsabilidade é amplificada pela natureza imprevisível e emergente das ocorrências. Recordo uma ativação no estágio em meio SIV, para uma situação de paragem cardiorrespiratória (PCR) em ambiente domiciliário. À chegada ao local, a vítima encontrava-se em PCR presenciada pela família, visivelmente em sofrimento emocional. Para além da aplicação imediata do protocolo de Suporte Avançado de Vida, foi necessário gerir o espaço físico limitado, coordenar a atuação eficazmente com o técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) e manter a comunicação empática com os familiares. Entretanto houve apoio de uma equipa da VMER dessa região, que concordou com a continuidade da atuação até ser tomada a decisão de suspender medidas de reanimação e ser verificar o óbito pelo médico. Esta tomada de decisão sobre a continuidade da reanimação foi feita em articulação com ambas as equipas.

Diante do exposto, a PSC, que se encontra em risco iminente de vida, exige intervenções rápidas e imediatas que permitam a estabilização e reversão do quadro clínico. Nesse contexto, em situações de paragem cardiorrespiratória, prevalece o direito à reanimação. Segundo o INEM (2019), todas as vítimas em PCR todos devem ser reanimadas, exceto nos casos em que esse procedimento se revele inútil ou contrarie a vontade do doente, reconhecendo-se assim o direito à não reanimação quando esta se configura como fútil ou em desrespeito à vontade expressa da pessoa. Neste sentido, a existência de diretivas antecipadas de vontade (DAV) ou outra documentação legal válida deve ser respeitada,

mesmo em ambiente pré-hospitalar, como forma de salvaguardar a dignidade e os direitos do cidadão (Silva C. P., 2020).

Em contexto pré-hospitalar, nomeadamente no meio SIV, o enfermeiro é frequentemente confrontado com situações que exigem decisões urgentes e complexas, como a PCR. Nessas situações, embora a intervenção rápida seja essencial para garantir a continuidade da vida, esta deve ser sempre balizada por princípios éticos fundamentais, como o respeito pela autonomia, a proteção da dignidade da pessoa e a responsabilidade moral dos profissionais de saúde. A decisão de iniciar ou suspender manobras de reanimação deve, assim, resultar de uma análise cuidada que articule o juízo clínico com as dimensões éticas e legais da prática profissional. Como defende Carneiro (2015), a ação do enfermeiro deve basear-se numa ética do cuidado que reconheça a pessoa como centro da decisão e promova intervenções proporcionalmente ajustadas à sua condição e vontade.

Este tema mereceu especial reflexão com o enfermeiro tutor. Ainda que o enfermeiro atue de acordo com os princípios fundamentais da ética e evite práticas de obstinação terapêutica, a suspensão de medidas invasivas ou de manobras de reanimação só é concretizada mediante decisão médica e na sua presença. Esta limitação pode constituir um dilema ético, sobretudo quando, perante uma PCR clinicamente irrecuperável, se reconhece a futilidade das intervenções e o sofrimento evitável que a sua continuidade pode causar. Segundo Carneiro (2015), o profissional de enfermagem deve manter uma postura ética crítica e consciente, orientada pela dignidade da pessoa e pela proporcionalidade dos cuidados. Também Silva e Cardoso (2020) referem que, em situações de fim de vida, o enfermeiro pode vivenciar tensão moral entre o seu compromisso com o cuidado ético e a impossibilidade de decisão autónoma quanto à suspensão de medidas. Estes cenários exigem do enfermeiro especialista uma elevada competência ética, capacidade de argumentação clínica e colaboração interdisciplinar para garantir que os cuidados prestados respeitam simultaneamente a vida e o direito a uma morte digna.

Torna-se, por isso, fundamental promover o consenso entre os profissionais e as instituições de saúde envolvidas, com vista à criação de um mecanismo formal e legalmente enquadrado no sistema de emergência médica, que possibilite ao médico regulador do CODU, com base na avaliação clínica do enfermeiro do INEM e através dos recursos de telemedicina atualmente disponíveis, autorizar a não implementação ou a interrupção de manobras de suporte vital. Tal mecanismo seria particularmente relevante em contextos que, devido à capacidade limitada do sistema, não é viável a deslocação de um médico ao local da ocorrência, permitindo assim uma tomada de decisão célere, proporcional e ética, evitando

intervenções fúteis e respeitando os princípios da dignidade e da eficiência nos cuidados prestados.

No contexto de estágio no SMI, também emergiram situações desafiantes que exigiram uma reflexão profunda sobre os limites da intervenção terapêutica, particularmente perante casos de morte cerebral e decisão sobre a suspensão de medidas de suporte vital. Nestes cenários, o enfermeiro é chamado a integrar o raciocínio clínico com princípios éticos e legais, garantindo que as decisões tomadas respeitam a dignidade da pessoa e os seus direitos fundamentais. Existiram duas situações presenciadas, em que a tomada de decisão de suspender medidas de suporte vital foram discutidas em seio de equipa médica e enfermeiro responsável da pessoa doente, o que levou a um momento reflexivo com a minha enfermeira tutora sobre a temática.

A morte cerebral, enquanto critério legal de morte em Portugal, implica a cessação definitiva de todas as funções cerebrais, sendo clinicamente irreversível. Perante este diagnóstico, a manutenção de terapêuticas invasivas pode configurar-se como fútil, exigindo ao profissional de saúde uma atuação ponderada, humanizada e eticamente responsável (Carneiro, 2015).

Além disso, a suspensão de medidas de suporte, como a ventilação mecânica ou o suporte inotrópico, deve ser devidamente fundamentada na proporcionalidade das intervenções e no respeito pela autonomia e vontade do doente, nomeadamente quando existam diretivas antecipadas de vontade ou uma deliberação médica baseada em critérios éticos, clínicos e legais. Como salienta a Ordem dos Enfermeiros (2019), o enfermeiro deve promover cuidados que respeitem a dignidade da pessoa em fim de vida, contribuindo ativamente para uma tomada de decisão ética em equipa. Estas experiências evidenciam a importância de competências éticas sólidas e de uma postura crítica e reflexiva, fundamentais para o exercício profissional em contextos de elevada complexidade como o SMI.

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros reforça que o enfermeiro deve atuar com base em valores éticos e no respeito pela pessoa, sendo seu dever respeitar a vontade expressa da pessoa e promover cuidados que tenham em consideração a sua dignidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Desta forma, o enfermeiro especialista, no exercício da sua autonomia profissional e competência ética, assume um papel central na ponderação e execução de intervenções que respeitem simultaneamente o valor da vida e o direito a uma morte digna (Fernandes M. &, 2018).

Esta temática reforçou a consciência da minha responsabilidade enquanto futura enfermeira especialista, não só na execução técnica, mas na gestão da relação terapêutica

com a pessoa e a família, e no respeito pelos limites éticos da intervenção. Como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2019), o enfermeiro especialista deve agir de forma autónoma, fundamentada, e sempre em conformidade com os princípios legais e éticos da profissão, promovendo uma prática segura, humanizada e responsável.

Durante o estágio, constatei que a presença e envolvimento da família em situações críticas envolvendo a PSC é marcada por elevada ansiedade, preocupação e uma necessidade constante de informação. Neste contexto, a comunicação com os familiares revela-se uma dimensão essencial dos cuidados de enfermagem, não apenas enquanto instrumento de esclarecimento clínico, mas também como suporte emocional e promotor de segurança. Uma comunicação clara, empática e contínua contribui significativamente para o alívio da ansiedade da família, fortalece a relação terapêutica e promove a confiança nos profissionais de saúde (Ramos, 2018). É expectável que os profissionais prestem informação sobre o estado da PSC, mas essa partilha deve respeitar rigorosamente os direitos da pessoa assistida, nomeadamente no que diz respeito ao consentimento informado e à confidencialidade da informação em saúde, conforme previsto na Lei n.º 12/2005 (Diário da República, 2005). Como salienta Carneiro (2015), o enfermeiro deve ser guardião da informação em saúde, assegurando que esta só é partilhada com o consentimento da pessoa e dentro dos limites da sua autonomia. A confidencialidade está ainda consagrada no artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que reforça a responsabilidade do enfermeiro em preservar o sigilo profissional. Assim, a comunicação eficaz com a família, aliada ao respeito pelo direito à informação e à confidencialidade, constituiu um foco importante da minha prática de cuidados durante este percurso.

A responsabilidade profissional do enfermeiro especialista assume particular relevância em contextos clínicos de elevada complexidade e instabilidade, como os verificados no SMI ou no ambiente pré-hospitalar. Este profissional não só responde pelo rigor técnico e científico dos cuidados prestados, como também pela sua dimensão ética, assumindo um compromisso com a dignidade da pessoa, a segurança clínica e a qualidade da decisão em equipa. Como refere Nunes (2018), a responsabilidade do enfermeiro não se esgota na execução de procedimentos, mas estende-se à capacidade de deliberação ética e argumentação fundamentada, mesmo perante hierarquias institucionais ou decisões médicas com as quais possa não concordar. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), o enfermeiro é responsável pelos atos que pratica e deve agir de forma autónoma, consciente e informada, dentro do seu âmbito de intervenção. Esta responsabilização implica também um dever de

atualização científica e reflexão contínua sobre os impactos éticos e legais das suas decisões, particularmente quando em causa estão vidas humanas e cuidados no fim de vida (Carneiro, 2015). Assim, o exercício profissional ético e responsável, enquanto futura enfermeira especialista, foi um dos pilares fundamentais na minha prestação de cuidados de enfermagem nestes contextos clínicos, sendo inseparável da minha identidade pessoal e profissional.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Durante o estágio, reconheci a importância do envolvimento ativo do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assumindo um papel fundamental na identificação de oportunidades de mudança, na reflexão sobre a prática e na implementação de estratégias que promovam maior segurança, eficiência e humanização na prestação de cuidados. A observação crítica e a avaliação sistemática dos procedimentos permitiram-me integrar a cultura de melhoria como parte do exercício profissional, promovendo práticas baseadas na evidência e adaptadas às necessidades reais da PSC e da sua família.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro especialista deve participar de forma ativa em processos de monitorização, avaliação e inovação, contribuindo para a qualificação das equipas e para a gestão do risco clínico. Também Matos (2020) refere que o compromisso com a melhoria contínua exige do enfermeiro competências em análise crítica, colaboração interdisciplinar e liderança transformacional, elementos essenciais para garantir a segurança do doente e a eficiência dos recursos.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE, constituem um pilar fundamental da prática profissional, especialmente no âmbito da enfermagem à pessoa em situação crítica. Os enunciados descritivos definidos pela Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem são: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Estes padrões orientam a prestação de cuidados baseados em evidência, promovendo a segurança, a eficácia e a humanização, e garantem que os profissionais atuam de forma ética, competente e responsável (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A sua aplicação permite ainda reduzir riscos associados à prática clínica, assegurando uma intervenção uniforme e coerente, independentemente do contexto institucional.

Para além de orientarem a prática assistencial, os padrões funcionam como instrumento de avaliação e melhoria contínua, apoiando a análise do desempenho individual e coletivo, e promovendo uma cultura de responsabilidade e excelência. Segundo Matos (2020), a adesão a padrões definidos melhora a prática reflexiva e contribui para a construção de ambientes de cuidado mais seguros, colaborativos e eficientes.

Em ambos os contextos de estágio, utilizei os Padrões de Qualidade como referência para orientar a minha atuação e refletir sobre as práticas observadas. A sua integração no quotidiano da prática especializada revelou-se fundamental para promover cuidados mais seguros, consistentes e centrados nas necessidades da PSC, fortalecendo a minha identidade profissional e o compromisso com a melhoria contínua.

No contexto do estágio no SMI, foi notório o investimento da equipa na formação académica contínua, na atualização científica e na participação ativa em projetos de melhoria da qualidade dos cuidados. Esta aposta reflete uma cultura de excelência e um compromisso com o desenvolvimento profissional, alinhado com o domínio em causa. O bom acolhimento e uma integração muito adequada numa equipa de enfermagem empenhada na reflexão crítica sobre a prática, na partilha de conhecimento, na implementação de estratégias baseadas na evidência, no rigor técnico das intervenções, facilitou e favoreceu o meu percurso de encontro a uma prática especializada de excelência.

Tive a oportunidade de conhecer o trabalho de uma equipa dedicada à prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), uma das complicações mais prevalentes e graves em doentes submetidos à intubação orotraqueal prolongada. A presença desta infeção compromete a recuperação da PSC, aumentando o tempo de ventilação, a permanência em cuidados intensivos e o risco de mortalidade (Torres, 2017).

A PAI representa uma ameaça significativa à segurança do doente crítico, estando associada a aumento da morbilidade, da mortalidade, do tempo de internamento e dos custos hospitalares (Torres, 2017). Neste sentido, a existência de grupos de trabalho dedicados à prevenção desta infeção demonstra o compromisso da equipa com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a segurança da PSC. Estas práticas, integradas em *bundles* de prevenção, conforme a Norma nº 021/2015 atualizada em 17/11/2022 (Direção Geral da Saúde, 2022), revelam-se eficazes na redução da incidência da PAI e estão em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente os padrões da prevenção de complicações, da segurança e da organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Tive também a oportunidade de conhecer o trabalho de um segundo grupo dedicado à prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical, uma das infeções nosocomiais comuns em unidades hospitalares. A inserção e manutenção do cateter vesical, embora muitas vezes imprescindível, representa um risco acrescido de infeção, especialmente em doentes críticos com internamentos prolongados e múltiplas comorbilidades (Lo, 2014). Neste grupo de trabalho, foram debatidas estratégias preventivas baseadas na evidência científica e na *bundle* de boas práticas (Direção Geral da Saúde, 2022).

A atuação do enfermeiro especialista nesta área é central, não apenas pela execução técnica, mas também pela vigilância contínua do estado do doente, pela identificação precoce de sinais de infeção e pela promoção de decisões partilhadas em equipa sobre a manutenção ou retirada do dispositivo. Esta abordagem multidisciplinar, centrada na segurança da pessoa em situação crítica, reflete o compromisso com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, particularmente os relacionados com a prevenção de complicações, a segurança e a organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Segundo Cunha e Oliveira (2019), a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical depende fortemente da formação contínua da equipa, da monitorização regular das práticas e da implementação de protocolos baseados em indicadores de qualidade. Este grupo de trabalho proporcionou-me um conhecimento aprofundado das práticas atuais de prevenção da infeção urinária através de formação em ambiente de trabalho e reforçou a minha perceção do enfermeiro como agente ativo na gestão do risco de infeção e na melhoria contínua dos cuidados.

Neste contexto, presenciei a realização de auditorias à minha enfermeira tutora, no âmbito da aplicação de medidas preventivas da PAI e infeção urinária. Estas auditorias não se revelaram apenas instrumentos de controlo, mas sim estratégias formativas e de reforço das boas práticas, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados. A observação destas auditorias permitiu-me compreender o valor da monitorização contínua da prática, da reflexão em equipa e da importância de alinhar os cuidados com os protocolos institucionais e com a evidência científica atual, reforçando em mim a importância da autoavaliação, da abertura à crítica construtiva e da vigilância da prática clínica, elementos fundamentais para o desenvolvimento profissional e para o exercício da enfermagem especializada de forma segura e responsável. Como refere Matos (2020), as auditorias são ferramentas fundamentais na gestão da qualidade em enfermagem, promovendo a responsabilização, a melhoria contínua e a segurança do doente.

No contexto pré-hospitalar, onde o ambiente é frequentemente instável, imprevisível e de elevada exigência clínica, a qualidade dos cuidados assume um papel determinante na promoção da segurança da PSC. A necessidade de decisões rápidas, transporte seguro e intervenções técnicas exige do enfermeiro especialista não apenas competências clínicas avançadas, mas também uma forte orientação para a organização e padronização dos procedimentos. Neste sentido, a utilização de *checklists* operacionais e clínicos surge como uma estratégia essencial para garantir a segurança do doente, da equipa e da própria intervenção em contexto móvel.

As *checklists* contribuem para a redução de erros, reforçam a comunicação entre os profissionais e asseguram que nenhum passo fundamental é negligenciado durante a preparação e execução dos cuidados, nomeadamente no transporte de doentes críticos, na monitorização hemodinâmica e na administração de terapêutica urgente (Funk, 2011). A sua aplicação no âmbito pré-hospitalar alinha-se com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente os padrões da segurança, da organização dos cuidados e da continuidade, promovendo uma prática sistematizada, eficaz e centrada na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A minha experiência durante o estágio nos meios SIV e VMER permitiu-me reconhecer a importância das *checklists* como aliadas da prática segura, reforçando o planeamento e a comunicação entre profissionais. Estas ferramentas representam não apenas um suporte técnico, mas também uma expressão da cultura de segurança e qualidade que deve estar presente em todos os níveis do sistema de emergência médica.

A transmissão eficaz da informação entre profissionais de saúde é um elemento essencial para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados prestados. Em contextos de elevada complexidade, como no SMI ou em ambiente pré-hospitalar, uma comunicação clara, objetiva e estruturada permite prevenir erros, garantir a correta implementação de intervenções e responder de forma célere às necessidades da PSC. A Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde reforça a importância da utilização de modelos estruturados de comunicação, como o ISBAR (Identificação, Situação, *Background*, Avaliação, Recomendações), promovendo a transmissão de informação clínica relevante de forma padronizada e segura (Direção-Geral da Saúde, 2017). Esta norma alinha-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ao valorizar a continuidade, segurança e organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

No contexto do SMI, onde a complexidade clínica e a instabilidade das situações exigem elevada coordenação e clareza na comunicação entre profissionais, a utilização do

modelo ISBAR revela-se uma ferramenta indispensável para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados. Este modelo estruturado permite transmitir informações clínicas de forma objetiva, sistematizada e eficaz, nomeadamente durante a transferência de cuidados entre turnos, o encaminhamento de doentes entre serviços ou a comunicação com outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Apesar de já aplicar este método na minha prática diária, destaco a importância atribuída pela equipa do SMI à utilização do modelo ISBAR, o qual é reforçado por uma *checklist* de segurança utilizada em cada passagem de turno. Esta *checklist* inclui itens essenciais para a segurança e continuidade dos cuidados, como a identificação de doentes com nomes semelhantes, necessidades de isolamento, risco de queda, admissões e altas, transporte a exames, entre outros fatores clínicos e de vigilância. Esta ferramenta contribuiu para reduzir falhas de comunicação, garantir que os elementos essenciais da situação clínica fossem transmitidos com clareza e assegurar uma resposta rápida e adequada às necessidades da PSC. Segundo Silva e Marques (2021), o uso da técnica ISBAR melhora a eficácia comunicacional em ambientes de elevada pressão, como os cuidados intensivos, promovendo uma linguagem comum e uma cultura de segurança entre profissionais.

No âmbito da emergência pré-hospitalar, desde 2019, foi implementado o Sistema de Informação *i-TEAMS*® (Tool for Emergency Alert Medical System), constituindo-se como uma ferramenta essencial de apoio à decisão clínica e operacional. Este sistema permite o registo em tempo real das intervenções pelos profissionais no terreno, integrando escalas e critérios clínicos que facilitam o alerta precoce e a estratificação da gravidade da vítima. Para além disso, o *i-TEAMS*® possibilita a georreferenciação das equipas no terreno, bem como a identificação e orientação para a unidade de saúde mais adequada ao perfil clínico da vítima, otimizando os tempos de resposta e a alocação eficiente dos recursos (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019).

Durante o estágio, reconheci que a comunicação eficaz não é apenas um ato técnico, mas uma expressão de responsabilidade ética e profissional, sendo fundamental para garantir que todos os intervenientes partilham a mesma compreensão da situação clínica, contribuindo para decisões mais seguras e fundamentadas.

Em dezembro de 2024 teve início a Consulta de *Follow-up* (CFU) do SMI onde realizei estágio. Esta consulta assume-se como um momento de excelência, no qual os profissionais de saúde e o doente/família se reúnem, após uma situação de doença crítica, com o objetivo de avaliar a evolução do doente e dos seus familiares/cuidadores após a alta hospitalar. Pretende-se com a implementação desta consulta, identificar e assegurar o

tratamento de situações específicas associadas ao internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos, com vista à melhoria da qualidade de vida dos doentes, bem como avaliar a evolução dos mesmos. A possibilidade de acompanhar estes doentes torna-se essencial para rever procedimentos e abordagens diagnósticas e terapêuticas de subgrupos específicos de doentes/patologias. A CFU assume-se, assim, como um marcador de qualidade essencial na avaliação e idoneidade do SMI.

A importância deste domínio estende-se ainda à área da formação, na medida em que garantem a transmissão das competências essenciais a novos profissionais. Para Carneiro (2015), os padrões são ferramentas estruturantes que asseguram uma formação alinhada com as exigências contemporâneas da profissão, preparando os enfermeiros para responder de forma eficaz aos desafios éticos, técnicos e humanos do cuidado em saúde. Reforçam também o compromisso com a responsabilidade ética, sendo expressão de uma profissão que assume a qualidade como um dos seus valores nucleares (Silva C. &, 2020).

Este domínio foi sendo reforçado através da participação em atividades formativas, pesquisa bibliográfica, revisões de literatura e momentos de reflexão crítica sobre a prática. A qualidade dos cuidados em enfermagem depende, em grande medida, da capacidade dos profissionais em questionar a prática instalada, identificar oportunidades de melhoria e implementar intervenções baseadas na melhor evidência disponível.

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O domínio da gestão dos cuidados revelou-se particularmente enriquecedor durante o estágio, destacando a importância da organização eficaz dos recursos humanos e materiais, da articulação multidisciplinar e da priorização das intervenções de enfermagem.

No contexto do pré-hospitalar, existe em cada equipa um enfermeiro coordenador responsável pela gestão de recursos humanos e materiais e pela gestão do horário de enfermagem. No entanto, em cada turno só está presente um enfermeiro que assume o papel de responsável de turno, assumindo tarefas de gestão de necessidade de materiais e manutenção de equipamentos. Relativamente ao meio SIV, o enfermeiro assume o papel de *team leader*, sendo o principal responsável pela tomada de decisões clínicas e operacionais. Esta responsabilidade implica a coordenação da equipa, definição de prioridades de atuação, bem como a eventual delegação de tarefas ao TEPH, com quem constitui uma equipa. Em situações críticas, a delegação eficaz de funções torna-se essencial para minimizar o tempo de resposta e otimizar os recursos disponíveis, mantendo sempre o foco na segurança e na qualidade da intervenção. Conforme preconizado no Regulamento das Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), a delegação de cuidados exige não só a definição clara das tarefas a atribuir, mas também a responsabilidade de o enfermeiro avaliar se a sua execução foi eficaz e realizada corretamente, garantindo a segurança e a continuidade dos cuidados.

Tive a oportunidade de realizar estas atividades em conjunto com o meu enfermeiro tutor, o que me permitiu, ao longo do estágio, ganhar maior autonomia na realização de tarefas de gestão, nomeadamente na coordenação da equipa e na delegação/distribuição de tarefas ao TEPH. Esta vivência contribuiu significativamente para o desenvolvimento das minhas competências na área da liderança e gestão de cuidados, permitindo-me compreender a importância de organizar eficazmente o trabalho em equipa, priorizar intervenções, tomar decisões seguras e comunicar de forma clara e objetiva. Além disso, esta experiência reforçou a minha confiança na atuação autónoma, alinhando-se com o que é definido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que destaca a capacidade de gestão, supervisão e coordenação como dimensões fundamentais da prática especializada.

No contexto do SMI, a gestão de cuidados é uma componente fundamental da prática do enfermeiro especialista, dada a elevada complexidade clínica, instabilidade dos doentes e necessidade de decisões rápidas e fundamentadas. O enfermeiro assume aqui um papel de líder clínico, sendo responsável por coordenar as intervenções da equipa, garantir a utilização eficaz dos recursos e assegurar a continuidade e segurança dos cuidados prestados. Segundo Nunes (2019), a gestão em cuidados intensivos exige competências específicas em planeamento, supervisão, delegação e tomada de decisão, bem como uma visão global e integrada do serviço, que permita responder de forma ágil às constantes mudanças do estado clínico da pessoa em situação crítica.

Este profissional não atua apenas como supervisor, mas como líder transformacional, capaz de inspirar a equipa, motivar para a melhoria contínua e fomentar a reflexão crítica sobre a prática. Como reforça Cruz (2018), a liderança do enfermeiro gestor em ambientes de alta complexidade é essencial para garantir a tomada de decisões fundamentadas, a gestão de situações críticas e a integração entre os diferentes profissionais de saúde. A sua ação está em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012) e com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que reforçam a dimensão gestora como eixo transversal ao desempenho especializado.

A oportunidade de realizar um turno com a enfermeira responsável pela gestão do serviço nesse momento, em substituição temporária do enfermeiro gestor do serviço, permitiu-me compreender, de forma mais abrangente, a complexidade da coordenação diária da unidade, nomeadamente na distribuição dos enfermeiros, alocação de tarefas, gestão de escalas, controlo de materiais e apoio à equipa em situações críticas. Este acompanhamento evidenciou a necessidade de equilíbrio entre a gestão operacional e a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. A partir da minha experiência profissional, constato que o enfermeiro gestor se vê, cada vez mais, absorvido por tarefas de natureza burocrática, o que muitas vezes dificulta a sua presença próxima e contínua junto da equipa. Apesar deste desafio, pude observar a forma como a enfermeira gestora atribuiu grande importância ao contacto direto com os profissionais, abordando os membros da equipa em diferentes momentos do turno, escutando as suas preocupações, necessidades e sugestões, quer de âmbito profissional, quer pessoal.

Este tipo de liderança revela-se eficaz na criação de um ambiente de trabalho mais coeso, motivado e colaborativo, confirmando que equipas que se sentem ouvidas tendem a ser mais dinâmicas, responsáveis e comprometidas com os objetivos assistenciais. Segundo Cruz (2018), uma liderança próxima e participativa favorece o envolvimento da equipa e promove relações de confiança, essenciais para a melhoria contínua dos cuidados. Também Marques e Silva (2019) defendem que a liderança em enfermagem deve ser adaptativa, ajustando-se ao perfil da equipa e ao contexto clínico, o que potencia melhores respostas organizacionais e maior satisfação profissional.

Esta abordagem está em consonância com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que reforça a importância de o enfermeiro adaptar o seu estilo de liderança ao contexto de trabalho, favorecendo respostas mais eficazes tanto ao nível individual como coletivo, e promovendo um ambiente organizacional positivo e facilitador da boa prática profissional.

Em cada turno, existia um enfermeiro responsável, que assumia tarefas como a distribuição dos doentes entre os enfermeiros, a gestão de materiais e sua manutenção, bem como o acompanhamento das admissões e altas do serviço. Tive a oportunidade de vivenciar diretamente estas atividades em articulação com a minha enfermeira tutora, o que me permitiu compreender melhor a complexidade da gestão operacional em contexto de cuidados intensivos. Uma dessas atividades era aplicação da Escala NAS (Nursing Activities Score), instrumento que permite medir a carga de trabalho do enfermeiro, associando-a à complexidade e intensidade dos cuidados prestados à PSC (Miranda, 2003). Esta escala

avalia 23 atividades de enfermagem, divididas em áreas como suporte ventilatório, hemodinâmico, neurológico, cuidados com higiene, mobilização, apoio emocional e atividades administrativas. Cada item é pontuado com base no tempo estimado de dedicação de enfermagem, permitindo calcular a percentagem de tempo que um enfermeiro necessita para cuidar de um doente em 24 horas. Um NAS de 100% corresponde a tempo integral de um enfermeiro por doente (Miranda, 2003). A aplicação da escala NAS revelou-se uma ferramenta essencial na gestão segura dos recursos humanos, pois fornece dados objetivos para ajustar o rácio enfermeiro/doente e apoiar a tomada de decisão ao nível da coordenação do turno. Além disso, contribui para a valorização do trabalho de enfermagem em contexto de medicina intensiva, tornando visível a complexidade do cuidado prestado, muitas vezes subestimado.

Habitualmente, esse enfermeiro responsável de turno não tinha doentes atribuídos, de forma a garantir disponibilidade para a supervisão e apoio à equipa; no entanto, devido à lotação frequentemente elevada do serviço, era comum acumular a responsabilidade por um doente, conciliando assim as funções de gestão com a prestação de cuidados diretos. A função de enfermeiro responsável deverá, idealmente, recair sobre um enfermeiro especialista, tendo em conta a sua formação avançada e a aquisição de competências diferenciadas no âmbito da gestão em saúde, conforme estabelecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esta qualificação permite-lhe liderar equipas de forma eficiente, gerir recursos de modo adequado e garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestado.

Desta forma, este domínio revelou-se determinante para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista, ao evidenciar a relevância de uma visão integrada, crítica e abrangente dos cuidados de enfermagem. Compreendi que a atuação profissional não se limita à vertente assistencial, mas estende-se também às dimensões organizacional, estratégica e relacional, exigindo do enfermeiro especialista uma intervenção consciente, ética e adaptada à complexidade de cada contexto.

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O desenvolvimento das aprendizagens constitui um domínio transversal e essencial no percurso formativo do enfermeiro especialista, promovendo a aquisição de competências técnicas, relacionais, éticas e reflexivas. Durante o estágio, este domínio assumiu um papel central, pois permitiu-me integrar o conhecimento teórico à prática, melhorar a capacidade de análise crítica e consolidar a minha identidade profissional enquanto futura enfermeira

especialista. A aprendizagem em contextos reais ocorre de forma mais eficaz quando integrada numa reflexão crítica e intencional sobre a prática profissional. A experiência isolada não garante, por si só, o desenvolvimento de competências, é através da análise reflexiva dos acontecimentos, decisões e intervenções que o profissional transforma a ação em conhecimento aplicável e significativo (Johns, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (2019) reconhece no seu Regulamento das Competências Comuns que o enfermeiro especialista deve reconhecer o impacto da sua dimensão pessoal na relação terapêutica e no trabalho interdisciplinar, evidenciando consciência sobre si próprio, sobre a forma como comunica, reage e se posiciona perante os outros, adaptandose ao contexto singular, profissional e organizacional. Simultaneamente, deve basear a sua prática clínica em evidência científica, alicerçando os processos de tomada de decisão em conhecimento atual, pertinente e validado. Esta postura não só reforça a segurança e a eficácia das intervenções, como também valoriza o papel do enfermeiro como facilitador da aprendizagem em equipa e agente ativo na investigação e desenvolvimento da profissão.

No estágio em contexto pré-hospitalar, tive a oportunidade de participar num simulacro de situação de exceção/catástrofe num aeroporto nacional. Embora esta atividade não estivesse inicialmente prevista no meu projeto de estágio, aceitei o convite com entusiasmo, considerando o seu potencial enquanto experiência formativa. À partida, esperava aplicar cuidados especializados à PSC num cenário de exceção, porém, desde o *briefing* inicial, compreendi que um dos principais objetivos era testar os sistemas de segurança do aeroporto, bem como os circuitos e fluxos das vítimas, o que conferiu ao exercício uma dimensão mais organizacional do que assistencial. A minha participação integrou-se numa equipa da VMER, onde realizei triagem secundária, prestei cuidados à PSC e colaborei no encaminhamento para unidades hospitalares adequadas. Esta experiência desencadeou em mim um forte sentido de observação e análise crítica, levando-me a refletir sobre o papel do enfermeiro em contextos de catástrofe, desde o planeamento e conceção do exercício, até à intervenção no terreno e à fase de *debriefing*. Reconheci o enfermeiro como um pilar estruturante na resposta a situações de exceção, sendo fundamental tanto na coordenação de equipas como na avaliação e melhoria dos processos.

Neste contexto, a simulação revelou-se uma estratégia pedagógica de elevado valor. Face à imprevisibilidade de catástrofes reais, as oportunidades de aprendizagem são limitadas, pelo que a formação baseada em simulação se afirma como um método privilegiado de treino. Como referem Almeida e Cruz (2020), os exercícios simulados contribuem para o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, tais como o

raciocínio clínico sob pressão, o trabalho em equipa, a comunicação em crise e a regulação emocional, competências essas que são essenciais ao exercício da prática especializada.

Foi a partir desta vivência que surgiu a realização de uma revisão de literatura intitulada “Desenvolvimento de competências especializadas : contribuição da simulação em situação de exceção” (Apêndice 1), cujo desenvolvimento, apesar dos desafios enfrentados, me proporcionou grande satisfação pessoal e um contributo significativo para o meu percurso académico e científico. Elaborei e apresentei um plano formativo (Apêndice 2) sobre a temática em estudo ao Centro de Formação do INEM, o qual culminou na realização de uma ação formativa (Apêndice 3) dirigida aos enfermeiros da instituição. Este momento revelou-se particularmente significativo para o meu crescimento pessoal e profissional, proporcionando-me a oportunidade de partilhar conhecimento construído com base na prática e na investigação, ao mesmo tempo que contribuí para a sensibilização e atualização dos colegas sobre uma temática atual e pertinente. A receptividade demonstrada pelos participantes reforçou a relevância da formação contínua e da disseminação do saber especializado como parte integrante do papel do enfermeiro especialista.

Os eventos de situação de exceção/catástrofes são imprevisíveis e ocorrem raramente, por isso a experiência dos enfermeiros em situações de catástrofe e as oportunidades de aprendizagem ficam limitadas, portanto a aprendizagem baseada na simulação torna-se o melhor método de treino.

A necessidade e o benefício da utilização de modelos de simulação para treino de resposta a situações de exceção/catástrofes têm sido cada vez mais reconhecidos nos últimos anos. Na área da Enfermagem, a simulação tem representado uma estratégia de aquisição de competências que visa aumentar a compreensão do comportamento humano nas configurações reais que os profissionais desenvolvem a sua atividade.

No seguimento da experiência vivida em contexto de simulação de situação de exceção, elaborei um póster científico intitulado “Desenvolvimento de competências especializadas: contributos da simulação em situações de exceção”, (Apêndice 4), que foi apresentado no VIII Fórum das Especialidades da Universidade Católica Portuguesa. Esta atividade representou não só uma oportunidade de sistematizar e refletir sobre a experiência vivida, mas também de partilhar com a comunidade académica os contributos da simulação para a formação especializada em enfermagem.

Como defendem Ribeiro e Antunes (2020), a divulgação do conhecimento construído em contexto clínico ou académico é um elemento essencial para o crescimento da profissão, promovendo a reflexividade, a atualização contínua e o debate crítico entre pares. Não se

trata apenas de guardar os resultados ou aprendizagens para benefício individual, mas de expor à comunidade profissional e científica aquilo que pode ser útil à prática, à formação e à melhoria dos cuidados. Segundo Cruz (2018), o enfermeiro especialista assume-se como agente ativo no campo do desenvolvimento científico da enfermagem, devendo envolver-se em processos de produção, comunicação e validação do saber especializado.

No contexto do estágio no SMI, surgiu a oportunidade de participar na Consulta de *Follow-up* com a minha enfermeira tutora, uma experiência particularmente enriquecedora que me permitiu compreender a importância da continuidade dos cuidados após a alta da unidade. Esta consulta tem como objetivo avaliar o impacto físico, psicológico e funcional que o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) pode gerar na pessoa e na sua família, integrando uma abordagem multidisciplinar que visa a reabilitação global e humanizada do doente crítico (Pinto, 2021).

A participação nesta atividade despertou o meu interesse pela temática, o que me levou à realização de uma revisão de literatura centrada no “Papel do enfermeiro na Consulta de *Follow-up* em cuidados intensivos”, (Apêndice 5) como parte integrante do meu percurso formativo e investigativo. Este trabalho permitiu-me reconhecer que as sequelas do internamento em UCI, conhecidas como Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), são uma realidade frequentemente negligenciada, mas com implicações significativas na qualidade de vida e na reintegração social e familiar do doente (Needham, 2012). A CFU surge, assim, como uma estratégia fundamental para a avaliação e acompanhamento destes efeitos a médio e longo prazo, e um espaço privilegiado para a escuta ativa e validação da experiência vivida pelo doente.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, a SPICI define-se como o aparecimento de novos problemas de saúde, ou o agravamento de problemas pré-existentes, sejam eles de âmbito físico, cognitivo, psicológico ou social, na sequência do internamento em SMI. Afeta entre 50 e 70% dos sobreviventes de doença crítica e está associada a resultados clínicos desfavoráveis, como readmissões em cuidados intensivos, aumento do tempo de internamento, maior mortalidade e significativa redução da qualidade de vida (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024).

Para Sousa (2022), a CFU possibilita a identificação de alterações que podem passar despercebidas na alta hospitalar, proporcionando intervenções precoces e orientadas para a reabilitação física e psicológica. De igual modo, Gomes (2023) destaca que estas consultas fortalecem a articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários, assegurando uma transição mais segura e eficaz para a vida após o internamento em cuidados intensivos.

O enfermeiro desempenha um papel central nesta consulta, sendo um dos profissionais que melhor garante a continuidade dos cuidados e a vigilância das necessidades dos sobreviventes de doença crítica. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, o enfermeiro é responsável por realizar avaliações sistemáticas dos doentes, identificar precocemente complicações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, e articular a resposta a estas necessidades através de intervenções direcionadas e encaminhamentos adequados (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024).

Para consolidar e expandir conhecimentos, participei regularmente em congressos, fóruns, seminários e workshops focados na área da PSC, cujos comprovativos de participação são remetidos para os anexos deste documento. Nessas ocasiões, tive a oportunidade de ouvir peritos da área, atualizar-me sobre protocolos emergentes e técnicas avançadas de monitorização e suporte hemodinâmico, bem como aprofundar temas como humanização dos cuidados, emergência pré-hospitalar, simulação de cenários, e inovação tecnológica e supervisão clínica. Esses eventos não só reforçaram a fundamentação teórica, mas também promoveram a troca de experiências e boas práticas, contribuindo para a maturação das minhas competências como enfermeira especialista na PSC.

Assim, este domínio revelou-se central ao longo deste percurso de estágio, permitindo-me integrar conhecimento teórico, experiência prática e reflexão crítica num processo contínuo de crescimento profissional, sendo um dos aspetos mais marcantes, o desenvolvimento de competências na área da pesquisa científica. O Enfermeiro Especialista deve demonstrar competências de autoconhecimento e basear a sua prática na evidência científica, posicionando-se como facilitador da aprendizagem e promotor da investigação em contexto clínico (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste sentido, as atividades descritas foram experiências particularmente significativas, que me permitiram desenvolver competências técnicas, científicas e pedagógicas essenciais para o exercício especializado. Este domínio reforçou, ainda, a importância de uma postura reflexiva, investigativa e colaborativa, indispensável à prática de enfermagem centrada na pessoa, à qualidade dos cuidados e ao avanço da profissão.

3.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o profissional que concebe, implementa e avalia planos de intervenção especializados, respondendo às necessidades da pessoa e da sua família em situações que exigem vigilância intensiva, monitorização contínua e terapêuticas avançadas. A sua atuação visa a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação em contextos clínicos complexos, prevenindo complicações e eventos adversos, ao mesmo tempo que promove a saúde e previne a doença em diversos cenários de cuidados.

A área do EEEMCPSC tem como alvo a PSC. Entende -se que a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, sendo os cuidados de enfermagem à PSC altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (Ordem Enfermeiros, 2018). Estes cuidados podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Neste âmbito, o EEEMCPSC assume competências específicas que o posicionam como referência na prestação de cuidados a pessoas a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, associados a doença aguda ou crónica.

O desenvolvimento destas competências requer uma prática altamente especializada, sustentada em conhecimento científico robusto, pensamento crítico e capacidade de decisão autónoma, características que definem o enfermeiro perito, tal como defendido por Benner (2001).

Este capítulo destina-se à abordagem crítico-reflexiva das referidas competências.

3.1 CUIDAR DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Durante o estágio, pude vivenciar múltiplas situações em que esta competência se revelou essencial, desde a atuação em contextos de instabilidade hemodinâmica súbita até à implementação de medidas de suporte vital avançado. Estes momentos permitiram-me desenvolver a capacidade de pensar e agir com rigor clínico, mantendo sempre uma abordagem centrada na pessoa e na sua dignidade. Assim, cuidar da pessoa em falência orgânica não se resume à execução técnica, mas traduz-se numa prática especializada, ética,

reflexiva e humanizada, que valoriza a segurança, o conforto e a recuperação da pessoa em situação crítica.

A abordagem inicial à PSC exige rapidez, eficiência e objetividade na detecção precoce de sinais e sintomas que estejam na origem da instabilidade. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista em fase de competência avançada ou perito é aquele que consegue atuar com intuição clínica apurada, adaptando a sua resposta à singularidade de cada situação, mesmo sob pressão.

Uma avaliação precisa da vítima é das competências mais importantes desempenhada pela equipa de emergência pré-hospitalar. Para estabelecer o melhor plano de abordagem à vítima e para definir as prioridades de tratamento, a equipa depende dos achados na avaliação física e da informação colhida (história da vítima e/ou do incidente). O desenvolvimento de uma rotina de avaliação sistematizada para todas as vítimas assegura que as condições com risco de vida (“*life-threatening*”) serão abordadas de forma prioritária em relação a outras que, sem constituírem critérios de gravidade clínica, podem estar presentes de forma mais dramática, denominadas lesões distrativas (INEM, 2012).

Para avaliação da pessoa em situação crítica, seguiu-se a metodologia ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure), em português, (Via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição), com o objetivo de identificar focos de instabilidade e priorizar cuidados, antecipando possíveis complicações. Segundo o manual de abordagem à vítima, do INEM (2019), a abordagem inicial da vítima inclui as seguintes etapas: preparação, a caminho do local de ocorrência, após o acionamento do meio de emergência pelo CODU; avaliação do local e segurança; avaliação primária; avaliação secundária; e transporte, para uma Unidade de Saúde adequada às necessidades específicas da vítima.

A aplicação da abordagem ABCDE é notoriamente salvaguardada por todos os operacionais dos diferentes meios onde estive, no sentido de promover uma resposta mais eficaz e mais adequada à situação. No entanto, saliento, a diferença de protocolos de atuação entre os meios VMER e SIV, nomeadamente na tomada de decisão relativas a medidas farmacológicas. Isto é, no meio VMER, tem médico presente que valida a intervenção farmacológica, enquanto no meio SIV, o enfermeiro atua segundo os protocolos preconizados, que tive oportunidade de conhecer, e em algumas situações necessita de validação do médico regulador do CODU para realizar essas intervenções farmacológicas. Numa das ocorrências, situação de anafilaxia, que não se confirmou à nossa chegada e foi verificado episódio de síncope, em que houve suspeita de alterações no eletrocardiograma

efetuado, houve necessidade de contacto telefónico com médico regulador para validar medicação. O que me marcou e angustiou, foi o tempo na demora deste atendimento telefónico, para uma intervenção que no meio VMER já estaria efetuada em menos tempo. Com isto, refleti sobre a capacidade de tomada de decisão do enfermeiro e a capacidade de gerir essa dificuldade na presença do doente e família. Verifiquei que a prestação de cuidados especializados são garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do estado de saúde.

Houve oportunidade de aplicar o protocolo de Suporte Avançado de Vida (SAV) em ambos os meios, das quais realçaram duas situações particulares e que despertaram mais reflexão. Uma das ocorrências com o meio VMER, para uma situação de uma pessoa em PCR, internada numa Unidade de Cuidados Integrados, a qual se confirmou à nossa chegada, com enfermeiros da instituição a realizar Suporte Básico de Vida (SBV), prontamente iniciamos o protocolo de SAV. Não foi possível reverter a situação, verificado óbito e comunicado ao enfermeiro responsável da instituição que providenciou contacto com médico assistente. Posto isto, verificamos, que no carro de emergência da instituição, que estava a ser utilizado para a situação, existia um Desfibrilador Automático Externo (DAE), que não foi utilizado pelos profissionais da instituição para atuação na situação em causa. O enfermeiro do meio pré-hospitalar, dotado de conhecimento especializado na área da PSC, foi perspicaz e de forma instrutiva e construtiva, alertou os profissionais presentes para a necessidade de formação em Suporte Básico de vida -DAE (SBV-DAE) e a importância da sua utilização.

A cadeia de sobrevivência sumariza as sequências de atitudes necessárias para a reanimação com sucesso (INEM, 2019). Os quatro elos da cadeia de sobrevivência são: Ligar 112 - Reconhecimento Precoce; Reanimar - SBV precoce; Desfibrilhar - Desfibrilhação precoce; Estabilizar - SAV precoce e cuidados pós-reanimação.

O atraso numa desfibrilhação precoce pode comprometer a vida de uma vítima em PCR. Isto implica continuar a apostar em programas de desfibrilhação usando DAE. Este é um dispositivo capaz de identificar automaticamente ritmos cardíacos desfibriláveis, de emitir comandos sonoros de acordo com a análise do ritmo, de alertar para as condições de segurança e de assinalar os passos do algoritmo a seguir, de produzir descarga elétrica automaticamente ou sob comando de um operador externo, de acordo com energias prédefinidas, e de gravar em forma de dados o registo eletrocardiográfico de uma ocorrência para posterior auditoria (Ministério da Saúde, 2009). O acesso à desfibrilhação por elementos

não médicos, nomeadamente tripulantes de ambulância, enfermeiros e outros profissionais de saúde, bem como os programas de DAE de acesso público, devidamente treinados e integrados em organizações qualificadas, têm permitido a desfibrilhação eficaz e segura cada vez mais precoce. Iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilhar até 3 a 5 minutos após a PCR pode aumentar a sobrevivência até 50-70%. Cada minuto de atraso na desfibrilhação reduz a probabilidade de sobrevivência á alta hospitalar em 10-12% (INEM, 2019).

O Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE) foi desenvolvido após a publicação do Decreto-Lei 188/2009 de 12 de agosto que veio estabelecer as regras a que se encontra sujeita a prática de DAE em ambiente extrahospitalar. Diz esse Decreto-Lei que *“o sistema agora criado integra a DAE em ambiente extra-hospitalar num contexto organizativo estruturado e com rigoroso controlo médico, com o objetivo de minimizar, tanto quanto possível, os riscos de utilização indesejável dos equipamentos. Neste sistema, o papel central na regulação da atividade de DAE em ambiente extra-hospitalar cabe ao INEM”* (Ministério da Saúde, 2009, p. 5247).

Esta situação despertou a necessidade de realizar formação pessoal nesta área. O Centro de Formação do INEM, propôs-me esta formação, mas por coincidência, a minha instituição profissional foi recentemente creditada pelo INEM para a realização do curso de SBV-DAE, o qual decidi frequentar no final de novembro e senti que foi uma mais valia pessoal e profissional, reforçando as minhas competências técnicas.

A outra situação de aplicação do protocolo SAV, foi no meio SIV, com posterior ativação de VMER para o local. Foi também uma situação irreversível, mas com outras particularidades a apurarem o meu sentido crítico e reflexivo que sinto que estou a construir neste percurso. A situação ocorreu no domicílio dum adulto em PCR, presenciada pelo familiar, em SBV à nossa chegada. A família esteve presente durante parte da Reanimação Cardio Pulmonar (RCP), o que suscita alguma reflexão sobre o assunto.

A presença de familiares durante manobras de RCP é um tema controverso e discutido nas últimas duas décadas. A Emergency Nurses Association (ENA) (Association, 2012), por exemplo, realizou uma revisão sistemática da literatura de 117 estudos, incidindo nas perspetivas da pessoa, da família e dos profissionais de saúde no que concerne à temática. Concluiu-se que há evidências de que a presença de familiares durante manobras de RCP deve ser facultada como opção e que essa prática deve assentar em políticas institucionais devidamente protocoladas. Trata-se de uma recomendação nível B (moderada), ou seja, apesar de alguma inconsistência na qualidade das evidências, a sua implementação é relevante para a enfermagem. De acordo com a American Association of Critical- Care

Nurses (AACN) (Nurses, 2015) considera igualmente recomendação nível B, baseada em ensaios controlados, cujos resultados sustentam a intervenção específica da presença de familiar durante as manobras de RCP.

Familiares que presenciam procedimentos de RCP estão melhor informados sobre o estado real da pessoa e entendem que tudo foi feito em prol desta, fortalecendo por isso, a confiança na equipa de saúde. Possibilita-lhes a oportunidade de advogar suporte e conforto. Permite a despedida e facilita o processo de luto (Lowry, 2011). Não foram relatados efeitos psicológicos adversos, pelo que 94% dos familiares que presenciaram tais eventos optariam por estar presente novamente (Nurses, 2015).

Da situação vivida ressalvo que, já com outros intervenientes no cenário, como a equipa VMER e os bombeiros, foi o enfermeiro da SIV que percebeu que a familiar presente já não parecia confortável por estar tão próxima da atuação. Conjuntamente, tivemos a iniciativa de acompanhar a familiar em questão para juntos de outros familiares presentes e assistir esta situação de perturbação emocional decorrente da situação crítica, desenvolvendo estratégias de comunicação adequadas.

Comunicar más notícias é um processo delicado, que exige não só preparação técnica, mas também maturidade emocional, empatia e competência comunicacional. O protocolo SPIKES, desenvolvido por Baile et al. (2000), organiza esta tarefa em seis passos fundamentais: preparação do ambiente (*Setting up*), compreensão da perceção do doente (*Perception*), convite à partilha de informação (*Invitation*), transmissão da informação (*Knowledge*), gestão das emoções (*Emotions*) e delineamento de estratégias futuras (*Strategy and Summary*). Esta estrutura tem como objetivo facilitar uma comunicação clara, humana e centrada na pessoa e na família, contribuindo para a compreensão da situação clínica e para a aceitação progressiva da realidade.

No decorrer da situação referida, tive também a oportunidade de participar na comunicação do óbito à família, momento conduzido pelo médico da VMER. Apesar de não ter sido seguido formalmente um modelo como o SPIKES, foram respeitados princípios importantes, como o tom de voz adequado, a escolha cuidadosa das palavras e a empatia na abordagem. A família, já confrontada com a gravidade da situação durante a paragem cardiorrespiratória, foi previamente preparada com uma abordagem progressiva, o chamado “tiro de aviso” descrito no protocolo, conduzido por mim e pelo meu enfermeiro tutor. Esta experiência permitiu-me perceber que, muitas vezes, a prática consolidada e a sensibilidade profissional conduzem à aplicação implícita de modelos estruturados, mesmo sem a sua utilização consciente.

O processo de transmissão de más notícias é desafiador e complexo, suscetível de ser fonte de desconforto para todos os intervenientes: para a pessoa doente, para a sua família, mas também para os profissionais de saúde (Mafalda Ferreira, 2019). Comunicar más notícias não se limita à técnica, pois envolve acolhimento e empatia e exige um relacionamento interpessoal (Gislaine Alves de Souza, 2023). Neste sentido, o enfermeiro especialista deve estar preparado para atuar com empatia, escuta ativa e estruturação da comunicação, contribuindo para o acompanhamento emocional da família e para a dignidade do processo de fim de vida.

As competências de comunicação de más notícias não se adquirem apenas por acumulação da experiência clínica, implicando conhecimentos, aptidões específicas e treino adequado. A sua aquisição reduz o nível de ansiedade do profissional e reforça a relação terapêutica.

Dada a instabilidade e complexidade clínica dos doentes no SMI, surgiram situações que exigiram o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e a sua família, adaptando a comunicação à especificidade e sensibilidade de cada contexto.

A gestão e controlo da dor assume um papel relevante na prática de enfermagem, sendo considerada uma dimensão ética, clínica e humana dos cuidados. Uma abordagem consistente à avaliação da dor e à gestão da dor é fundamental, dadas as características da PSC, que incluem comunicação deficiente, alteração do estado mental, ventilação mecânica, procedimentos e utilização de dispositivos invasivos, perturbações do sono e alteração da mobilidade (Devlin, 2018).

Para a avaliação da dor em doentes entubados e não comunicantes, foi aplicada a Behavioral Pain Scale (BPS), que considera três dimensões: expressão facial, movimento dos membros superiores e resposta ventilatória. Esta escala, recomendada pelas diretrizes internacionais (Devlin, 2018), mostrou-se eficaz na avaliação da dor durante intervenções como cuidados de higiene, posicionamento, manipulação da via aérea e tratamentos de feridas. A escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) foi amplamente utilizada como ferramenta de avaliação do nível de sedação. Esta escala, de fácil aplicação, avalia o estado de agitação ou sedação do doente em dez níveis, atribuindo valores positivos à agitação e negativos à sedação (Paulino, 2022). A sua utilização permitiu uma abordagem sistematizada, segura e centrada na pessoa, respeitando o princípio ético de alívio do sofrimento e reforçando o papel do enfermeiro especialista na monitorização e intervenção ativa na dor em contexto crítico.

O EEEMCPSC deve demonstrar competências avançadas na avaliação e gestão da dor, incluindo a monitorização da resposta terapêutica e a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, adaptadas à condição clínica e às características individuais da PSC. Estas competências são essenciais para garantir o controlo eficaz da dor e a humanização dos cuidados em ambientes de elevada complexidade, como os serviços de medicina intensiva. Segundo Devlin et al. (2018), uma abordagem multimodal e centrada na pessoa, que combine intervenções farmacológicas com técnicas não farmacológicas (como posicionamento, relaxamento ou estimulação sensorial), contribui para uma melhor experiência do doente e para a sua recuperação global. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019), compete ao enfermeiro especialista intervir com autonomia na gestão da dor, baseando-se em evidência científica, raciocínio clínico e avaliação contínua da resposta à terapêutica instituída.

Durante o estágio em SMI, pude aplicar estas competências em situações que exigiram um olhar atento, clínico e empático sobre o sofrimento da pessoa em situação crítica, nomeadamente na monitorização da dor em doentes ventilados e sedados, na titulação de analgésicos e na adoção de medidas de conforto. Como reforça Melo (2019), o controlo eficaz da dor contribuiu não apenas para a estabilização clínica e a recuperação do doente, mas também para a humanização dos cuidados em ambientes mais tecnicistas, alinhando-se com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A área do controlo e gestão da dor na PSC em ambiente de SMI, exige do enfermeiro especialista conhecimento científico atualizado, sensibilidade clínica e capacidade de decisão autónoma, reforçando o seu papel enquanto cuidador, avaliador e defensor da dignidade e bem-estar da pessoa em sofrimento.

3.2 DINAMIZAR A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida e a assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (INEM, 2013).

A oportunidade de participar num simulacro de uma situação de exceção/catástrofe foi acolhida com grande entusiasmo. As minhas expectativas iniciais centravam-se na possibilidade de simular a prestação de cuidados especializados à PSC num cenário de

exceção. No entanto, essa perspectiva rapidamente se alterou. Durante o *briefing* inicial, compreendi que um dos principais objetivos do exercício era testar os sistemas de segurança do aeroporto, assim como os circuitos e fluxos de vítimas, sendo evidente a menor ênfase na aplicação prática de algoritmos de atuação clínica direcionados à PSC. No decorrer do exercício, integrando uma equipa da VMER, a minha principal intervenção consistiu na realização de triagem secundária no PMA, na prestação de cuidados à vítima e no seu encaminhamento para a unidade hospitalar mais adequada. Progressivamente, fui adotando uma postura mais observadora e reflexiva, centrada no papel do enfermeiro em situações de exceção/catástrofe. Tornei-me particularmente consciente da sua relevância não apenas na prestação de cuidados, mas também na fase de planeamento, na execução operacional do exercício e na avaliação crítica conduzida durante o *debriefing*.

Esta experiência despertou uma reflexão mais profunda sobre o valor pedagógico dos simulacros e a sua contribuição para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro, nomeadamente no domínio da tomada de decisão em ambientes imprevisíveis, da coordenação de equipas e da atuação em cenários de elevada pressão e complexidade. Neste âmbito foi realizada uma revisão de literatura intitulada “Desenvolvimento de competências especializadas – contribuição da simulação em situação de exceção”, da qual se conclui que os eventos de situação de exceção/catástrofes são imprevisíveis e ocorrem raramente, por isso a experiência dos enfermeiros em situações de catástrofe e as oportunidades de aprendizagem ficam limitadas, portanto a aprendizagem baseada na simulação torna-se o melhor método de treino.

Em situações de exceção, os princípios de atuação alteram-se em relação aos princípios que baseiam o socorro de rotina e por isso há também a necessidade do INEM adaptar a resposta no que diz respeito aos recursos. De forma a cumprir as suas atribuições legais nesta matéria, o INEM dispõe de um serviço e meios que visam dar resposta a situações desta natureza, sendo eles o Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção (CIPSE), a VIC e o hospital de campanha (INEM, 2012).

Devido à baixa casuística que, historicamente, Portugal apresenta em situações desta natureza é necessário procurar os contextos e métodos adequados para obter este nível de competência. Assim sendo, incorre no aumento do risco da obtenção de uma resposta menos adequada e de haver menos sensibilidade para estas questões nas instituições envolvidas. No entanto, é fundamental estar consciente de que os diferentes fatores de risco capazes de despoletar uma situação de exceção estão ininterruptamente ativos ou presentes e a questão

que se deve colocar não é se vai acontecer, mas sim, quando vai acontecer? Só desta forma é que as equipas estarão preparadas no momento em que esta exigência se impuser.

O aprofundamento de conhecimentos e a realização de simulacros com o objetivo de treinar procedimentos e testar planos de emergência assumem um papel particularmente importante nesta área tão específica e diferenciada. Os saberes essenciais para o desempenho de cuidados podem ser adquiridos de formas distintas e constituem-se em saberes teóricos, teórico-práticos, práticos e simulação, desenvolvidos tanto em contexto académico como profissional (Martins, 2019).

A simulação traduz-se numa imitação ou representação de uma determinada situação ou processo, com recurso a simuladores de doentes e /ou software específico, garantindo uma aprendizagem fluente e contínua sem colocar em causa a segurança dos doentes (Borges et al., 2021). A simulação assume um papel importante quando assenta no desenvolvimento de cenários que procuram recriar a complexidade das situações de cuidados muito próximos da realidade (Martins, 2019).

Os exercícios de simulação continuam a evoluir, com ênfase na compreensão, conhecimento e incorporação de competências mais interpessoais, formação de equipas, criação de feedback contínuo e aprendizagem (Covaciu et al., 2021). Segundo o mesmo autor, para garantir que é alcançada uma melhoria duradoura e que as simulações se tornem parte da cultura de formação, as competências de simulação e exercício devem ser incorporadas nas equipas de resposta e nos futuros profissionais, como os estudantes. Assim sendo, é importante envolver as várias organizações de resposta a situações de exceção.

Como referem Almeida e Cruz (2020), a simulação contribui significativamente para o desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de decisão sob pressão, da liderança e da comunicação em equipa. Esta abordagem permite ao enfermeiro especialista experimentar, refletir e integrar conhecimentos, aperfeiçoando a sua prática e elevando o padrão de qualidade dos cuidados prestados.

Assim, a utilização da simulação clínica no processo formativo reforça a aquisição de uma abordagem segura, crítica e competente, essencial à prática especializada na resposta à instabilidade hemodinâmica da PSC. Favorece a autorreflexão e o feedback imediato, promovendo a consolidação de conhecimentos, o desenvolvimento do raciocínio clínico e o aumento da confiança profissional. Neste sentido, constitui uma estratégia pedagógica fundamental para preparar o enfermeiro especialista para atuar com eficácia e segurança em contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade.

3.3 MAXIMIZAR A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E /OU EM FALÊNCIA MULTIORGÂNICA

A prevenção e o controlo da infeção são pilares fundamentais na prestação de cuidados de saúde, assumindo especial relevância perante a PSC. Nestes contextos de elevada vulnerabilidade, a infeção pode agravar rapidamente o estado clínico da pessoa, comprometer a eficácia das intervenções terapêuticas e aumentar substancialmente o risco de mortalidade. A par disso, a resistência crescente aos antimicrobianos constitui uma ameaça global à segurança dos cuidados, exigindo uma resposta coordenada, baseada na evidência e na utilização criteriosa de recursos.

As Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI) constituem um conjunto de medidas transversais e universais que visam reduzir o risco de transmissão de microrganismos entre profissionais de saúde, doentes e ambiente (Direção Geral da Saúde, 2013). São aplicadas a todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico ou estado de infeção, e representam a primeira linha de defesa na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (Direção Geral da Saúde, 2013), as principais medidas que integram as PBCI incluem: higiene das mãos, uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI), etiqueta respiratória, segurança na manipulação de dispositivos perfurocortantes, limpeza e desinfeção de equipamentos e superfícies, gestão segura de resíduos hospitalares e de roupa suja. Em ambos os contextos de estágio, a aplicação rigorosa das PBCI foi uma constante na prática clínica. Foi possível reforçar conhecimentos e desenvolver competências no seu cumprimento, compreendendo a sua importância para a segurança da pessoa em situação crítica, dos profissionais e da instituição.

O Departamento de Formação do INEM teve um papel fundamental ao informar sobre a existência da Comissão de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA), promovendo uma reunião com a enfermeira responsável, que se revelou um momento formativo muito enriquecedor. Esta comissão, criada em janeiro de 2020 e inserida no Departamento de Qualidade, tem como missão prevenir, detetar e controlar infeções no contexto da emergência extra-hospitalar, promovendo estratégias baseadas na gestão do risco, evidência científica e auditoria de processos.

Apesar da sua atividade ter sido condicionada durante a pandemia (2020–2022), a CPCIRA tem vindo a desenvolver um trabalho contínuo, com ações educativas e normativas dirigidas a todos os profissionais do INEM. Destacam-se o desenvolvimento de produtos pedagógicos uniformes, a promoção de boas práticas através de meios de comunicação internos e a realização de *webinars*, campanhas e ações de sensibilização sobre PBCI. A comissão integra uma equipa multidisciplinar e promove a participação em iniciativas científicas, com base em indicadores de qualidade e evidência atualizada, sendo as suas recomendações vinculativas após aprovação pelo Conselho Diretivo.

Esta experiência permitiu-me compreender a importância estratégica da CPCIRA no ambiente pré-hospitalar, reconhecendo os desafios específicos deste contexto e o papel essencial do enfermeiro na promoção de ambientes de trabalho seguros e na prevenção da infeção.

Resultante da minha atividade profissional no pré-hospitalar, tenho noção que esta área é muitas vezes descurada por todos os intervenientes. Esta reunião sensibilizou-me para a procura de conhecimentos específicos na área da prevenção e controle de infeção, levando a refletir sobre a necessidade de algumas mudanças de comportamento, nomeadamente nas PBCI e no uso de EPI.

No SMI, estão em curso dois projetos estruturantes no âmbito da prevenção e controlo da infeção, centrados na prevenção da PAI e na prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical. Estes projetos visam dar resposta ao Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5 – “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Diário da República, 2021).

A PAI é uma pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado há menos de 48 horas, sendo a infeção mais frequente adquirida em Serviços de Medicina Intensiva, tornando-se responsável pelo aumento da duração da ventilação mecânica invasiva, do consumo de antibióticos, da duração do internamento nesses serviços e no hospital e, conseqüentemente, pela maior morbimortalidade e ainda aumento dos custos associados (Direção Geral da Saúde, 2022).

A Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022, da Direção-Geral da Saúde, define os elementos essenciais da *bundle* de prevenção da PAI, com o objetivo de reduzir a sua incidência nos serviços de medicina intensiva. Esta *bundle* integra intervenções como a avaliação diária da necessidade de sedação, o desmame ventilatório progressivo, a elevação da cabeceira do leito entre 30º e 45º, a higiene oral com antisséptico apropriado e a

monitorização regular da pressão do balão (cuff) do tubo endotraqueal (Direção Geral da Saúde, 2022).

Durante o estágio, a execução destas intervenções de forma sistemática e fundamentada, no âmbito dos cuidados prestados a pessoas ventiladas, foi sendo aplicada com crescente rigor de acordo os protocolos instituídos. Permitiu-me consolidar o conhecimento técnico-científico associado a cada um dos elementos da *bundle*, reconhecer a sua importância na prevenção de IACS e na segurança clínica da PSC, e refletir sobre a relevância da monitorização contínua e da adesão rigorosa aos protocolos institucionais.

Outra das infeções hospitalares mais frequentes é a infeção urinária associada a cateter vesical, sendo atualmente reconhecido que estas infeções urinárias são em larga medida evitáveis quando são usadas estratégias que incluam a redução do número de algiações desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência científica (Direção Geral da Saúde, 2022)

A Norma n.º 019/2015 de 20/11/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022, da Direção Geral da Saúde, estabelece as recomendações para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Define um conjunto de medidas baseadas na evidência que visam minimizar o risco de colonização e infeção do trato urinário, nomeadamente: a avaliação rigorosa da necessidade de inserção do cateter, a utilização da técnica asséptica no momento da inserção, a manutenção de um sistema de drenagem fechado e estéril, a fixação adequada do cateter para evitar microtraumas, o posicionamento correto do saco coletor abaixo do nível da bexiga, e a monitorização diária da necessidade de manutenção do cateter (Direção Geral da Saúde, 2022).

Tive oportunidade de aplicar estas medidas com regularidade e de forma fundamentada, participando ativamente na prevenção da infeção urinária. Esta prática incluiu desde a decisão partilhada quanto à necessidade do cateter, até à execução segura da técnica e vigilância contínua das condições de manutenção do dispositivo.

De acordo com as normas referidas anteriormente, devem ser realizadas auditorias internas regulares que avaliem a conformidade com os protocolos institucionais e a eficácia das medidas implementadas, permitindo identificar falhas, promover a melhoria contínua dos processos e reforçar a adesão às boas práticas por parte das equipas de saúde (Direção Geral da Saúde, 2022). A oportunidade de observar a realização destas auditorias foi relevante para reconhecer nelas um instrumento fundamental para garantir a segurança dos cuidados e a responsabilização coletiva na prevenção de IACS.

A experiência vivida nesta área foi profundamente enriquecedora e decisiva para o fortalecimento das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista. A participação ativa na implementação dos protocolos de prevenção da infecção e a observação das auditorias internas associadas permitiram-me compreender, de forma prática e fundamentada, a relevância da adesão rigorosa às medidas de prevenção e aos critérios de monitorização da qualidade dos cuidados.

Esta vivência consolidou o meu entendimento sobre o papel estratégico do enfermeiro especialista na promoção de ambientes seguros, na vigilância clínica permanente e na prevenção de eventos adversos, contribuindo assim para a excelência e segurança dos cuidados prestados. O enfermeiro especialista não apenas garante a adesão às precauções básicas e específicas de controlo da infecção, como também assume um papel de liderança na sensibilização dos profissionais, na melhoria contínua da qualidade e na construção de uma cultura de segurança centrada na pessoa. Esta responsabilidade estende-se ainda à articulação com programas institucionais, como o PPCIRA, reforçando o seu contributo para a eficácia dos cuidados e para a sustentabilidade das instituições de saúde.

CONCLUSÃO

A realização destes estágios constituiu uma etapa fundamental no meu percurso formativo, permitindo o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à PSC, nos contextos complementares do Serviço de Medicina Intensiva e do sistema de emergência pré-hospitalar. Este relatório procurou refletir, de forma estruturada e crítica, as principais experiências, aprendizagens e contributos gerados ao longo deste processo.

Durante o desenvolvimento, foram abordadas temáticas centrais da prática especializada, como a vigilância clínica e gestão da instabilidade, a avaliação e controlo da dor e sedação, a comunicação com a pessoa e família em situação de vulnerabilidade, a prevenção e controlo da infecção, e a resposta em contextos de exceção, emergência e catástrofe. A análise transversal destes domínios revelou não apenas a complexidade dos cuidados à PSC, mas também a necessidade de um desempenho técnico rigoroso, ético e relacional, sustentado em evidência científica e na humanização da prática de enfermagem.

Relativamente aos contributos para a melhoria dos cuidados, destaco a aplicação rigorosa dos protocolos institucionais, a participação em auditorias e momentos de avaliação da qualidade assistencial, a elaboração e dinamização de uma ação formativa sobre os contributos da simulação em situações de exceção e a produção científica através das revisões de literatura. Estas intervenções contribuíram para reforçar a segurança, a eficiência e a continuidade dos cuidados, demonstrando o papel ativo do enfermeiro especialista na formação, investigação e melhoria contínua dos contextos em que atua.

Em termos de aprendizagem pessoal e profissional, este estágio proporcionou uma evolução significativa nas dimensões técnica, científica, ética e comunicacional. Aprofundei o poder de refletir criticamente sobre as decisões clínicas, a adaptar a minha atuação a diferentes contextos de complexidade e a integrar práticas baseadas na evidência em tempo real. Desenvolvi maior autonomia, maturidade profissional e consciência da responsabilidade inerente ao exercício especializado, validando a importância do autoconhecimento, da tomada de decisão fundamentada e da capacidade de liderança em equipa.

Foram também experienciadas algumas limitações e dificuldades, que marcaram o processo formativo e exigiram adaptação, resiliência e desenvolvimento de novas competências. Uma das dificuldades mais significativas prendeu-se com a utilização de ferramentas informáticas, particularmente no que diz respeito à organização de dados, à formatação de trabalhos e à pesquisa em plataformas digitais de apoio à prática clínica e académica. Esta limitação inicial exigiu um investimento adicional em aprendizagem autónoma e na procura de apoio junto de colegas, tutores e orientador. Apesar dos desafios, esta experiência revelou-se uma oportunidade de crescimento, contribuindo para o desenvolvimento de competências digitais que são, atualmente, indispensáveis à prática profissional em enfermagem. Outra dificuldade relevante relaciona-se com a realização da apresentação oral dos conteúdos desenvolvidos, particularmente no que respeita ao controlo da ansiedade associada à exposição em público. Este desafio exigiu um esforço prévio de organização, treino da comunicação e desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional. Apesar dos progressos alcançados, reconheço que esta é uma competência em contínuo aperfeiçoamento, sendo ainda um aspeto em superação no meu percurso formativo. Ainda assim, a experiência contribuiu para o fortalecimento da minha capacidade de expressão, síntese e comunicação em contextos profissionais e académicos.

As implicações destes estágios para a prática profissional futura são profundas. Reforço o compromisso com uma atuação autónoma, responsável e centrada na pessoa, com

capacidade de resposta em situações críticas, de emergência e de transição complexa. Este percurso consolidou a minha preparação para o exercício profissional enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, habilitada não apenas para cuidar, mas também para formar, coordenar, investigar e transformar práticas.

Perspetivando o futuro, pretendo dar continuidade ao desenvolvimento profissional através da formação contínua, participação em projetos de melhoria e investigação, e manter uma prática ancorada nos princípios da excelência, segurança, ética e humanização dos cuidados. Esta unidade curricular representou, assim, não apenas um momento de aprendizagem, mas uma verdadeira construção de identidade, enquanto profissional de enfermagem especializada, que levo comigo para o futuro exercício com sentido, conhecimento e compromisso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, T. &. (2020). Simulação em contexto de catástrofe: impacto na aquisição de competências em enfermagem. *5*, pp. 101–109.
- Association, E. N. (2012). Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. EUA. <https://doi.org/https://www.ena.org/practice->
- Baile, W. F. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *5*, pp. 302–311.
- Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. (N. P. Upper Saddle River, Ed.)
- Borges, A., Martinho, N., Rabiais, I., & Caldeira, S. (2021). Prática simulada: uma estratégia inovadora no presente e protagonista no futuro. *12*, pp. 34-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10242>
- Carneiro, A. V. (2015). Ética e deontologia profissional em enfermagem. (Lidel, Ed.)
- Carolina Arcanjo Lino, K. L. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. (R. B. MÉDICA, Ed.) *35*, pp. 52-57.

- Coelho, M. J.–5. (2020). Enfermagem em cuidados intensivos: Competências e desafios atuais. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RV20033>
- Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. (E. Brasil, Ed.) *15*.
- Covaciu, A., Abrahamsson, M., Beck, A., Rai, S., Sapkota, N., Shapiro, M., & Szarzynski. (2021). Arching from Function toForm—Important Design Elements ofSimulation Exercises (SimEx) inEmergency Response and DisasterRisk Managemen. *11*, p. 718. <https://doi.org/doi.org/10.3390/educsci11110718>
- Cruz, A. (2018). Liderança do enfermeiro gestor em ambientes de alta complexidade: desafios e competências. *4*, pp. 67–74.
- Cunha, S. &. (2019). Prevenção da infecção do trato urinário associada ao cateter vesical: boas práticas em contexto hospitalar. *4*, pp. 121–128.
- Del Carmen Cardós-Alonso, M. O.-V. (2024). Extended reality training for mass casualty incidents: a systematic review on effectiveness and experience of medical first responders. (I. J. Medicine, Ed.) *17*, pp. 2-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12245-024-00685-3>
- Devlin, J. W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *46*.
- Diário da República. (2005). Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro - Informação genética pessoal e informação de saúde. (A. d. República, Ed.) Obtido em 4 de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2005-106603593106597557>
- Diário da República. (3 de 7 de 2006). Lei n.º 27/2006- Lei de Bases da proteção Civil. 4696 - 4706. Lisboa. Obtido em 26 de 10 de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Diário da República. (15 de janeiro de 2008). Despacho normativo n.º 3/2008. 2ª. Portugal. Obtido em 26 de outubro de 2024
- Diário da República. (14 de 2 de 2012). Decreto-Lei n.º 34/2012 - Orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica. 748 - 750. (M. d. Saúde, Ed.) <https://doi.org/https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/34-2012-543036>
- Diário da República. (setembro de 2021). Despacho n.º 9390/2021, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. 96. Obtido em 15 de 4 de 2025, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Diário da República n.º 14/2024 . (2024). REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro . <https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- Direção Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013 Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Obtido de <https://normas.dgs.minsaude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção Geral da Saúde. (agosto de 2022). NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Obtido de https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-deintervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção Geral da Saúde. (novembro de 2022). NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022, “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Obtido de https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017 - Comunicação de informação relevante para a segurança do doente entre profissionais de saúde. Obtido em 4 de 2025, de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-natransicao-de-cuidados-de-saude/>
- Fernandes, L. C. (2021). A humanização dos cuidados de enfermagem em situações de emergência pré-hospitalar. (R. d. Emergência, Ed.) 6.
- Fernandes, M. &. (2018). A ética no fim de vida: decisões clínicas em contexto de urgência. (R. P. Bioética, Ed.) 13, pp. 45-56.
- Figueiredo dos Santos, P. A., Negrão Batista, R. C., Dias Coutinho, V. R., & Mascarenhas Rabiais, I. C. (2023). Interdisciplinary and interinstitutional simulation and cooperation: development of nursing students competencies in disaste. *Anna Nery School Journal of Nursing*, 27, 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-20220077en>
- Funk, K. M. (2011). Gawande, A. The Checklist Manifesto—How to Get Things Right. (C. &. Therapy, Ed.) 1(33), pp. 70-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07317107.2011.545016>
- Gislaine Alves de Souza, J. S. (2023). A comunicação de más notícias no hospital de urgência. 30(3). <https://doi.org/DOI: 10.1590/1413-81232025303.02022023PT>
- Gomes, P. M. (2023). Prevenção da SPICI: Criação de uma Consulta de Follow-Up.
- Hamdi, A., & Al Thobaity, A. (2023). Melhorar as competências de triagem de desastres através de formação baseada em simulação: um estudo intervencionista entre estudantes de enfermagem de licenciatura. 15, p. 15513. <https://doi.org/doi.org/10.3390/su152115513>
- INEM. (2012). *Manual de abordagem á vítima* (1ª ed.). Portugal.
- INEM. (2012). *Manual de Situação de Exceção*.

- INEM. (2013). DELIBERAÇÃO n.º 20/2013. Definição da estrutura funcional dos trabalhadores da carreira especial de enfermagem no Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.Lisboa. INEM, Conselho Diretivo. Departamento de formação em emergência médica. Obtido em novembro de 2024
- INEM. (2013). Manual do SIEM. <https://doi.org/https://www.inem.pt/category/inem/oinem/>
- INEM. (2014). CIRCULAR NORMATIVA n.º1/2014. Formação VMER e SIV – Enfermeiros. (D. d. Médica., Ed.)
- INEM. (2019). *Manual de suporte avançado de vida* (1ª ed.). Portugal.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Manual de apoio à prática clínica em emergência médica.
- Johns, C. (2017). *Becoming a reflective practitioner*.
- Klompas, M. B. (2014). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update. (I. C. Epidemiology, Ed.) 35.
- Lago, P. M. (2020). SPICI e a reabilitação pós-internamento em cuidados intensivos: Perspectivas futuras. (R. B. Intensiva, Ed.) 32, pp. 387–393.
- Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives*. (É. d'Organisation, Ed.)
- Lima-Basto, M. M. (2020). Competências profissionais em equipas de saúde: desafios e perspectivas. (R. d. Referência, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RV20022>
- Lo, E. N. (2014). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. pp. 464–479.
- Lowry, E. (2011). It's Just What We Do: A Qualitative Study of Emergency Nurses Working With Well-Established Family Presence Protocol. 38, pp. 329-334. <https://doi.org/http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710006422>
- Mafalda Ferreira, P. A. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. (Onco.news, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
- MAHDI, S. S. (2023). Systematic review on the current state of disaster preparation Simulation Exercises (SimEx). (B. E. Medicine, Ed.) 23, pp. 1-13. <https://doi.org/DOI 10.1186/s12873-023-00824-8>
- Mark X. Cicero, M. T. (4 de 2018). 60 Seconds to Survival: A Multisite Study of a Screenbased Simulation to Improve Prehospital Providers Disaster Triage Skills. (V. 2. AEM EDUCATION AND TRAINING • April 2018, Ed.) 2. <https://doi.org/doi:10.1002/aet2.10080>
- Marques, A. &. (2019). Liderança em enfermagem: impacto na qualidade e segurança dos cuidados. 4, pp. 91–98.

- Martins, J. J. (2019). *A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências não técnicas em contexto de emergência pré-hospitalar: Survey.*, 60, pp. 14-22.
<https://doi.org/https://doi.org/10.48492/s>
- Matos, P. (2020). Liderança e melhoria contínua na prática especializada de enfermagem. pp. 45–52.
- Melo, E. (2019). Gestão da dor em cuidados intensivos: Uma abordagem centrada na pessoa. 3, pp. 51–59.
- Ministério da Saúde. (12 de 8 de 2009). Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de agosto - Programa Nacional de DAE. 5247 - 5252. (D. d. República, Ed.)
<https://doi.org/https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/188-2009-493514>
- Miranda, D. R. (2003). Nursing Activities Score. 31, pp. 374-382.
- Needham, D. M. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. (C. C. Medicine, Ed.) 40.
- Nidaa Bajow, S. A. (2024). Assessment of the effectiveness of hospital external disaster functional drills on health care receivers' performance, using standardized patients and mass cards simulation: a pilot study from Saudi Arabia. 24, p. 175.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12873-024-01095-7>
- Nunes, R. (2018). A deliberação ética e a responsabilidade profissional do enfermeiro. (R. P. Bioética, Ed.) 13, pp. 67–74.
- Nurses, A. A.-C. (2015). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures.
<https://doi.org/http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/familypresence-during->
- Oliveira, E. C. (2021). Sobrevivência em cuidados intensivos: Para além da alta hospitalar. (R. d. Referência, Ed.) 6, pp. 35–44.
- Ordem dos Enfermeiros. (janeiro17 de 2007). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar.
<https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Perfil de competências específicas do enfermeiro em emergência extra-hospitalar.* <https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República; fevereiro, Regulamento nº124/2011. 8656-8657. Obtido em 15 de 10 de 2024, de
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guia orientador de boa prática: Enfermagem à pessoa em situação crítica. Em O. d. Enfermeiros.
<https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. (O. d. Enfermeiros, Ed.)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Código deontológico do enfermeiro.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 -Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744 - 4750. (D. d. República, Ed.) Obtido em 10 de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Série II*, 128 - 155. Lisboa. Obtido em 14 de 4 de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Médicos. (2018). Documento orientador da formação em Medicina Intensiva (DOFMI). <https://doi.org/https://aimint.pt/wp-content/uploads/2024/08>
- Ordem Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (D. d. República, Ed.) 8656. https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfessoasituacaocritica.pdf
- Ordem Enfermeiros. (716 de 2018). Regulamento n.º 429/201 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem MédicoCirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,. 19360. <https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Paulino, C. A. (2022). Avaliação da dor e sedação em cuidados intensivos: da teoria à prática. *5*, pp. 25–32.
- Pinto, M. F. (2021). Consulta de follow-up em cuidados intensivos: benefícios e desafios para os doentes e profissionais. *6*, pp. 85–93.
- Ramos, F. (2018). A comunicação terapêutica em enfermagem: contributos para a humanização dos cuidados. *4*, pp. 89–96.
- Ribeiro, F. &. (2020). Comunicação científica em enfermagem: da prática à divulgação. *24*, pp. 55–62.
- Rousseau, A. F. (2021). Quality of life after intensive care unit discharge: Validation of the French version of the Post-ICU Questionnaire. (H. a. Outcomes, Ed.) *19*, p. 121.
- Silva, C. &. (2020). Dilemas éticos na suspensão de medidas em cuidados intensivos: perspetiva da enfermagem. (R. d. Referência, Ed.) *5*, pp. 91–98.
- Silva, C. P. (2020). Cuidados no final de vida em contexto pré-hospitalar: desafios éticos para a enfermagem. (R. d. Referência, Ed.) *5*, pp. 103-112.
- Silva, F. &. (2021). ISBAR: Comunicação estruturada para a segurança do doente em ambiente de urgência e emergência. *6*, pp. 55–62.
- Silva, L. &. (2018). Cuidados centrados na pessoa em contexto hospitalar: O papel do enfermeiro de referência. (R. P. Clínica, Ed.) *34*.
- Silva, R. &. (2020). Cuidados de enfermagem em contexto pré-hospitalar: Desafios e competências requeridas. (R. P. Emergência, Ed.) *4*.

- Silva, R. &. (2020). O compromisso ético do enfermeiro: do juramento à prática clínica. (R. P. Profissionalismo, Ed.) 3, pp. 25-33.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2024). Recomendações para o seguimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos no doente e família - Followup no deonte crítico. (S. P. Intensivos, Ed.)
- Sousa, M. A. (2022). A Pessoa no Pós-Internamento em Cuidados Intensivos: Um Modelo de Acompanhamento de Enfermagem.
- Torres, A. N.-V. (2017). International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. (E. R. Journal, Ed.) (50).
- Universidade Católica Portuguesa. (2023). Plano de estudos do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Villa, G. M. (2021). Quality of life and family burden after intensive care: Results of a longitudinal study. (I. a. Nursing, Ed.) 63, p. 102991.
- Xiaofang He, Y. S. (2024). Post intensive care syndrome: A review of clinical symptoms, evaluation, intervention. (A. J. Care, Ed.) 29. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31278>
- Yuan, L. M. (2020). Post-intensive care syndrome: A review of recent findings. (A. J. Care, Ed.) 29, pp. 203–211.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Revisão da Literatura “Desenvolvimento de competências especializadas – contribuição da simulação em situação de exceção”



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Desenvolvimento de competências especializadas – contribuição da simulação em situação de exceção Revisão de Literatura

Fernanda Silva

Novembro de 2024



Desenvolvimento de competências especializadas – contribuição da simulação em situação de exceção Revisão de Literatura

Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica:
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Estágio Final e Relatório

Orientador: Prof Doutor Vasco Neves

Discentes: Fernanda Silva

RESUMO

Introdução: A imprevisibilidade em situações de exceção e catástrofe, provocadas pelo Homem ou por fenómenos naturais, obriga permanentemente os profissionais a estarem preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer. A simulação emerge como uma estratégia utilizada quer na formação académica quer na formação profissional, sendo valorizada para aquisição e desenvolvimento de competências. Deste modo, para a presente revisão da literatura pretende-se investigar qual a contribuição da simulação de uma situação de exceção no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

Objetivo: Analisar a contribuição da simulação no desenvolvimento das competências em enfermagem especializada em contexto de situação de exceção em ambiente pré-hospitalar.

Metodologia: Para o presente trabalho desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, realizando-se uma pesquisa, com os seguintes termos em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): (“Simulation”) AND (“Disaster”) AND (“Prehospital”) AND (“Nursing”) AND (“Skills”) e seus correspondentes em Português, nas bases de dados B-on, CINAHL e Medline presentes na ESBCO Discovery Service, obtendo-se um total de trinta e oito artigos, tendo sido submetidos para leitura de texto integral seis artigos.

Resultados: Após aplicados os critérios de inclusão, tendo por base a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) incluíram-se quatro artigos na presente revisão, tendo-se verificado os seguintes contributos para a aquisição de competências especializadas: melhoria no planeamento de uma situação de exceção, aperfeiçoamento de habilidades técnicas, melhoria na tomada de decisão e na comunicação. Denota-se uma necessidade de incorporar formação em catástrofe na formação inicial dos enfermeiros.

Conclusão: Existe consenso em dizer que a simulação em catástrofe constitui uma ferramenta excelente para o desenvolvimento de competências do enfermeiro nesta área. A simulação está cada vez mais integrada em cursos da área da saúde, levando à criação de centros de simulação, estando a aumentar o recurso ao uso de realidade virtual. Existe ainda muito espaço para investir na investigação da simulação em catástrofe.

Palavras chave: Simulação, situação de exceção/catástrofe, pré-hospitalar, competências de enfermagem.

SIGLAS

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DRN - Delegação Regional do Norte

CISPE - Centro de Intervenção Planeamento para Situações de Exceção

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MeSH - Medical Subject Headings

PMA - Posto médico avançado

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

START - Simple triage and rapid treatment

UC - Unidade Curricular

VIC - Viatura de Intervenção em Catástrofe

SAV - Suporte Avançado de Vida

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	77
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	78
3. METODOLOGIA	83
3.1. RESULTADOS	86
3.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	90
4. CONCLUSÃO	95
BIBLIOGRAFIA	96

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCEPSC) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), durante o estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tive a oportunidade de participar num simulacro de uma situação de exceção. Esta oportunidade despertou-me para a procura de evidencia científica sobre os contributos da simulação no desenvolvimento das competências especializadas. Sendo assim, propus-me à elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre este assunto, aproveitando o mesmo tema para realizar uma apresentação no centro de formação na Delegação Regional do Norte (DRN) do INEM. Com esta atividade pretendo também aplicar os conhecimentos adquiridos na UC de Métodos de Investigação, com o objetivo de desenvolver competências na elaboração de uma revisão integrativa de literatura e o mapeamento do que existe sobre uma determinada temática, tendo em conta o contexto da prática de cuidados deste estágio e as inquietações surgidas sobre a temática.

A imprevisibilidade em situações de exceção e catástrofe, provocadas pelo Homem ou por fenómenos naturais, obriga permanentemente os profissionais a estarem preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer. Enquanto estratégia educacional e formativa, a simulação é cada vez mais utilizada, representando uma ferramenta inovadora e eficaz na aquisição de competências.

A presente revisão de literatura, encontra-se estruturada em três partes. A primeira parte, refere-se ao enquadramento teórico, descrevendo conceitos como a Simulação, Situação de exceção e a competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem MédicoCirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) que se enquadra nesta temática. A segunda parte integra a metodologia utilizada, os resultados e a discussão dos mesmos. Por último, apresentam-se as conclusões obtidas acerca dos contributos da simulação na preparação de profissionais para as situações de exceção, com base nos resultados desta revisão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende -se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (Ordem Enfermeiros, 2018). Estes cuidados podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.

Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida e a assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (Ordem Enfermeiros, 2018).

De acordo com o definido pelo INEM, situações de exceção, no contexto de emergência médica, representam todas as situações onde, de forma pontual ou sustentada, se verifica um desequilíbrio entre as necessidades de assistência e os recursos disponíveis naquele momento. Como exemplo de situações de exceção mais frequentes em Portugal são: os acidentes multi-vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais, intoxicações e alguns fenómenos naturais (aluviões, cheias/inundações, ondas de calor e vagas de frio) (INEM, 2012).

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil, como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Diário da República, 2006).

Apesar da definição de situações de exceção pelo INEM, não se verifica ainda um enquadramento legislativo deste conceito, encontrando-se apenas definido na lei de bases da Proteção Civil (Lei n.º 27/2006) os conceitos de acidente grave e catástrofe, sendo a declaração de qualquer um destes, em território nacional, menos frequente que as situações de exceção (INEM, 2012).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar, em território continental, o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Em matéria de proteção civil, deve orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de acidente grave ou de catástrofe, integrando a organização definida nos planos de emergência:

- Coordena todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e evacuações primárias e secundárias, referenciação e transporte para as unidades de saúde adequadas, bem como a montagem de postos médicos avançados;
- Executa a triagem e o apoio psicológico a prestar às vítimas no local da ocorrência, com vista à sua estabilização emocional e posterior referenciação para as entidades adequadas;
- Assegura um sistema de registo de vítimas desde o Teatro de Operações até às unidades de saúde de destino.

Em situações de exceção, os princípios de atuação alteram-se em relação aos princípios que baseiam o socorro de rotina e por isso há também a necessidade do INEM adaptar a resposta no que diz respeito aos recursos.

De forma a cumprir as suas atribuições legais nesta matéria, o INEM dispõe de um serviço e meios que visam dar resposta a situações desta natureza, sendo eles o Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção (CIPSE), a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) e o hospital de campanha (INEM 2012). De acordo com o despacho normativo n.º 3/2008 dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, ao CIPSE compete o planeamento, coordenação estratégica e assistência médica em cenários de exceção, eventos de alto risco/incidentes tático-policiais, proteção e socorro a altas individualidades e missões internacionais, sendo responsável por selecionar e formar equipas específicas para intervir nestes ambientes especiais (Diário da República, 2008). É também responsável pela elaboração de planos de emergência no âmbito de exercícios em que o INEM participe. A VIC é um recurso utilizado para situações com elevado número de vítimas, pois transporta no seu interior diverso material de Suporte Avançado de Vida (SAV), um posto médico avançado (PMA) e uma célula de telecomunicações. Com a montagem e dotação do PMA, são garantidas às equipas melhores condições para prestarem cuidados de saúde no terreno e conseguirem maior controlo sobre o fluxo das vítimas. Com a célula de telecomunicações a funcionar, é possível criar uma rede de comunicações entre o local do evento, o CODU e os hospitais, facilitando a gestão do cenário e a tomada de decisão (INEM, 2012). As comunicações de emergência num cenário multivítimas assumem também um papel fundamental, pois o fluxo de informação deverá estar assente num plano de comunicações estruturado e organizado que garanta a troca de informação entre equipas e que permita também a troca de informação com níveis de decisão diferentes.

Tendo em conta a estratégia delineada, a abordagem inicial é começar a triar, garantindo a triagem no método de START (Simple triage and rapid treatment), baseada em dois momentos diferentes: triagem primária e triagem secundária.

Na triagem primária são usados discriminadores muito simples: Vítima anda?, Ferida?, Respira? , Frequência respiratória?, Frequência cardíaca?, e com base nesses discriminadores é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias: Prioridade 1 (cor vermelho) para Vítima emergente, Prioridade 2 (cor amarelo) para Vítima grave, Prioridade 3 (cor verde) para Vítima não grave e Morto (cor preto). O fluxograma de triagem primária está desenhado para permitir não só a imposição da ordem, mas também para assegurar que perante um grande número de vítimas a triagem é feita de uma forma célere.

A triagem secundária é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas. Baseia-se no Triage Revised Trauma Score (TRTS), que é um método baseado na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, Estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Da decisão de evacuação secundária consta ainda a análise e opção pelo melhor meio de transporte disponível, que poderá ser uma ambulância ou um helicóptero. Um aspeto importante no transporte secundário, para além do tipo de meio, é o nível de acompanhamento das vítimas. Este deverá ser também analisado, estando dependente do nível de gravidade das vítimas a transportar versus o número de equipas diferenciadas disponíveis. (Borges et al., 2021)

De entre as competências do EEEMCPSC, a que mais assenta nesta temática é “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). É descrita como: perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Devido à baixa casuística que, historicamente, Portugal apresenta em situações desta natureza é necessário procurar os contextos e métodos adequados para obter este nível de competência.

Assim sendo, incorre no aumento do risco da obtenção de uma resposta menos adequada e de haver menos sensibilidade para estas questões nas instituições envolvidas. No entanto, é fundamental estar consciente de que os diferentes fatores de risco capazes de

despoletar uma situação de exceção estão ininterruptamente ativos ou presentes e a questão que se deve colocar não é se vai acontecer, mas sim, quando vai acontecer? Só desta forma é que as equipas estarão preparadas no momento em que esta exigência se impuser. Assim, o aprofundamento de conhecimentos e a realização de simulacros com o objetivo de treinar procedimentos e testar planos de emergência assumem um papel particularmente importante nesta área tão específica e diferenciada.

Os saberes essenciais para o desempenho de cuidados podem ser adquiridos de formas distintas e constituem-se em saberes teóricos, teórico-práticos, práticos e simulação, desenvolvidos tanto em conteúdo académico como profissional (Martins, 2019).

A simulação traduz-se numa imitação ou representação de uma determinada situação ou processo, com recurso a simuladores de doentes e /ou software específico, garantindo uma aprendizagem fluente e contínua sem colocar em causa a segurança dos doentes (Borges et al., 2021).

A simulação assume um papel importante quando assenta no desenvolvimento de cenários que procuram recriar a complexidade das situações de cuidados muito próximos da realidade (Martins, 2019).

Os exercícios de simulação são realizados em diversos ambientes em todo o mundo, de forma a apoiar o desenvolvimento, a preparação e o reforço de sistemas de resposta a catástrofes e emergências e de respostas operacionais (Covaciu et al., 2021).

Para garantir o processo de capacitação durante um exercício de simulação há dois elementos essenciais: o *Briefing* e o *Debriefing*. No *Briefing*, momento antes do exercício, deve ser apresentado o objetivo, planeamento e distribuição de funções, devendo gerir as expectativas dos participantes, estabelecer limites e garantir que todos sabem como se envolver no exercício. O *Debriefing*, que ocorre após o cenário estar concluído, assume especial relevo em todo este processo por ser uma fase reflexiva. É considerado por muitos como o tempo mais importante da simulação, na medida em que permite promover o desenvolvimento de competências não técnicas capacitando os enfermeiros a aprender a partir da crítica os aspetos da sua própria performance (Martins, 2019), isto é, explorando o pensamento crítico. Durante o *Debriefing* podem emergir outras dimensões no âmbito das competências não técnicas destacando-se a gestão da situação, a comunicação assertiva e a liderança. Poderá assumir-se como a etapa mais benéfica da simulação.

No contexto da pessoa em situação crítica, reconhecer precocemente e gerir as intervenções perante o doente com instabilidade hemodinâmica pode reduzir drasticamente a mortalidade e melhorar significativamente os *outcomes*. Neste domínio, a simulação

revela-se fundamental para desenvolver esforços no sentido de capacitar os enfermeiros com as ferramentas adequadas a uma abordagem segura, criteriosa, dotada de conhecimento e prática, e que contribuam para a melhoria da sua atuação em contexto de urgência e emergência.

2. METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho desenvolveu-se uma revisão de literatura.

Recorrendo aos termos de pesquisa e tendo em conta as orientações da terminologia PICO - População, Intervenção, Comparação e Outcomes, partiu-se para a elaboração da questão de investigação, conforme se descreve no Quadro 1.

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação – terminologia PICO	
Terminologia de pesquisa	Termos de pesquisa
População (P)	Enfermeiros
Intervenção (I)	Simulação de situação de exceção/catástrofe
Comparação (C)	Não aplicável
Outcomes (C)	Contribuição da simulação no desenvolvimento de competências

Deste modo, foi formulada a seguinte pergunta de investigação: “Qual a contribuição da simulação de situação de exceção em contexto pré-hospitalar no desenvolvimento das competências especializadas para o enfermeiro?”

Os DeCS e MeSH selecionados foram agrupados de acordo com a expressão booleana: (“Simulation”) AND (“Disaster”) AND (“Pre-hospital”) AND (“Nursing Skills”) AND (“Pre-hospital”) e seus correspondentes em Português.

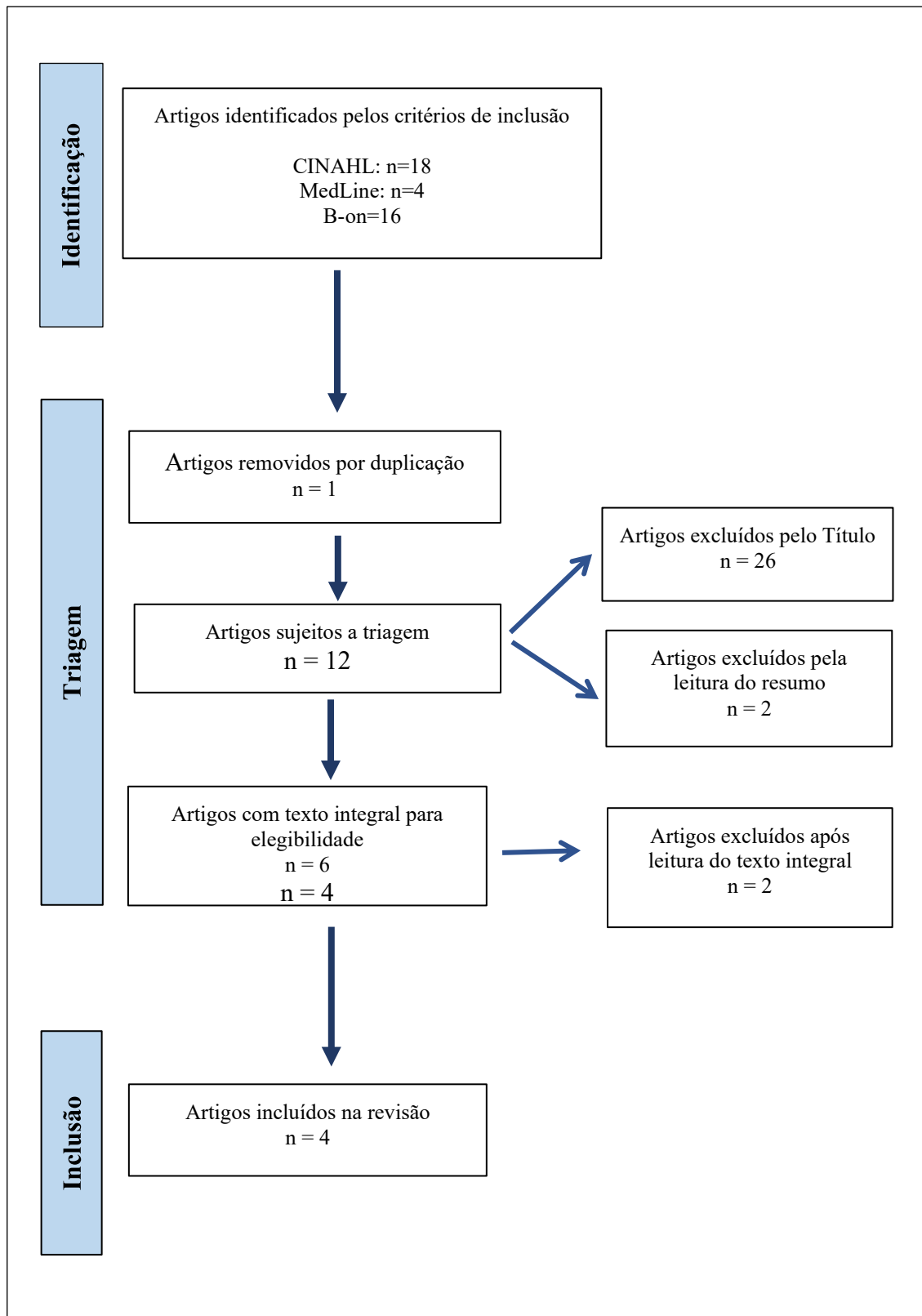
No horizonte temporal de outubro de 2024 foi realizada pesquisa na ESBCO Discovery Service, tendo-se obtido nas bases de dados Academic Search Complete, Medline, Complementary Index, CINAHL Complete e Education Source, um total de vinte artigos, de acordo com os critérios de inclusão definidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios de inclusão dos artigos analisados na revisão de literatura	
Critérios de inclusão dos artigos	Limitadores
<input type="checkbox"/> Maiores de 18 anos	<input type="checkbox"/> Acesso livre
<input type="checkbox"/> Contexto pré-hospitalar	<input type="checkbox"/> Com texto integral
	<input type="checkbox"/> Publicados nos últimos 5 anos
	<input type="checkbox"/> Idioma em Português e Inglês

Na Figura 1 é apresentado o fluxograma, de acordo com a metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), apresentando cada uma das fases até se atingir o número final de artigos incluídos na presente revisão integrativa da literatura.

Após a seleção dos trinta e oito artigos, houve necessidade de remover quatro artigos por duplicação, ficando trinta e quatro artigos sujeitos a triagem. Foram, então, excluídos pelo título, vinte e seis artigos e pela leitura do resumo foram excluídos dois artigos. Desta forma, para leitura de texto integral foram totalizados seis artigos, tendo sido excluído dois artigos após a sua leitura, conferindo um total de quatro artigos para a elaboração da revisão da literatura.

Figura 1 - Diagrama PRISMA



3. RESULTADOS

Título		<i>Interdisciplinary and interinstitutional simulation and cooperation: development of nursing students competencies in disaster</i>
Informação bibliográfica		(Figueiredo dos Santos et al., 2023)
Palavras-chave		Desastre; Estudantes de enfermagem; Equipa de saúde interdisciplinar; Treino de simulação
Objetivos		Identificar a importância atribuída à utilização da prática simulada nas ações pedagógicas dos estudantes de licenciatura em enfermagem no domínio dos desastres, num âmbito interdisciplinar e interinstitucional em Portugal.
Metodologia	Amostra	n=41
	Instrumento de recolha de dados	Entrevistas semiestruturadas
	Tipo de estudo	Paradigma qualitativo, apoiado num raciocínio indutivo e exploratório
Resultados		A metodologia de simulação na área das catástrofes é uma estratégia de ensino/aprendizagem para que os estudantes de enfermagem desenvolvam competências nesta área. Este tipo de metodologia de ensino/ aprendizagem terá maior vantagem se for realizada em parceria com organizações envolvidas em operações de proteção e salvamento e com um âmbito interdisciplinar, pois melhora a qualidade da prevenção e da resposta de todos os atores envolvidos.

Conclusões	A complexidade específica e a imprevisibilidade das situações de catástrofe, o estabelecimento de parcerias estratégicas de cooperação com organizações com responsabilidade neste domínio, o que promove o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem e reduz a errónea visão determinista das organizações, quanto à capacidade dos alunos para integrarem estas ações, é fundamental	
Título	<i>Systematic review on the current state of disaster preparation Simulation Exercises (SimEx)</i>	
Informação bibliográfica	Syed Sarosh Mahdi, Hafsa Abrar Jafri, Raheel Allana, Gopi Battineni, Mariam Khawaja, Syeda Sakina, Daniel Agha, Kiran Rehman e Francesco Amenta (B. E. Medicine, Ed.) 2023	
Palavras-chave	Preparação para catástrofes, Resposta a emergências, SimEx, Exercício de vítimas em massa (MCI), Simulações para catástrofes	
Objetivos	Rever os exercícios de preparação para catástrofes conduzidos por diversas instituições nacionais, não governamentais e académicas.	
Metodologia	Amostra	n=29
	Instrumento de recolha de dados	N/A
	Tipo de estudo	Revisão sistemática de literatura

Resultados	Estudos demonstraram que muitas formas de simulação, habitualmente utilizadas na gestão de catástrofes, incluindo exercícios de mesa, exercícios funcionais e exercícios à escala real, têm os seus benefícios e limitações. É uma excelente ferramenta para melhorar o planeamento e a resposta a catástrofes, mas ainda é necessário dar aos programas de simulação uma avaliação mais rigorosa e uniformizar os processos de forma mais completa.
Conclusões	Os exercícios e a formação podem ser melhorados para a gestão de catástrofes, o que permitirá aos profissionais médicos enfrentar os desafios da gestão de catástrofes no século XXI.

Título	<i>Enhancing Disaster Triage Competencies through SimulationBased Training: An Interventional Study among Undergraduate Nursing Students</i>	
Informação bibliográfica	Hamdi, A.; Al Thobaity, 2023, A. <i>Melhorar a triagem de desastres Competências através Treino Baseado em Simulação: Um Estudo Intervencionista entre Estudantes de Licenciatura em Enfermagem</i> . Sustentabilidade	
Palavras-chave	planeamento de desastres; vítimas em massa; investigação em educação em enfermagem; formação em simulação; triagem	
Objetivos	Explorar a eficácia do treino baseado em simulação no aperfeiçoamento das competências de enfermagem em desastres	
Metodologia	Amostra	N=101
	Instrumento de recolha de dados	Questionário detalhado

	Tipo de estudo	Estudo Intervencionista
Resultados		Os resultados indicam a eficácia da formação, uma vez que uma parcela significativa dos participantes atingiu níveis elevados de desempenho no pós-teste, contrastando com uma maior percentagem de notas reprovadas no pré-teste.
Conclusões		O estudo enfatiza a importância da educação abrangente em enfermagem em caso de catástrofe para melhorar a resposta a emergências e os resultados dos doentes

Título		<i>Assessment of the effectiveness of hospital external disaster functional drills on health care receivers' performance, using standardized patients and mass cards simulation: a pilot study from Saudi Arabia</i>
Informação bibliográfica		Nidaa Bajow, Saleh Alesa, Fatima Alzahraa Yassin Shaheen, Abdulaziz Almalki, Ali Alshamrani, Rimaz Alotaibi, Abdulaziz Aloraifi, Carl Montan, Sten Lennquist and Mujahid Alotaibi
Palavras-chave		Disaster medicine, Drill, MAC-SIM cards, Realistic scenario, Simulation training, Standardized patient, Team performance
Objetivos		avaliar o desempenho da equipa hospitalar da linha da frente na Arábia Saudita através de um exercício funcional
Metodologia	Amostra	N=164
	Instrumento de recolha de dados	Observação direta
	Tipo de estudo	Estudo Intervencionista

Resultados	Os resultados indicam que o desempenho dos recetores hospitalares demonstrou categorias de triagem precisas e utilização de cartões MAC-SIM durante a simulação foi extremamente positivo. A comunicação foi eficiente na zona de triagem e na área de tratamento amarela.
Conclusões	Destacam o potencial dos exercícios de simulação para melhorar o conhecimento e o desempenho da equipa. A avaliação pode identificar eficazmente os pontos fortes e fracos dos participantes, informando os planos futuros de melhoria em situações de catástrofes.

3.1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A leitura e interpretação dos artigos descritos gera reflexão sobre o contributo da simulação como estratégia de ensino/aprendizagem na área da saúde, nomeadamente, no âmbito da emergência e nas situações de exceção/catástrofe.

Segundo (Hamdi & Al Thobaity, 2023) existem desafios na área da enfermagem em catástrofe, tais como falta de preparação, educação formal inadequada, fracas competências técnicas, investigação insuficiente. Também para (Figueiredo dos Santos et al., 2023) a falta de conhecimento, a baixa casuística e as fracas competências técnicas são entraves no desempenho em situações de catástrofe. Assim sendo, a simulação torna-se uma excelente ferramenta para a formação nesta área, assim como para o desenvolvimento de competências dos intervenientes, nomeadamente os enfermeiros. Esta ideia é defendida por todos os autores dos artigos revistos. (Hamdi & Al Thobaity, 2023) reitera que a utilização de simulações e exercícios, complementados por avaliações regulares e incluindo exercícios práticos, melhora a compreensão dos enfermeiros sobre as competências de gestão de catástrofes. Também (MAHDI, 2023) refere que o treino por simulação se tornou num dos métodos mais eficazes de formação para profissionais de saúde e profissionais aliados para gerir desastres e emergências; proporciona um ambiente seguro, permite a repetição facilitando a aprendizagem. Para (Nidaa Bajow, 2024) os exercícios de simulação são a única forma de testar planos de incidentes graves, manter conhecimentos e competências de resposta atuais, construir capacidades de resposta sistémica e preparar os profissionais para novas circunstâncias.

No que concerne ao desenvolvimento de competência, verifica-se uma melhoria e aperfeiçoamento das mesmas. (Hamdi & Al Thobaity, 2023) reitera que a simulação oferece aos profissionais de saúde oportunidade para testar as suas competências, desenvolver estratégias eficazes e receber feedback imediato, o que permite que as equipas de gestão de catástrofe melhorem as suas capacidades de tomada de decisão numa atmosfera mais cooperativa. O conhecimento e desempenho das equipas, incluindo a tomada de decisões, a precisão da triagem, a coordenação e a comunicação, a gestão do plano de capacidade de surto, podem ser melhoradas através de exercícios de simulação, conforme relata (Nidaa Bajow, 2024). Este mesmo autor, salienta que um departamento bem formado e bem organizado pode operar com maior capacidade do que um departamento com mais recursos, mas com planos insuficientes e pessoal não formado. Os exercícios de saúde em caso de catástrofe limitados e mal concebidos podem ter impacto na resposta a catástrofes e reduzir a sensibilização para as catástrofes entre os prestadores de cuidados de saúde da linha da frente. Os exercícios frequentes baseados em competências, por exemplo, duas vezes por ano, são fundamentais para melhorar o desempenho do pessoal durante a resposta a catástrofes e manter a resiliência do sistema de saúde às catástrofes

Um aspeto de relevo em simulação é a comunicação. Relativamente a esta competência, nota-se que existem várias falhas. (Nidaa Bajow, 2024) verificou que a má comunicação em algumas áreas prejudicou o rastreio e a coordenação dos doentes. Isto ocorreu, principalmente, devido a problemas com as ferramentas de comunicação, atualizações e informações das equipas de resposta, resultando em repercussão negativa nos doentes. Neste estudo são relatadas falhas de comunicação na zona de triagem entre os membros da equipa, entre coordenadores de áreas de tratamento, assim como com outros departamentos. Perante isto, o autor refere que a comunicação eficaz é essencial para coordenar as atividades de resposta para minimizar a morbilidade e as doenças secundárias. É defendido por (Hamdi & Al Thobaity, 2023) que a simulação integra conhecimentos teóricos com práticas, incluindo a comunicação e a tomada de decisões.

A avaliação do exercício ajuda a identificar os pontos e fortes dos participantes, destacando áreas nos planos de catástrofe que requerem melhorias adicionais segundo (Nidaa Bajow, 2024). Para (MAHDI, 2023), na ausência de investigação, não se sabe se as técnicas de avaliação são eficazes ou superiores, no entanto, um método de avaliação com vídeo e fotografia foi avaliado e considerado eficiente. Para (Nidaa Bajow, 2024), os métodos de avaliação de simulação de desastres poderiam ser melhorados considerando vários fatores, tais como a natureza baseada na função, precisão, transparência, fiabilidade, validade e

facilidade de utilização. Segundo o mesmo, a avaliação deve abranger todos os aspetos da cadeia de salvamento em catástrofe, desde a avaliação inicial do local da catástrofe até ao comando, e controlo, busca e salvamento, assistência no terreno e transferência das vítimas até ao hospital. Este autor destaca, ainda, duas fases importantes do exercício de simulação, o *Briefing* e o *Debriefing*, considerando-as sessões cruciais para garantir o fluxo de informação em caso de falha ou limitação de comunicação durante um desastre. O *Briefing* garante que todos os intervenientes conheçam os objetivos, os planos de ação, as preocupações de segurança, as suas funções e responsabilidades. A preparação pré-exercício foi considerada uma oportunidade educativa que pode melhorar os resultados e a preparação. O *Debriefing* é um processo de feedback que fornece informações sobre o processo do evento, juntamente com o plano de ação, novas informações e eventuais perigos.

Um dos pontos marcantes desta revisão assenta na importância dada à introdução de formação em catástrofe na formação inicial dos enfermeiros. É relatado por (Figueiredo dos Santos et al., 2023) que, atualmente, defende-se que o enfermeiro, enquanto elemento da equipa interdisciplinar, integrando as atividades de preparação e resposta a situações desta natureza, deve possuir uma sólida formação inicial científica, técnica ética e humanística. Contudo, em Portugal, apesar de ser uma das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, responder eficazmente em situações de emergência e que demonstrem compreensão para situações de desastre, 85% das escolas de enfermagem não têm a área de catástrofe incluída no seu plano de estudos. Para este autor é a premissa que fundamenta a importância da adoção da prática simulada como metodologia de ensino/aprendizagem, permitindo substituir ou ampliar experiências realistas e facilitar a compreensão e gestão deste tipo de evento, bem como o desenvolvimento de competência dos estudantes de enfermagem. (Hamdi & Al Thobaity, 2023) corrobora esta ideia, dizendo que um novo método educacional, provavelmente envolvendo formação baseada em simulação, melhorou o conhecimento percebido de enfermagem em desastres e a confiança entre os estudantes de enfermagem de licenciatura. Está comprovado que um programa educativo de oito módulos aumenta efetivamente o conhecimento sobre a preparação geral para catástrofes, a autoeficácia na resposta a catástrofes e a resiliência psicológica em estudantes de enfermagem. No entanto, existe uma falta de oportunidades de educação sobre catástrofes disponíveis para os enfermeiros da Austrália do Sul, necessitando de educação padronizada para catástrofes para aumentar a sua sensibilização e preparação para catástrofes. Esta necessidade é também evidente na China. O ‘modelo educativo SINCHI’ proposto, desenvolvido com base nas experiências de enfermeiros especialistas em resposta

internacional a catástrofes, enfatizou os exercícios de simulação e o trabalho em pequenos grupos para uma educação eficaz em enfermagem em catástrofes. As evidências apoiaram a eficácia do treino baseado em simulação na educação em enfermagem em desastres. O mesmo autor conclui que, ao proporcionar aos estudantes de enfermagem formação em rastreio de catástrofes, estes estarão mais bem equipados para lidar com situações de emergência, avaliar e priorizar os doentes, tomar decisões informadas, comunicar eficazmente com a equipa e responder rapidamente a situações críticas.

Apesar da evidência incipiente sobre este último aspeto, é defendido por (Figueiredo dos Santos et al., 2023) que uma cooperação interdisciplinar pode incentivar a criatividade, conduzindo a diversas áreas disciplinares que compõem a equipa de proteção e socorro para uma tomada de decisão mais consciente e consistente, uma maior partilha de conhecimentos, através da análise dos problemas sobre a diversas perspetivas dos vários profissionais da equipa, possibilitando o desenvolvimento de competências concetuais e operacionais neste domínio. Contudo, a maioria das escolas de enfermagem portuguesas não dispõe dos recursos materiais, tecnológicos e humanos necessários (especialistas na área das catástrofes) para proporcionar aos alunos esta realidade. Assim, são importantes parcerias de cooperação estratégica entre escolas e organizações que permitam a construção coletiva e cooperativa do conhecimento e da ação, numa perspetiva interdisciplinar, no domínio das catástrofes, aproveitando sinergicamente o melhor contributo de cada uma das partes envolvidas, o que poderá traduzir -se em múltiplos benefícios. No seguimento desta ideia, a cooperação interinstitucional é considerada importante. (Nidaa Bajow, 2024) refere que os exercícios de simulação são exigidos nos planos de emergência ou exercícios que envolvam coordenação e comunicação com outras organizações. Também (MAHDI, 2023) salienta a relevância de estabelecer alianças e colaborações com outras organizações para partilhar recursos e melhorar as competências de resposta. Recomendam que a preparação para catástrofe exija uma abordagem multifacetada.

Com a constante evolução tecnológica, os ambientes virtuais tornam-se cada vez mais recorrentes na atualidade e no futuro, verificando-se uma tendência crescente do uso da realidade virtual para apoiar a gestão de risco de emergências e catástrofes. No estudo de (Hamdi & Al Thobaity, 2023) a Simulação de Realidade Virtual (VRS) foi também recebida positivamente pelos alunos, indicando a sua eficácia na formação em procedimentos de catástrofe. As comparações entre o VRS e a simulação tradicional baseada em manequins não encontraram diferenças significativas nos resultados de aprendizagem, sugerindo uma igual eficácia do VRS. Os estudos concluíram que existe a necessidade de experiências

educativas ótimas baseadas em simulação, alinhadas com os resultados de aprendizagem e aproveitando tecnologias emergentes como o VRS.

Citando outro autor encontrado na pesquisa bibliográfica, os exercícios de simulação continuam a evoluir, com ênfase na compreensão, conhecimento e incorporação de competências mais interpessoais, formação de equipes, criação de feedback contínuo e aprendizagem (Covaciu et al., 2021). Segundo o mesmo autor, para garantir que é alcançada uma melhoria duradoura e que as simulações se tornem parte da cultura de formação, as competências de simulação e exercício devem ser incorporadas nas equipes de resposta e nos futuros profissionais, como os estudantes. Assim sendo, é importante envolver as várias organizações de resposta a situações de exceção.

Em suma, os estudos reiteram o papel central da preparação e formação especializada em enfermagem de catástrofe, podendo aumentar significativamente a preparação e proficiência para a catástrofe entre os enfermeiros. Demonstraram que não há dúvida de que o exercício de simulação é uma excelente ferramenta para melhorar o planejamento e a resposta a catástrofes, melhorando as competências de enfermagem em desastres com implicações de longo alcance. Pode aumentar a segurança da comunidade e a saúde pública, facilitando a gestão eficaz de crises, salvando potencialmente vidas e atenuando a gravidade dos ferimentos, contribuindo para a construção de comunidades mais resilientes e de sistemas de saúde mais robustos.

CONCLUSÃO

Os eventos de situação de exceção/catástrofes são imprevisíveis e ocorrem raramente, por isso a experiência dos enfermeiros em situações de catástrofe e as oportunidades de aprendizagem ficam limitadas, portanto a aprendizagem baseada na simulação torna-se o melhor método de treino.

A necessidade e o benefício da utilização de modelos de simulação para treino de resposta a situações de exceção/catástrofes têm sido cada vez mais reconhecidos nos últimos anos. Na área da Enfermagem, a simulação tem representado uma estratégia de aquisição de competências que visa aumentar a compreensão do comportamento humano nas configurações reais que os profissionais desenvolvem a sua atividade.

No que concerne ao alcance de resposta para a questão de investigação que levou à realização desta revisão de literatura, pode concluir-se que o treino por simulação assume um papel promotor das competências do enfermeiro, nomeadamente na área de catástrofe. Ressalta a importância dada à introdução dos exercícios de simulação desde a formação académica inicial, como por exemplo, na licenciatura de enfermagem. Este recurso tem-se constituído uma estratégia muito válida na aquisição de competências técnicas e não técnicas, destacando-se melhorias a nível da comunicação, da dinâmica de equipa, da tomada de decisão, da liderança e da autoavaliação.

Sendo uma das competências específicas do EEEMCPSC, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação, a simulação em situação de exceção é um forte aliado para dotar o enfermeiro especialista de conhecimento nesta área que poderá ser reproduzido junto das suas instituições de saúde, junto de entidades formativas. Em suma, o treino de simulação é uma excelente ferramenta para a formação em catástrofe e desenvolvimento de competências especializadas.

Durante a elaboração desta revisão de literatura, surgiram algumas limitações, nomeadamente a inexperiência na pesquisa em bases de dados científicas e as dificuldades pessoais ao nível da utilização de ferramentas informáticas. Estes constrangimentos exigiram um esforço acrescido de aprendizagem autónoma, pesquisa orientada e apoio do orientador, contribuindo, ainda assim, para o desenvolvimento de competências relevantes no domínio da investigação e do manuseamento de recursos digitais.

Referências bibliográficas

- Borges, A., Martinho, N., Rabiais, I., & Caldeira, S. (2021). Prática simulada: uma estratégia inovadora no presente e protagonista no futuro. *12*, pp. 34-35. doi:<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10242>
- Covaciu, A., Abrahamsson, M., Beck, A., Rai, S., Sapkota, N., Shapiro, M., & Szarzynski. (2021). Arching from Function to Form—Important Design Elements of Simulation Exercises (SimEx) in Emergency Response and Disaster Risk Management. *11*, p. 718. doi:doi.org/10.3390/educsci11110718
- del Carmen Cardós-Alonso, M. O.-V. (2024). Extended reality training for mass casualty incidents: a systematic review on effectiveness and experience of medical first responders. (I. J. Medicine, Ed.) *17*, pp. 2-14. doi:<https://doi.org/10.1186/s12245024-00685-3>
- Diário da República n.º 126/2006. (3 de 7 de 2006). Diário da República n.º 126/2006. 4696 - 4706. Obtido em 26 de 10 de 2024
- Diário da República n.º 26/2019. (2 de 6 de 2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Em O. d. Enfermeiros (Ed.), (pp. 4744-4750). Obtido em 10 de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Diário da República, 2.ª série . (15 de janeiro de 2008). Despacho normativo n.º 3/2008. Portugal. Obtido em 26 de outubro de 2024
- Figueiredo dos Santos, P. A., Negrão Batista, R. C., Dias Coutinho, V. R., & Mascarenhas Rabiais, I. C. (2023). Interdisciplinary and interinstitutional simulation and cooperation: development of nursing students competencies in disaster. *Anna Nery School Journal of Nursing*, *27*, 1-7. doi:[10.1590/2177-9465-ean-2022-0077en](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2022-0077en)
- Hamdi, A., & Al Thobaity, A. (2023). Melhorar as competências de triagem de desastres através de formação baseada em simulação: um estudo intervencionista entre estudantes de enfermagem de licenciatura. *15*, p. 15513. doi:doi.org/10.3390/su152115513
- MAHDI, S. S. (2023). Systematic review on the current state of disaster preparation Simulation Exercises (SimEx). (B. E. Medicine, Ed.) *23*, pp. 1-13. doi:[DOI 10.1186/s12873-023-00824-8](https://doi.org/10.1186/s12873-023-00824-8)
- Mark X. Cicero, M. T. (4 de 2018). 60 Seconds to Survival: A Multisite Study of a Screenbased Simulation to Improve Prehospital Providers Disaster Triage Skills. (V. 2. AEM EDUCATION AND TRAINING • April 2018, Ed.) *2*. doi:[doi:10.1002/aet2.10080](https://doi.org/10.1002/aet2.10080)
- Martins, J. J. (2019). *A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências não técnicas em contexto de emergência pré-hospitalar: Survey.*, *60*, pp. 14-22. doi:<https://doi.org/10.48492/s>
- Nidaa Bajow, S. A. (2024). Assessment of the effectiveness of hospital external disaster functional drills on health care receivers' performance, using standardized patients and mass cards simulation: a pilot study from Saudi Arabia. *24*, p. 175. doi:<https://doi.org/10.1186/s12873-024-01095-7>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República; fevereiro, Regulamento nº124/2011. 8656-8657. Obtido em 15 de 10 de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>

Ordem dos Enfermeiros. (02 de 06 de 2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26/2019, Série II*, 4744-4750. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

APÊNDICE 2 Plano de Atividade formativa: Contribuição da simulação em situação de exceção/catástrofe no desenvolvimento de competências

Plano da atividade formativa

Atividade formativa: Contribuição da simulação em situação de exceção/catástrofe no desenvolvimento de competências		
Público-alvo: enfermeiros INEM		
Responsável: Enf ^ª Fernanda Silva - estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa do Porto		
Orientador: Professor Doutor Vasco Neves da Universidade Católica Portuguesa do Porto		
Data: 22/11/2024	Horário: 14h00m	Duração: 10 minutos
Local: reunião via Zoom		

Objetivo geral: Que os formandos no final da sessão sejam capazes de identificar a evidência sobre a contribuição da simulação em situação de exceção/catástrofe no desenvolvimento de competências.

Objetivos específicos:

- Assimilar conceitos relacionados com simulação de situação de exceção/catástrofe;
- Conhecer a revisão de literatura realizada sobre a temática;
- Assimilar os resultados e conclusões sobre a revisão realizada;
- Proporcionar momento de reflexão crítica sobre a temática;

Programa

Horário	14h00m
Conteúdo Programáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do responsável da atividade formativa; • Apresentação da temática; • Exposição do conteúdo temático; • Reflexão sobre a temática.
Duração	10 minutos
Metodologia	Método expositivo

APÊNDICE 3 Apresentação da atividade formativa “Contributos da simulação em situação de catástrofe no desenvolvimento de competências”

Contributos da simulação em situação de catástrofe no desenvolvimento de competências

Elaborado por: Enf. Fernanda Silva

Tutoria: [REDACTED]

Orientação: Professor Doutor Vasco Neves

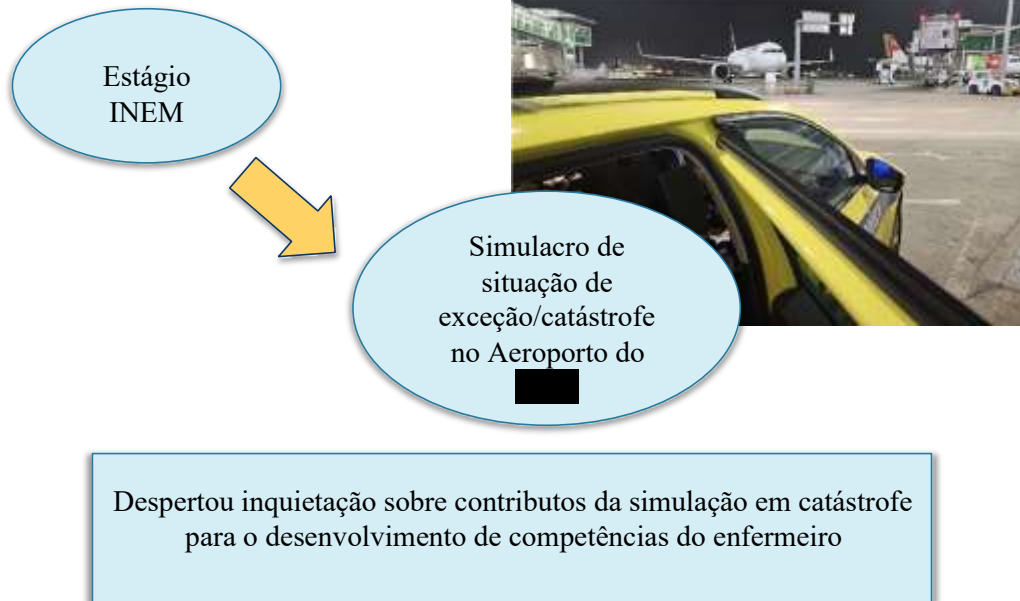
Local estágio: INEM – Delegação Regional do Norte

22 de Novembro de 2024

Sumário

- Introdução
- Enquadramento Teórico
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão

Relevância da temática



Enquadramento Teórico

Catástrofe - acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. (Lei de bases da Proteção Civil - Lei n.º 27/2006)

Simulação - traduz-se numa imitação ou representação de uma determinada situação ou processo, com recurso a simuladores de doentes e/ou software específico, garantindo uma aprendizagem fluente e contínua sem colocar em causa a segurança dos doentes. (Borges, Martinho, Rabiais, & Caldeira, 2021)

Exercício de simulação - uma forma de prática, treino, monitorização ou avaliação de capacidades, envolvendo a descrição ou simulação de uma emergência à qual é dada uma resposta descrita ou simulada. (Covaciu, et al., 2021)

Enquadramento Teórico

Competência do EEMCPSC

Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Enquadramento Teórico

Porquê Investigar?

- **Treino por simulação desenvolve competências?**
- **Que contributos?**
- **Procura de evidência científica**



**Revisão de
Literatura**

Metodologia

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação – terminologia PICO

Terminologia de pesquisa	Termos de pesquisa
População (P)	Enfermeiros
Intervenção (I)	Simulação de situação de exceção/catástrofe
Comparação (C)	Não aplicável
Outcomes (C)	Desenvolvimento de competências

Metodologia

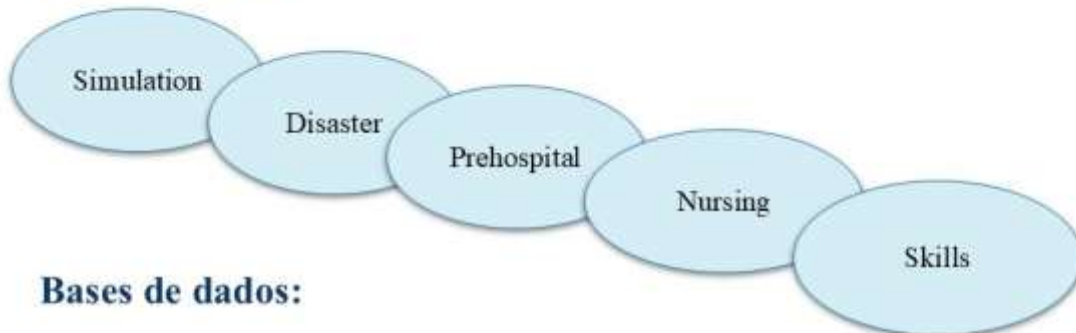
Questão de investigação



Quais os contributos da simulação de situações de catástrofe em contexto pré-hospitalar no desenvolvimento de competências do enfermeiro?

Metodologia

Palavras-chave



Bases de dados:

- B-on;
- CINAHL Complete;
- Medline;

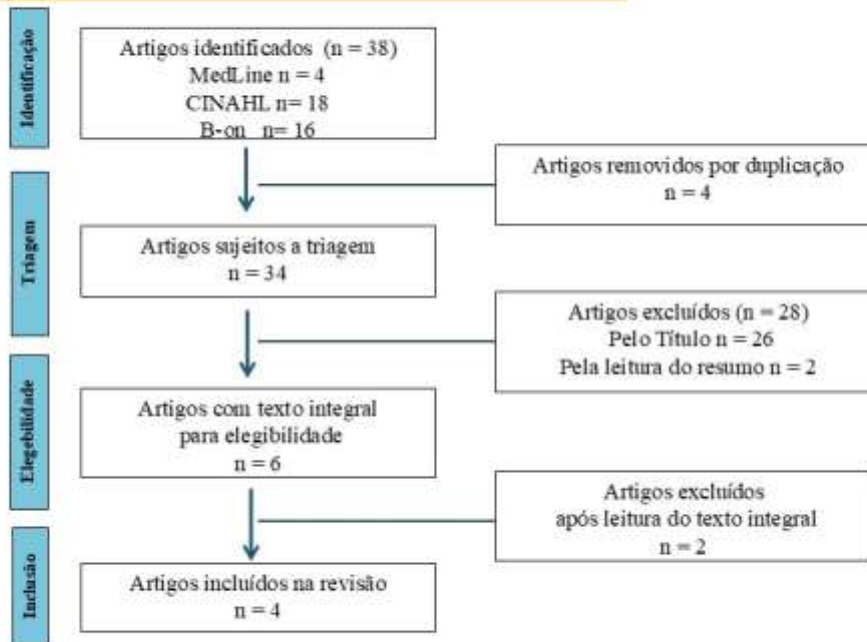


Metodologia

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos analisados

Critérios de inclusão	Limitadores
<ul style="list-style-type: none">▪ > 18 anos▪ Contexto pré-hospitalar	<ul style="list-style-type: none">▪ Texto integral▪ Acesso livre▪ Publicações entre 2019 e 2024▪ Em Português e Inglês

Metodologia



Resultados

Interdisciplinary and interinstitutional simulation and cooperation: development of nursing students competencies in disaster

Simulation and cooperation interdisciplinary and interinstitutional: development of competencies of students of nursing in disasters

Simulación y cooperación interdisciplinaria e interinstitucional: desarrollo de competencias del estudiante de enfermería en desastres

Enhancing Disaster Triage Competencies through Simulation-Based Training: An Interventional Study among Undergraduate Nursing Students

Amal Hamdi¹ and Abdullelah Al Thobaity^{2,*}

¹ Altha Ministry and Children Hospital, Altha (202), Saudi Arabia, am.althobaity@gmail.com
² Medical Faculty of Nursing Department, College of Nursing, Taif University, Taif (2194), Saudi Arabia
 * Correspondence: Althobaity@taif.edu.sa

Systematic review on the current state of disaster preparation Simulation Exercises (SimEx)

Said Hassan Mansour¹, Hiba Alkhatib², Rana Alkhatib³, Sara Alkhatib⁴, Marwan Alkhatib⁵, Sara Alkhatib⁶, Danyal Alkhatib⁷, Ibrahim Alkhatib⁸ and Youssef Alkhatib⁹

Assessment of the effectiveness of hospital external disaster functional drills on health care receivers' performance, using standardized patients and mass cards simulation: a pilot study from Saudi Arabia

Wafaa Bajbouj¹, Saleh Alotaibi², Fatima Alotaibi³, Yassin Shahoon⁴, Abdulaziz Alotaibi⁵, Ali Alotaibi⁶, Rimaa Alotaibi⁷, Abdulkadir Alotaibi⁸, Carl Montan⁹, Ilem Lennquist¹⁰ and Mujahid Alotaibi¹¹

Resultados

Autor/Ano	(Figueiredo dos Santos, Negrão Batista, Dias Coutinho & Mascarenhas Rabiais, 2023)
Título	<i>Interdisciplinary and interinstitutional simulation and cooperation: development of nursing students competencies in disaster</i>
Resultados	<ul style="list-style-type: none">✓ Simulação como excelente opção para incorporar conhecimento e rotinização de aspetos na área da catástrofe.✓ Desenvolvimento de trabalho de equipa, integração de equipas multidisciplinares, melhoria na tomada de decisão.✓ A parceria entre várias organizações minimiza a duplicação de procedimentos, a competição por recursos, promove educação contínua e permite práticas padronizadas.✓ Estratégia de ensino para os estudantes de enfermagem, em Portugal 85% dos cursos de enfermagem não tem a área de catástrofe no plano de estudos.

Resultados

Autor/Ano	(MAHDI, 2023)
Título	<i>Systematic review on the current state of disaster preparation Simulation Exercises (SimEx)</i>
Resultados	<ul style="list-style-type: none">✓ Simulação como ambiente seguro, que permite a repetição essencial para melhor aprendizagem.✓ Oportunidade de testar competências e desenvolver estratégias eficazes com melhoria na capacidade de tomada de decisão.✓ Compreensão das fraquezas e limitações individuais/organizacionais.✓ Importante estabelecer alianças e colaboração entre organizações para partilhar recursos e melhorar competências.✓ A avaliação destes exercícios é fundamental.✓ Criação de centros de simulação, incluindo esta formação nas universidades.

Resultados


Autor/Ano	(Hamdi & Al Thobaity, 2023)
Título	<i>Enhancing Disaster Triage Competencies through Simulation-Based Training: An Interventional Study among Undergraduate Nursing Students</i>
Resultados	<ul style="list-style-type: none">✓ Limitações como falta de preparação, educação formal inadequada, investigação insuficiente, dilemas éticos, baixa casuística.✓ Simulação melhora o conhecimento e as competências dos enfermeiros em catástrofe.✓ Melhoria na capacidade de lidar com situações emergentes, na avaliação de priorização dos doentes, na tomada de decisão, na resposta mais eficaz às situações críticas.✓ Aperfeiçoamento na comunicação eficaz com a equipa.✓ Importante a formação em catástrofe desde a formação inicial.✓ Introdução de simulação de realidade virtual.

Resultados

Autor/Ano	(Nidaa Bajow, 2024)
Título	Assessment of the effectiveness of hospital external disaster functional drills on health care receivers' performance, using standardized patients and mass cards simulation: a pilot study from Saudi Arabia
Resultados	<ul style="list-style-type: none">✓ Enfatiza a simulação como ferramenta para melhorar a preparação.✓ Ajuda a identificar preocupações, testar planos, manter conhecimentos e competências de resposta atuais e construir capacidade de resposta entre sistemas.✓ A utilização de cartões de triagem foi positivo (82% participantes referem que os ajudou a responder melhor à situação de crise).✓ A má comunicação prejudicou o rastreio e coordenação dos doentes; a comunicação eficaz é essencial para coordenar atividades de resposta para minimizar morbilidade.✓ A avaliação do exercício é crucial para melhorar exercícios futuros; o Briefing e o Debriefing são importantes para manter fluxo de informação.

Discussão

Desafios de enfermagem em catástrofe



- Baixa casuística
- Falta de preparação
- Educação formal inadequada/falta de conhecimento
- Fracas competências técnicas
- Investigação insuficiente

(Figueiredo dos Santos, Negrão Batista, Dias Coutinho & Mascarenhas Rabiais, 2023) (Hamdi & Al Thobary, 2023)

Discussão


Melhoria



- Planeamento da situação
- Capacidade de liderança
- Tomada de decisão
- Precisão da triagem
- Coordenação interdisciplinar
- Comunicação

(Figueiredo dos Santos, Negrão Batista, Dias Coutinho & Mascarenhas Rabiais, 2023) (MAHDI, 2023) (Hamdi & Al Thobary, 2023) (Nidaa Bajow, 2024)

Comunicação



- Onde há mais falhas
- Entre membros da equipa e entre áreas de trabalho
- Com as ferramentas de comunicação
- Prejudicam a triagem e a orientação dos doentes

(Nidaa Bajow, 2024)

Discussão

Avaliação do exercício



- Ajuda a identificar os pontos fracos e fortes dos participantes.
- Destaca áreas nos planos de emergências que requerem melhorias.
- Garantir que estão atingidos os objetivos propostos.

(MAHDI, 2023)(Nidaa Bajow, 2024)

Fases importantes



Briefing: garante que os intervenientes conheçam os objetivos, planos de ação, preocupações de segurança, as suas funções e responsabilidades.

Debriefing fornece informações sobre o progresso do evento, traz novas informações e relata potenciais perigos; são uma oportunidade de aprendizagem significativa para melhorar desempenho e prontidão.

(Nidaa Bajow, 2024)

Discussão

Formação



- Formação em catástrofe na formação inicial dos enfermeiros.
- Enfermeiros bem formados desempenham um papel fundamental na resposta a catástrofe.

Cooperação



- Parcerias de cooperação estratégica entre escolas e organizações.
- Estabelecer alianças e colaboração entre organizações para partilhar recursos e melhorar competências.

(Figueiredo do Santos, Negrão Batista, Dias Coutinho & Mascarenhas Rabais, 2023) (MAHDI, 2023)

Discussão

Futuro



- Introdução da realidade virtual em treino de simulação em catástrofe.
- Comparativamente não se encontram diferenças significativas nos resultados de aprendizagem;
- Criação de centros de simulação em catástrofe;
- Investir na investigação desta área.

(Hamdi & Al Thobaity, 2023)

➤ **A simulação é uma excelente ferramenta para a formação em catástrofe e desenvolvimento de competências.**

(Figueiredo de Santos, Negrão Baista, Dias Coutinho & Mascarenhas Rabiais, 2023) (MAHDI, 2023) (Hamdi & Al Thobaity, 2023) (Nidas Bajow, 2024)

Conclusão

- ✓ Destacam-se melhorias a nível do planeamento, da comunicação, da dinâmica de equipa, da tomada de decisão, da liderança e da autoavaliação.
- ✓ Desenvolve-se uma comunicação eficaz, essencial para coordenar as atividades, minimizando a morbilidade.
- ✓ Uma avaliação mais rigorosa, com reconhecimento das fraquezas e limitações individuais/organizacionais, impulsiona o desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas de simulação que resultam numa melhor preparação e resposta a situações de catástrofe.

Conclusão

- ✓ A cooperação interinstitucional permite partilhar recursos, melhorar competências de resposta numa abordagem multifacetada.
- ✓ Focam a importância da formação em catástrofe na formação inicial dos enfermeiros.
- ✓ A simulação está cada vez mais integrada em cursos da área da saúde, levando à criação de centros de simulação, estando a aumentar o recurso ao uso de realidade virtual.

Conclusão

- ✓ Nesta revisão existiram algumas limitações como a escassez de tempo disponível para a sua realização, o reduzido número de resultados conforme os descritores limitadores definidos.
- ✓ Ressalta a importância de continuar a investir na investigação, nesta área de simulação em situação de catástrofe, no sentido de encontrar uma resposta mais robusta e mais válida para melhoria na resposta de atuação.

APÊNDICE 4

oster “Desenvolvimento de competências especializadas: contributos da simulação em situações de exceção”

VIII

Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem

A Prática especializada para a excelência do Cuidar

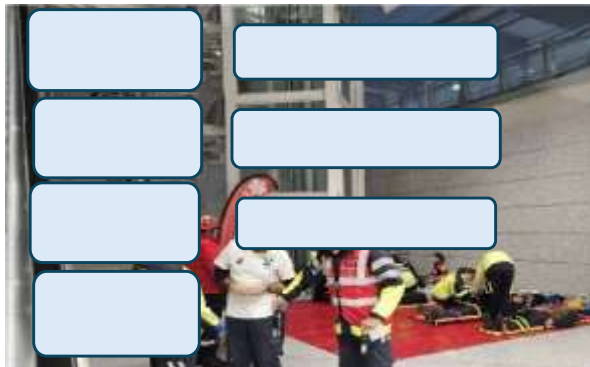


CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Introdução

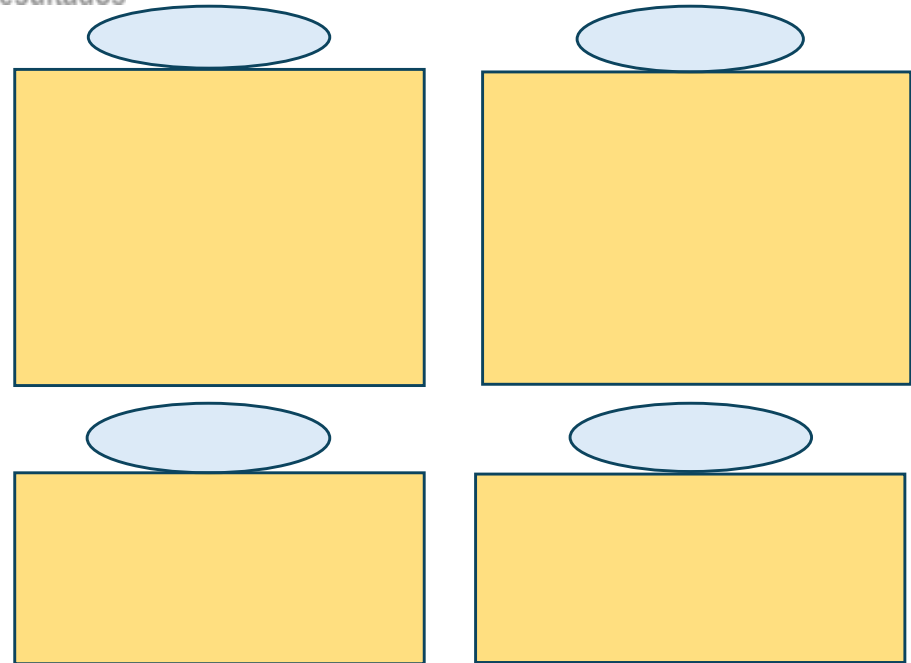
Objetivo



Referências
Bibliográficas



Resultados



Conclusão

APÊNDICE 5

Revisão da literatura “Papel do enfermeiro na consulta de *follow-up* em cuidados intensivos “



Papel do enfermeiro na consulta *follow-up* em cuidados intensivos Revisão de Literatura

Fernanda Silva

Novembro de 2024



Papel do enfermeiro na consulta de *follow-up* em cuidados intensivos Revisão de Literatura

Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica:
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Estágio Final e Relatório

Orientador: Prof Doutor Vasco Neves

Discentes: Fernanda Silva

Novembro de 2024

RESUMO

Introdução: a permanência em unidades de cuidados intensivos (UCI) pode gerar sequelas físicas, cognitivas e emocionais após a alta hospitalar, afetando a qualidade de vida dos sobreviventes. A consulta de *follow-up* representa uma ferramenta fundamental para assegurar a continuidade do cuidado e favorecer a recuperação dos doentes após a alta da UCI. Neste contexto, o enfermeiro pode atuar em múltiplas dimensões do cuidado pós-internamento, tanto no apoio aos doentes quanto às suas famílias. Com uma abordagem centrada na pessoa e orientada para as necessidades individuais, a intervenção da enfermagem contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida, prevenindo

complicações e promovendo uma transição segura e humanizada para o domicílio. Deste modo, com esta revisão, pretende-se saber como o enfermeiro, enquanto profissional de referência no cuidado contínuo, desempenha um papel fundamental nesse acompanhamento.

Objetivo: analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, o papel do enfermeiro na consulta de follow-up em cuidados intensivos.

Metodologia: para o presente trabalho desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, realizando-se uma pesquisa, com os seguintes termos em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), (“Nursing role”) AND (“Follow up”) AND (“Post intensive care syndrome”) seus correspondentes em Português, nas bases de dados Medline Complete, Complementary Index e CINAHL Complete presentes na ESBCO Discovery Service, obtendo-se um total de 27 artigos, tendo sido submetidos para leitura de texto integral seis artigos e integrados dois artigos nesta revisão.

Resultados: os estudos evidenciam que a atuação do enfermeiro nas consultas de follow-up contribui para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, promovendo apoio emocional, avaliação funcional e continuidade dos cuidados. Também foram identificados obstáculos à implementação desses serviços, como ausência de diretrizes formalizadas, limitações organizacionais e restrições no âmbito de atuação profissional do enfermeiro.

Conclusão: o enfermeiro tem papel essencial na recuperação de doentes pós-UCI, especialmente através de clínicas de seguimento. No entanto, a escassez de estudos sobre o tema aponta para a necessidade de mais investigação científica que fortaleça e reconheça formalmente a atuação da enfermagem nesse contexto.

Palavras-chave: Enfermagem; Consulta *Follow-up*; Síndrome pós-cuidados

intensivo

SIGLAS

DeCS -Descritores em Ciências da Saúde

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NLC - Nurse-Led Clinic

PICS-Family - Stress Pós-Traumático do Familiar

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PSC - Pessoa em situação crítica

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SCCM Society of Critical Care Medicine

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPICI - Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE	11
INTRODUÇÃO.....	114
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	115
2. METODOLOGIA	119
3. RESULTADOS	123
3.1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	125
CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa do Porto, durante o estágio num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) dum hospital da região norte foi proposta a elaboração duma Revisão de literatura. Neste campo de estágio foi-me proporcionado pela tutora a participação na consulta de *follow-up* do serviço, o que me despertou para a procura de evidencia científica sobre o papel do enfermeiro na referida consulta. Sendo assim, propus-me á elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre este assunto. Com esta atividade pretendo também aplicar e aprofundar os conhecimentos adquiridos na UC de Métodos de Investigação, com o objetivo de desenvolver competências na elaboração de uma revisão integrativa de literatura e o mapeamento do que existe sobre uma determinada temática, tendo em conta o contexto da prática de cuidados deste estágio e as inquietações surgidas sobre a temática.

A evolução dos cuidados intensivos tem aumentado a taxa de sobrevivência da pessoa em situação crítica, mas também revelou desafios significativos na recuperação após a alta hospitalar. A alta duma unidade de cuidados intensivos (UCI) não marca o fim de um percurso terapêutico, mas sim o início de um período de recuperação que pode ser complexo. Estudos indicam que muitos pacientes enfrentam a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (SPICI), caracterizada por alterações físicas, cognitivas e psicológicas.

Neste contexto, a consulta de *follow-up* surge como uma estratégia essencial para garantir a continuidade dos cuidados e a reabilitação adequada dos doentes. O enfermeiro desempenha um papel central neste processo, abordando diversas dimensões do cuidado pós-internamento numa UCI, tanto para os doentes como para as suas famílias. Através de uma abordagem holística, a intervenção da enfermagem na consulta de *follow-up* contribui para a melhoria da qualidade de vida dos doentes de cuidados intensivos, prevenindo complicações e promovendo uma transição mais segura para a vida pós-hospitalar.

A presente revisão de literatura, encontra-se estruturada em três partes. A primeira parte, refere-se ao enquadramento teórico, descrevendo conceitos relacionados com consulta de *follow-up* e SPICI. A segunda parte apresenta a metodologia utilizada e os resultados obtidos. Por último, apresentam-se as conclusões obtidas acerca do papel do enfermeiro na consulta de *follow-up* em cuidados intensivos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem Enfermeiros, 2011)

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Uma dessas competências específicas é “*cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*”, (Ordem Enfermeiros, 2011, p. 8656) e descrita nesta competência está uma unidade que refere “*assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” (Ordem Enfermeiros, 2011, p. 8656).

Em 2010, a Society of Critical Care Medicine (SCCM) **introduziu o termo Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI)** para unificar a descrição de um conjunto de complicações físicas, cognitivas, mentais e socioeconómicas que se desenvolvem após uma doença crítica. Estas alterações podem persistir durante meses ou mesmo anos após a alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), afetando negativamente a qualidade de vida e a capacidade laboral dos sobreviventes, bem como o bem-estar dos seus familiares (Needham, 2012).

A SPICI define-se como o aparecimento de novos problemas de saúde, ou o agravamento de problemas pré-existentes, sejam eles de âmbito físico, cognitivo,

psicológico ou social, na sequência do internamento em SMI. Afeta entre 50 e 70% dos sobreviventes de doença crítica e está associada a resultados clínicos desfavoráveis, como readmissões em cuidados intensivos, aumento do tempo de internamento, maior mortalidade e significativa redução da qualidade de vida (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024).

Para (Xiaofang He, 2024), a SPICI é um conjunto de alterações multidimensionais, físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, que podem surgir ou agravar-se após o internamento em cuidados intensivos. Estas alterações dividem-se essencialmente em quatro grandes domínios: físico, cognitivo, psicológico/emocional e social.

No domínio físico, os doentes podem apresentar fraqueza muscular adquirida na unidade de cuidados intensivos, perda de massa muscular, dificuldades na marcha, baixa tolerância ao esforço, dispneia e disfunções de deglutição. Além disso, surgem frequentemente alterações metabólicas, osteopenia, disfunções endócrinas e dor crónica, contribuindo para uma recuperação física prolongada e limitada (Rousseau, 2021).

As alterações cognitivas são igualmente prevalentes, incluindo défices de memória de curto e longo prazo, dificuldades de orientação no tempo e no espaço, défices de atenção e concentração, lentificação do processamento de informação, alterações das funções executivas, delírio, estados confusionais e, em alguns casos, alucinações. A presença de episódios de delírio durante o internamento e as flutuações glicémicas agravam o prognóstico cognitivo (Lago, 2020).

Em termos psicológicos e emocionais, a SPICI manifesta-se frequentemente através de ansiedade, depressão, stress pós-traumático e perturbações do sono, como insónia e pesadelos recorrentes relacionados com a experiência traumática do internamento. Estas alterações emocionais impactam negativamente a recuperação global do doente e estão frequentemente associadas a fatores de risco como juventude, género feminino, desemprego e consumo de álcool ou opioides durante a estadia na UCI (Lago, 2020).

Finalmente, no domínio social, a SPICI compromete a reintegração do indivíduo no contexto familiar, laboral e comunitário. Muitos sobreviventes enfrentam dificuldades em retomar as suas atividades de vida diária e em readaptar-se ao ambiente de trabalho, o que pode levar a problemas socioeconómicos e a ruturas familiares (Oliveira, 2021).

De forma global, as múltiplas alterações associadas à SPICI realçam a necessidade de estratégias de acompanhamento contínuo e de intervenções de reabilitação específicas, visando não apenas a sobrevivência, mas também a recuperação funcional e a promoção e a melhoria da qualidade de vida dos doentes após a alta hospitalar.

A SPICI não afeta apenas a Pessoa em situação crítica (PSC), mas estende-se também à sua família, provocando um impacto significativo no bem-estar emocional, social e económico dos seus membros. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, os familiares de doentes críticos podem desenvolver sintomas de ansiedade, depressão e stress pós-traumático, uma condição reconhecida como Síndrome de Stress Pós-Traumático do Familiar (PICS-Family) (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024). Lago (2020) refere que o processo de adaptação à nova realidade funcional e emocional do doente é frequentemente acompanhado de sobrecarga emocional, conflitos familiares e dificuldades na reorganização das dinâmicas familiares. Villa et al. (2021) acrescentam que a incapacidade do doente para retomar plenamente as suas atividades de vida diária pode gerar dependência prolongada e tensões no seio familiar, afetando negativamente a qualidade de vida de todos os envolvidos. Assim, a SPICI representa não apenas um desafio clínico individual, mas também uma questão de saúde familiar e social que exige uma abordagem integrada nas estratégias de acompanhamento pós-internamento.

Neste contexto, surge a consulta de *follow-up* em cuidados intensivos, como uma resposta estruturada às necessidades complexas destes doentes. Esta consulta visa realizar uma avaliação multidimensional, identificar precocemente sequelas físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, e implementar intervenções adequadas que favoreçam a reabilitação, a reintegração social e a prevenção de complicações tardias. Assim, a consulta de *follow-up* assume um papel essencial na continuidade dos cuidados, reforçando uma abordagem centrada no doente e orientada para a obtenção de melhores resultados em saúde.

A Consulta de *follow-up* é desenvolvida para potenciar a recuperação funcional da PSC no pós-internamento em cuidados intensivos, onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental de facilitador do processo de transição saúde/doença. O trabalho de *follow-up* é frequentemente baseado na Teoria das Transições de Meleis, que considera as mudanças de saúde/doença como momentos críticos que requerem intervenção de enfermagem especializada para promover uma transição saudável (Sousa, 2022). As transições são antecipadas por um acontecimento marcante que requer enfrentamento de estratégias, desenvolvimento de novas competências, funções e relações (Costa, 2016). Assim, a Teoria das Transições, oferece ao enfermeiro fundamentos teóricos que orientam a sua intervenção, permitindo-lhe apoiar a pessoa na adaptação e promoção de resultados de saúde positivos após a experiência de mudanças significativas no seu estado de saúde.

Em Portugal, a implementação de consultas de *follow-up* em unidades de cuidados intensivos tem vindo a ganhar expressão nos últimos anos, em resposta à necessidade de

garantir a continuidade de cuidados aos sobreviventes de doença crítica e mitigar as sequelas associadas à SPICI. Esta prática visa assegurar uma recuperação mais completa e promover a qualidade de vida dos doentes após a alta hospitalar. O SMI onde realizei o meu estágio reconheceu a importância desta abordagem e, nesse sentido, iniciou recentemente a implementação da consulta de *follow-up*, mais concretamente em dezembro de 2024. Esta nova dinâmica assistencial representa um passo significativo na humanização dos cuidados intensivos e na promoção de um acompanhamento mais próximo e personalizado, com vista à deteção precoce de complicações e à otimização do processo de reabilitação dos doentes críticos.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no seu documento de recomendações publicado em 2024, a consulta de *follow-up* deve ser uma prática integrada nas unidades de cuidados intensivos, envolvendo uma abordagem multidisciplinar e centrada no doente, com avaliação física, cognitiva, emocional e social dos utentes e seus familiares (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024). Esta entidade sublinha ainda que o seguimento sistemático destes doentes é fundamental para melhorar a sua qualidade de vida e reduzir a morbilidade e a mortalidade a médio e longo prazo.

Para Sousa (2022), a consulta de *follow-up* possibilita a identificação de alterações que podem passar despercebidas na alta hospitalar, proporcionando intervenções precoces e orientadas para a reabilitação física e psicológica. De igual modo, Gomes (2023) destaca que estas consultas fortalecem a articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários, assegurando uma transição mais segura e eficaz para a vida após o internamento em cuidados intensivos.

Reconhecendo o impacto da SPICI sobre a família, torna-se essencial que a consulta de *follow-up* integre também a avaliação e o acompanhamento dos familiares ou cuidadores. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, a consulta deve identificar sinais de sofrimento psicológico nos familiares, oferecer suporte emocional e orientar estratégias de coping para minimizar a sobrecarga associada ao cuidado de um sobrevivente de doença crítica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024).

Sousa (2022) reforça que a inclusão da família no processo de reabilitação favorece a adaptação ao novo contexto de vida, promove a literacia em saúde e fortalece a rede de apoio do doente, aumentando a eficácia das intervenções terapêuticas. Neste âmbito, o enfermeiro desempenha um papel fundamental, acolhendo as preocupações dos familiares, prestando informação adequada sobre a evolução do doente e sensibilizando para a importância do autocuidado do cuidador.

Assim, a abordagem centrada na pessoa e na família, promovida nas consultas de *follow-up*, revela-se indispensável para uma recuperação sustentável, não apenas do doente, mas também do seu núcleo familiar.

O enfermeiro desempenha um papel central nesta consulta, sendo um dos profissionais que melhor garante a continuidade dos cuidados e a vigilância das necessidades dos sobreviventes de doença crítica. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, o enfermeiro é responsável por realizar avaliações sistemáticas dos doentes, identificar precocemente complicações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, e articular a resposta a estas necessidades através de intervenções direcionadas e encaminhamentos adequados (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2024).

O enfermeiro, pela sua proximidade e abordagem holística, é fundamental na monitorização de sintomas físicos persistentes, como a fraqueza muscular ou a dor crónica, assim como na deteção precoce de alterações cognitivas, sinais de ansiedade, depressão ou stress pós-traumático. Através da consulta, o enfermeiro pode aplicar escalas de avaliação específicas, realizar educação terapêutica adaptada ao estado funcional do doente e orientar para programas de reabilitação física e psicológica (Sousa, 2022). Gomes destaca ainda que o enfermeiro assume um papel crucial no apoio à família, promovendo a literacia em saúde, preparando o cuidador informal e facilitando o processo de adaptação familiar às novas condições do doente. Além disso, o enfermeiro participa ativamente na coordenação da continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade, promovendo a ligação com os cuidados de saúde primários e os serviços de reabilitação (Gomes, 2023).

A consulta de *follow-up* desenvolve o exercício das competências especializadas do enfermeiro, permitindo intervenções centradas na pessoa e na família, e contribuindo para melhorar significativamente os resultados em saúde dos sobreviventes de cuidados intensivos.

Assim, a implementação de consultas de *follow-up* constitui atualmente uma prática recomendada a nível nacional e internacional, refletindo a evolução dos cuidados centrados na pessoa em situação crítica e o compromisso com a recuperação global dos doentes.

2. . METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho desenvolveu-se uma revisão de literatura.

Recorrendo aos termos de pesquisa e tendo em conta as orientações da terminologia PPC - População, Intervenção, Comparação e Outcomes, partiu-se para a elaboração da questão de investigação, conforme se descreve no Quadro 1.

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação – terminologia PICO	
Terminologia de pesquisa	Termos de pesquisa
Problema(P)	Enfermeiro
População (P)	Doentes da consulta follow-up
Contexto (C)	Consultas pós-internamento em unidades de cuidados intensivos

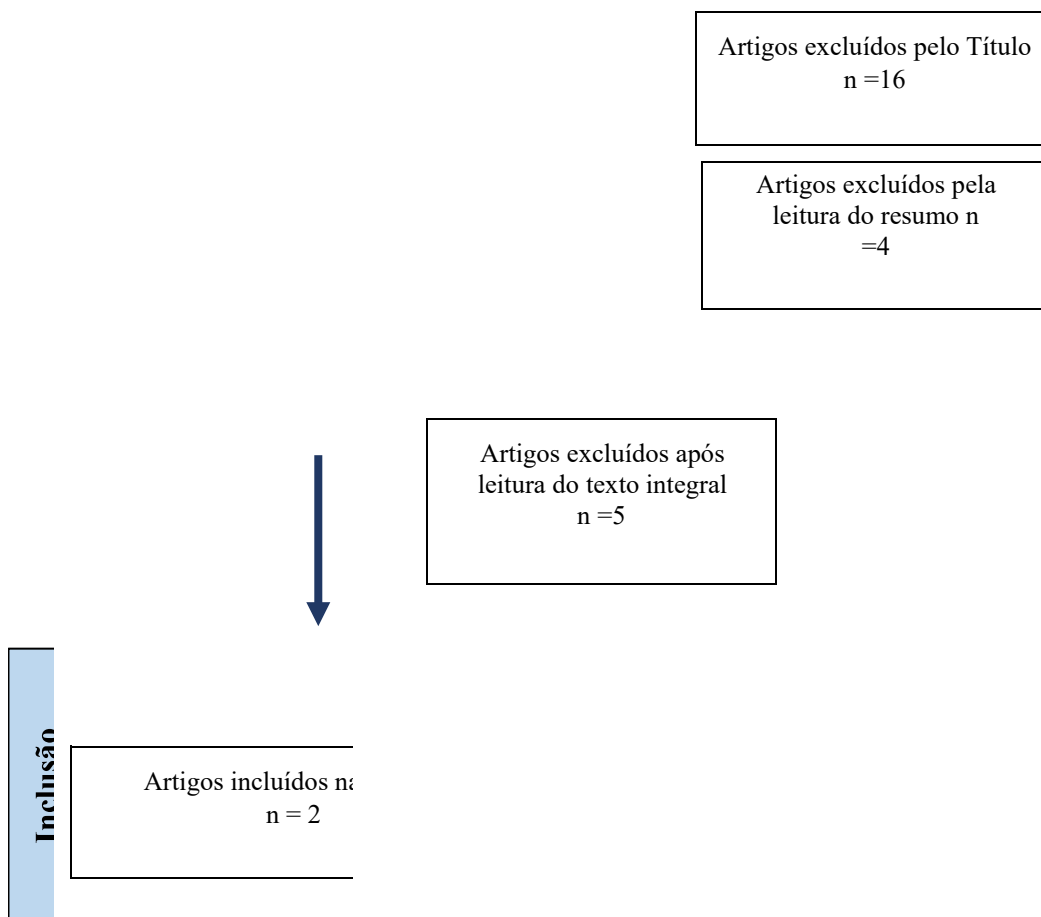
Deste modo, foi formulada a seguinte pergunta de investigação: “Qual o papel do enfermeiro na Consulta de Follow-up em cuidados intensivos?”

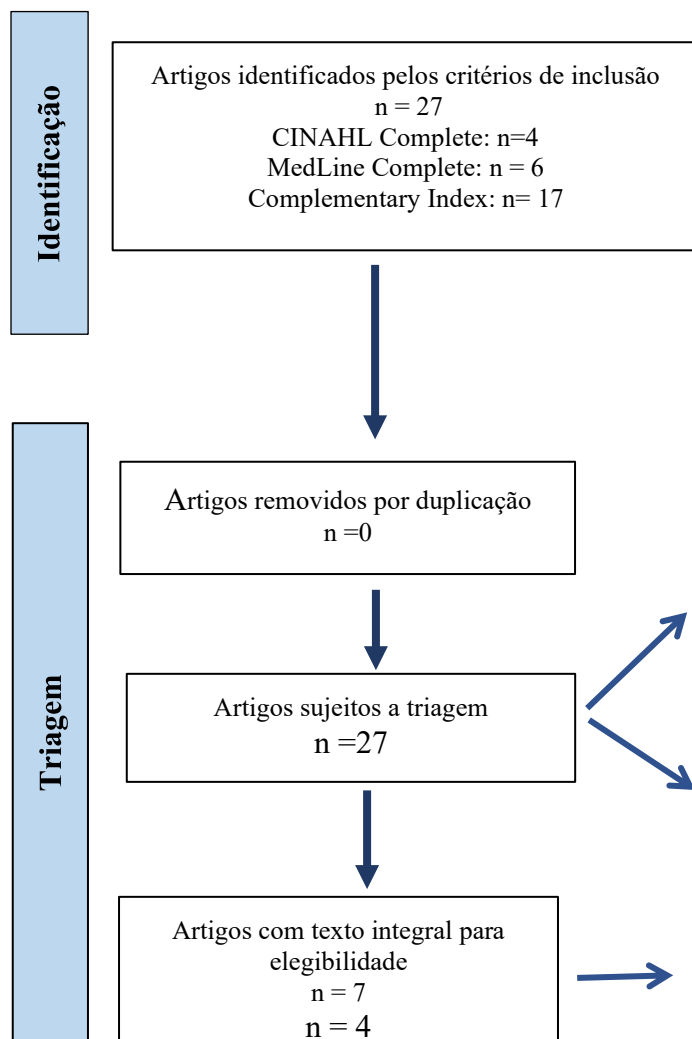
Os DeCS selecionados foram agrupados de acordo com a expressão booleana: (“Nursing Role”) AND (“Follow-Up”) AND (“Post Intensive Care Syndrome”) e seus correspondentes em Português.

No horizonte temporal de fevereiro de 2024 foi realizada pesquisa na ESBCO Discovery Service, tendo-se obtido nas bases de dados Medline Complete, Complementary Index e CINAHL Complete, um total de 27 artigos, de acordo com os critérios de inclusão definidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios de inclusão dos artigos analisados na revisão de literatura	
Critérios de inclusão dos artigos	Limitadores
Maiores de 18 anos	Acesso livre
Contexto de cuidados intensivos	Com texto integral
Covid	Publicados nos últimos 5 anos
	Idioma em Português e Inglês

Figura 1 - Diagrama PRISMA





3. RESULTADOS

Foram incluídos dois artigos que atenderam aos critérios da revisão. A seguir, apresenta-se uma síntese descritiva dos principais dados na Tabela de Evidências.

Título		<i>Fatores e qualidade de vida relacionada com a saúde associados à participação em seguimento pós-UCI. Um estudo de registo</i>
Informação bibliográfica		Glimelius Petersson C, Jakobsson L, Westergren A, Bergbom I., Acta Anesthesiol Scand. 2021
Palavras-chave		
Objetivos		Descrever e explorar características e determinantes para visitar ou não visitar uma em diferentes momentos e descrever a saúde física e mental ao longo do tempo
Metodologia	Amostra	656 doentes de UCI com internamento ≥ 72 h, seguidos por até 12 meses
	Instrumento de recolha de dados	Base de dados local e questionários
	Tipo de estudo	Estudo de registo, quantitativo e observacional
Resultados		Doentes que participaram do follow-up eram mais jovens, menos graves e com melhor saúde física. A participação associou-se a melhores scores de qualidade de vida. Não participaram, em geral, os mais idosos, com problemas neurológicos e pior função física.

Conclusões		As características individuais do doente e as condições de saúde atuais parecem influenciar as visitas ao NLC ou não. As descobertas podem contribuir para o desenvolvimento de rotinas existentes para atender à diversidade de necessidades e situações de vida dos doentes.
Síntese descritiva dos estudos incluídos		
Título		<i>Barriers and facilitators to offering post-intensive care followup services from the perspective of critical care professionals: A qualitative study.</i>
Informação bibliográfica		<u>Feng Zhang, Zhen Chen; Dan-dan Xue, Rui Zhang, Yun Cheng;</u> Nursing in Critical Care, Jul2024
Palavras-chave		Seguimento em UCI, sobreviventes de UCI, unidade de cuidados intensivos, síndrome pós-terapia intensiva, investigação qualitativa
Objetivos		Explorar e descrever as barreiras e os facilitadores dos serviços de seguimento pós-UCI na perspetiva dos profissionais de cuidados intensivos
Metodologia	Amostra	n = 21 profissionais de saúde
	Instrumento de recolha de dados	entrevistas semiestruturadas
	Tipo de estudo	Estudo qualitativo
Resultados		O processo de implementação, a falta de confiança, a falta de cooperação no consórcio médico, as relações desconfiadas, as restrições no seguro médico, os problemas de envelhecimento e os recursos humanos insuficientes funcionaram como barreiras, enquanto as lições aprendidas, o feedback positivo e o apoio digital serviram como facilitadores.

Conclusões	Os resultados deste estudo podem fornecer uma referência útil para acompanhamentos estruturados e sistemáticos para melhorar a síndrome pós-terapia intensiva em países de baixo e médio rendimento. As medidas educativas e publicitárias desempenham um papel crucial no aumento da sensibilização dos sobreviventes e do consenso dos profissionais de saúde do consórcio médico relativamente às incapacidades após cuidados intensivos
-------------------	---

3.1 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A presente revisão integrativa reuniu dois estudos que, embora distintos em metodologia e contexto cultural, abordam o seguimento pós-alta de doentes críticos sob a ótica da atuação da enfermagem. A análise comparativa destes estudos evidencia uma convergência essencial: o papel do enfermeiro na consulta de *follow-up* em cuidados intensivos é fundamental, tanto na promoção da recuperação global do doente quanto na articulação dos cuidados ao longo da trajetória pós-UCI.

O estudo de Petersson et al. (2021), de natureza quantitativa e realizado na Suécia, analisou a participação de doentes em clínicas de seguimento lideradas por enfermeiros (NLC). Os resultados indicam que os doentes que participaram das consultas obtiveram melhores indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde, medida por questionário, ao longo de um período de 12 meses. Esses doentes eram, em média, mais jovens, apresentavam menor gravidade clínica e relataram melhores condições físicas, particularmente nos domínios de função física, papel físico e saúde geral. Em contraste, os doentes que não participaram do NLC tendiam a ser mais idosos, com histórico de problemas neurológicos e menor desempenho físico, sugerindo que estes podem ser precisamente os indivíduos com maior necessidade de acompanhamento, mas também os que mais enfrentam barreiras de acesso.

A clínica liderada por enfermeiros descrita por Petersson et al. não se limitava à avaliação clínica, mas incluía intervenções educativas, escuta ativa e orientação personalizada, promovendo não apenas o bem-estar físico, mas também psicológico e social. Isso reforça o papel do enfermeiro como mediador do cuidado centrado na pessoa, capaz de oferecer suporte contínuo e contribuir ativamente na transição do doente para a vida após a hospitalização crítica.

Complementando essa visão, o estudo qualitativo de Zhang et al. (Yuan, 2020), realizado na China, analisou a perspectiva de enfermeiros sobre os desafios e potencialidades na implementação de serviços de seguimento pós-UCI. Os resultados revelam que, embora haja uma consciência crescente da importância do acompanhamento sistemático, persistem barreiras significativas, especialmente nos países com sistemas de saúde em desenvolvimento ou em transição. Entre os principais obstáculos identificados estão a limitação do escopo da prática de enfermagem, a ausência de protocolos institucionalizados, a falta de reconhecimento formal do papel do enfermeiro e uma cultura institucional ainda centrada apenas no tratamento intensivo e na alta hospitalar como desfecho final.

Contudo, Zhang et al. (Yuan, 2020) também evidenciam que os enfermeiros são frequentemente os profissionais mais próximos dos doentes e, portanto, os mais aptos a liderar ou coordenar iniciativas de *follow-up*, sobretudo em contextos onde os recursos médicos são escassos. Os participantes da pesquisa destacaram o valor da formação específica, da motivação individual e do apoio da liderança institucional como elementos-chave para o sucesso de programas de acompanhamento. Além disso, o estudo aponta para a crescente utilização de tecnologias digitais, como consultas por telefone e plataformas online, o que amplia a acessibilidade dos serviços, uma estratégia em que a enfermagem tem se mostrado altamente adaptável.

Ambos os estudos convergem na premissa de que o enfermeiro desempenha um papel insubstituível no acompanhamento pós-UCI, seja através da avaliação contínua do estado funcional, da orientação para autocuidado, do apoio emocional ou do encaminhamento para outros serviços de saúde. Essa atuação, no entanto, depende fortemente de condições contextuais: enquanto na Suécia o modelo de NLC é bem estabelecido, com resultados mensuráveis e reconhecimento institucional, na China os serviços ainda se encontram numa fase incipiente, informal e muitas vezes sustentados pela iniciativa dos profissionais.

Outro ponto relevante de comparação diz respeito à identificação dos perfis de maior vulnerabilidade. Petersson et al. identificam que doentes mais idosos, com doenças neurológicas e função física reduzida são menos propensos a participar do *follow-up*, ainda que sejam os que mais podem beneficiar dele. Já Zhang et al. apontam que a fragmentação da continuidade dos cuidados e a ausência de uma rede formal de seguimento tornam o acesso desigual e incerto, particularmente em sistemas descentralizados.

Portanto, os achados aqui discutidos sublinham a necessidade de institucionalização de serviços de seguimento pós-UCI liderados por enfermeiros, baseados em protocolos claros, com formação específica e reconhecimento formal da sua importância clínica. A

consolidação desse papel exige, ainda, investimento em políticas de saúde que priorizem a continuidade do cuidado, bem como o desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão dos doentes mais vulneráveis, através da identificação de barreiras individuais e sistêmicas.

Em suma, os estudos analisados convergem quanto à relevância do enfermeiro no processo de reabilitação e recuperação de doentes críticos após a alta da UCI. As divergências observadas referem-se menos ao conteúdo da prática e mais às condições estruturais, organizacionais e culturais que moldam a sua implementação. Este panorama reforça o apelo por mais investigação, padronização e investimento no seguimento pós-UCI como parte integrante e contínua do cuidado intensivos.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa permitiu identificar e sintetizar evidências sobre o papel do enfermeiro nas consultas de follow-up em cuidados intensivos, destacando sua relevância na continuidade e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica após a alta da UCI. Os estudos analisados evidenciam que a atuação da enfermagem vai muito além do cuidado técnico, incluindo funções de avaliação global do estado funcional, apoio emocional, educação em saúde, encaminhamento para serviços especializados e mediação da reintegração social e familiar.

Verificou-se que a participação dos doentes em clínicas de seguimento lideradas por enfermeiros está associada a melhorias significativas na qualidade de vida, especialmente nos domínios físico e mental. No entanto, fatores como idade avançada, comorbilidades neurológicas e baixa função física podem comprometer o acesso ou a adesão a esses serviços, sinalizando a necessidade de estratégias específicas para alcançar os doentes mais vulneráveis.

Paralelamente, foram identificadas barreiras organizacionais importantes, como a ausência de protocolos definidos, limitações nos recursos disponíveis e falta de reconhecimento formal do papel do enfermeiro no seguimento pós-UCI. Ainda assim, os estudos apontam que, com apoio adequado e formação específica, os enfermeiros estão aptos a liderar e estruturar intervenções eficazes neste contexto.

Conclui-se, portanto, que o enfermeiro na consulta de follow-up assume uma prática promissora e essencial na recuperação dos doentes pós-internamento em UCI, sendo necessário o investimento em políticas institucionais, formação profissional e estruturação formal destes serviços. O fortalecimento desse modelo poderá garantir maior equidade no acesso, qualidade nos cuidados e humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costa, L. G. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. (E. Brasil, Ed.) 15. <https://doi.org/https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Gomes, P. M. (2023). Prevenção da SPICI: Criação de uma Consulta de Follow-Up. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/83372>

Lago, P. M. (2020). SPICI e a reabilitação pós-internamento em cuidados intensivos: Perspectivas futuras. (R. B. Intensiva, Ed.) 32. Obtido de <https://irmashospitaleiras.pt/noticias/ler/75-a-sindrome-pos-uci-do-covid19>

Needham, D. M. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. (C. C. Medicine, Ed.) 40. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>.

Oliveira, E. C. (2021). Sobrevivência em cuidados intensivos: Para além da alta hospitalar. (R. d. Referência, Ed.) 6, pp. 35–44.

Ordem Enfermeiros. (2011). Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. 8656. https://doi.org/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciaspecificfessoasituacaocritica.pdf

Rousseau, A. F. (2021). Quality of life after intensive care unit discharge: Validation of the French version of the Post-ICU Questionnaire. (H. a. Outcomes, Ed.) 19.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2024). Recomendações para o seguimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos no doente e família - Follow-up no doente crítico. (S. P. Intensivos, Ed.) Obtido de https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf

Sousa, M. A. (2022). A Pessoa no Pós-Internamento em Cuidados Intensivos: Um Modelo de Acompanhamento de Enfermagem. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/43815>

Villa, G. M. (2021). Quality of life and family burden after intensive care: Results of a longitudinal study. (I. a. Nursing, Ed.) 63.

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado de participação nas “II Jornadas de Enferma em do U do H ”



II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM

17 e 18 | Outubro | 2023

Certificado de Participação

Certifica-se para os devidos efeitos que Fernanda Maria Gomes Silva Cunha
participou nas **II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM - Novos Desafios e Oportunidades**, realizadas
no Auditório S. Bento Menni em Barcelos, nos dias 17 e 18 de Outubro de 2023 com a duração de 14 horas.

PRESIDENTE DAS JORNADAS – ENFERMEIRA CONCEIÇÃO SOUSA



ANEXO 2

Certificado de organização nas “II Jornadas de Enfermagem do SU do HSM”

JORNADAS SU'23 BARCELOS

II Jornadas de Enfermagem do SU do HSM

17 e 18 | Outubro | 2023

Certificado de Organização

Certifica-se para os devidos efeitos que Fernanda Maria Gomes Silva Cunha pertenceu ao grupo de trabalho responsável pela organização das **II Jornadas de Enfermagem do SU do HSM - Novos Desafios e Oportunidades**, realizadas no Auditório S. Bento Menni em Barcelos, nos dias 17 e 18 de Outubro de 2023.


PRESIDENTE DAS JORNADAS – ENFERMEIRA CONCEIÇÃO SOUSA

ANEXO 3

Certificado de participação no “1º seminário de supervisão Clínica em enfermagem”



**1º SEMINÁRIO
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**

CERTIFICA-SE QUE,

Fernanda Maria Gomes Silva Cunha

ESTEVE PRESENTE NO I SEMINÁRIO EM SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM, QUE DECORREU NO PASSADO DIA 12 DE ABRIL DE 2024, NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE.

A handwritten signature in black ink that reads "Marisa Machado". The signature is fluid and cursive.

**PROF.ª DOUTORA MARISA MACHADO
DIRETORA ESSVA**

ANEXO 4 Certificado de participação no “Webinar: Inteligência Artificial na Saúde”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

FERNANDA MARIA GOMES DA SILVA DA CUNHA

membro nº 38836 desta Ordem, participou no(a) **"Webinar: Inteligência Artificial na Saúde"**, realizado no dia **16 de Abril de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 16 de Abril de 2024

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 5

**Certificado de participação no “VII Fórum das Especialidades de Enfermagem
subordinado ao tema – Vulnerabilidade (s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”**



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Declara-se que

Fernanda Maria Gomes Silva Cunha

participou no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem subordinado ao tema "Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas", que decorreu 18 de abril de 2024, no *campus* da Foz da Universidade Católica Portuguesa, no Porto, com duração total de 7 horas.



Prof.ª Doutor Paula Alves
(Diretor da Escola de Enfermagem - Porto)



Prof.ª Doutora Constança Freitas
(Coordenadora da Curso de Mestrado em Enfermagem)

Porto, 18 de abril de 2024

Doc/tes VIEEE 94/2024

ANEXO 6

**Certificado de participação no “IV Congresso Internacional Critical Care –
C U’24”**



IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24



11 E 12 DE OUTUBRO



AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Fernanda Maria Gomes Silva Cunha

palestrou no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPUN'24
que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.

Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

ANEXO 7

**Certificado de participação no "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de
Infeção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 3"**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

FERNANDA MARIA GOMES DA SILVA DA CUNHA

membro nº 38836 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 3", realizado no dia 22 de Outubro de 2024, com duração total de 01h30, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 22 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

ANEXO 8 Certificado de participação no "2º Seminário do Doente Crítico"

2º Seminário do Doente Crítico

7 e 8 de fevereiro 2025

Hospital CUF Descobertas



2º Seminário do Doente Crítico

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

CUF Academic Center
Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2
2790-073 Carnaxide



NOME

Fernanda Maria Gomes Silva Cunha

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

11293375

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-6799417d5ca45

ANEXO 9

Certificado de participação no "workshop *Ecofast para Enfermeiros*, integrado no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano"



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

Fernanda Maria Gomes Silva Cunha

Esteve presente no workshop "Ecofast para Enfermeiros", integrado no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano, organizado pela NEED2PRESERVE e que teve lugar no dia 11 de março de 2025, no Teatro Municipal de Vila do Conde, com a duração de 4 horas.

Vila do Conde, 11 de março de 2025

António Pereira

Presidente

ANEXO 10 Certificado de participação no "2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano"



ANEXO 11

**Certificado de participação no "VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem:
Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do
Cuidar"**



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Declara-se que

Fernanda Maria Gomes Silva Cunha

participou no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar, que decorreu na Escola de Enfermagem - Porto, da Universidade Católica Portuguesa, no dia 27 de março de 2025, com duração total de 7 horas.



Prof.ª Doutora Constança Festas
(Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem
da Escola de Enfermagem - Porto)



Prof. Doutor Paulo Alves
(Diretor da Escola de Enfermagem - Porto)

Porto, 27 de março de 2025.

Dec.Pres VIII/FEE 61/2025

ANEXO 12

Certificado de participação no "Internacional Congresso on mer ency 2025"



0000 www.apemerg.pt LISBOA 4 abril 2025

Patrocinador Oficial



Patrocinador Oficial

MC
Medical
by Patek



Certifica-se que FERNANDA MARIA GOMES SILVA CUNHA

participou no **INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY (ICE25)** by Associação Portuguesa de

Enfermeiros e Médicos de Emergência, realizado no Auditório Prof. Armando Simões dos Santos,

faculdade de Medicina Dentária - Universidade de Lisboa, no dia 4 de abril de 2025.

Lisboa, 4 de Abril de 2025

Vera Mondim
Presidente da Direção da APEMERG

