



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO DA
EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR**

**SPECIALIZED INTERVENTION OF THE RAPID
RESPONSE TEAM NURSE**

Por

Nuno Moniz

Lisboa - 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

**INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO DA
EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR**

**SPECIALIZED INTERVENTION OF THE RAPID
RESPONSE TEAM NURSE**

Por

Nuno Moniz

Sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa – 2024

“(…)

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.”

Ricardo Reis

Agradecimentos:

Ao **Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa**
pela excelência do ensino.

À **Prof. Doutora Isabel Rabiães**, por toda a sua dedicação, colaboração e ensinamento
ao longo deste percurso académico, e acima de tudo pela sua paciência, tolerância e
suporte nos momentos mais difíceis.

Aos **Enfermeiros tutores e às equipas de enfermagem** que me acolheram nos locais
de estágio, pela orientação, pelas experiências e conhecimentos partilhados.

À minha colega de mestrado e amiga **LP**, pelo apoio nos bons e nos maus momentos,
pelo companheirismo, pelo incentivo, partilha e amizade.

À minha **família** por todo o apoio e suporte. Em particular, aos meus pais, os pilares da
minha vida, por tudo o que fazem por mim, pela paciência, tolerância, suporte e acima
de tudo pelo amor incondicional.

E à pessoa mais importante da minha vida, **PA**. Sem ti, não seria possível. Obrigado por
acreditares sempre em mim.

A todos, o meu sincero
Obrigado.

Resumo

Este Relatório de Estágio insere-se na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Reflete o percurso efetuado em dois campos de estágio com características distintas, que decorreram de 4 de setembro a 16 de dezembro de 2023, num Serviço de Urgência (SU) Geral de um hospital (200 horas) e na Emergência Extra-hospitalar – Serviço de Suporte Imediato de Vida (SIV) (160 horas), com um total de 360 horas. Como resultado, vou realçar o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens, assim como, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica: cuidar pessoa, família/cuidador que evidencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Ainda, para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, foi realizada uma *Scoping Review* intitulada “Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar”. Em cada contexto de aprendizagem, elaborei um Projeto Formativo Individual, onde foram delineados objetivos gerais e específicos a desenvolver e as atividades a desenvolver nos contextos, de acordo com o interesse pessoal e as necessidades identificadas em cada contexto. O estágio no contexto do SU, além de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e a sua família em contexto de SU, permitiu também contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, no âmbito das intervenções do enfermeiro especialista na equipa de emergência intra-hospitalar (EEIH), realizando uma sessão formativa à equipa de

enfermagem do SU sobre as intervenções do enfermeiro na EEIH. No estágio SIV, pretendi contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, motivando para a implementação de sessões de *debriefing*, onde dei a conhecer à equipa, através de uma sessão formal, a estrutura básica de orientação das sessões *debriefing* e realizei uma primeira sessão *debriefing* com a equipa de enfermagem do serviço SIV. Visto que atualmente os cuidados se tornam cada vez mais exigentes, é importante aprimorá-los através de práticas sustentadas, que possam contribuir para o desenvolvimento da profissão. Deste modo, com a execução da revisão *scoping*, adquiri competências na área da investigação e aperfeiçoei habilidades já existentes, sendo elaborado com a expectativa de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Todo este percurso teve implicações a nível profissional, uma vez que contribuiu para o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo em toda a gestão e processo de cuidar da pessoa em situação crítica, tendo por base a prestação de cuidados de forma holística e assente na melhor evidência científica disponível.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências; Pessoa em Situação Crítica; Equipa de emergência intra-hospitalar.

Abstract:

This Internship Report is part of the Curricular Unit "Final Internship and Report" of the Master's Degree in Nursing with a Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations at the Institute of Health Sciences - Lisbon of the Catholic University Portuguese. It reflects the journey carried out in two internship fields with different characteristics, which took place from September 4th to December 16th, 2023, in the General Emergency Service (ED) of a hospital (200 hours) and in the Extra-hospital Emergency - Emergency Service: Immediate Life Support (SIV) (160 hours), with a total of 360 hours. As a result, I will highlight the development of Common Specialist Nurse Competencies in the domains of professional, ethical, and legal responsibility; continuous quality improvement; care management and development of learning, as well as the Specific Competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Critical Situations: caring for the person, family/caregiver who highlights complex processes of critical illness and/or organic failure; streamlining the response in emergency, exceptional, and catastrophe situations, from conception to action, and maximizing intervention in the prevention and control of infection and resistance to Antimicrobials for people in critical situations and/or organic failure. Furthermore, to obtain a Master's degree in Nursing, a Scoping Review was carried out entitled "Skills Profile of the Intra-hospital Emergency Team Nurse." In each learning context, I prepared an Individual Training Project, where general and specific objectives to be developed and the activities to be carried out in the contexts were outlined, according to personal interest and the needs identified in each context. The internship in the context of the ED, in addition to developing skills in providing specialized nursing care to people in critical situations and their family in the context of the ED, also allowed contributes to the professional development of the nursing team, within the scope of specialist nurse interventions in the in-hospital emergency team (EEIH), carrying out a training session for the ED nursing team on nurses' interventions in the EEIH. In the SIV internship, I intended to contribute to improving the quality of nursing care provided, motivating the implementation of debriefing sessions, where I made the team aware, through a formal session, of the basic structure for guiding

debriefing sessions and carried out a first debriefing session with the SIV service nursing team. Since care is currently becoming increasingly demanding, it is important to improve it through sustained practices that can contribute to the development of the profession. In this way, with the execution of the scoping review, I acquired skills in the area of research and improved existing skills, being prepared with the expectation of contributing to improving the quality of care. This entire journey had implications at a professional level, as it contributed to the development of critical-reflective thinking throughout the management and process of caring for people in critical situations, based on the provision of care in a holistic manner and based on the best available scientific evidence.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Skills; Person in Critical Situation; In-hospital emergency team.

Lista de siglas e acrónimos:

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AO - assistente operacional

COPA - *Competency Outcomes Performance Assessment*

DGS - Direção Geral da Saúde

DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica

EAP – edema agudo pulmonar

ECG – eletrocardiograma

EEIH - Equipa de Emergência Intra-hospitalar

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EPI - equipamentos de proteção individual

ERR - Equipa de Resposta Rápida

IACS - Infecções Adquiridas nos Cuidados de Saúde

IHI - *Institute for Healthcare Improvement*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

NANDA-I - *North American Nursing Diagnosis Association - International*

NEWS 2 - *National Early Warning Score 2*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - paragem cardiorrespiratória

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

SABA - solução antisséptica de base alcoólica

SAV - suporte avançado de vida

SE - sala de emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - sala de observação

SRPCBA - Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

SU - Serviço de Urgência

TAS - técnico ambulância e socorro

TCE - traumatismo crânio-encefálico

TSV - taquicardia supraventricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMNI - ventilação mecânica não invasiva

Índice

1. Introdução	12
2. Enquadramento Teórico	15
3. Fenómeno de Estudo	18
3.1 Introdução.....	18
3.2 Critérios de Elegibilidade.....	20
3.3 Resultados.....	22
3.4 Discussão.....	33
3.5 Conclusões.....	35
4. Processo de Desenvolvimento de Competências em contexto de prática clínica	36
4.1 Processo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Serviço de Urgência.....	38
4.2 Processo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Serviço SIV	52
5. Considerações Finais	62
6. Referências Bibliográficas	65
APÊNDICES.....	73
Apêndice I – Estratégia de pesquisa	74
Apêndice II - Estudos não elegíveis após a revisão do texto integral	77
Apêndice III - Instrumento de extração de dados (características do artigo e resultados)	80
Apêndice IV – Características dos estudos	83
Apêndice V - Apresentação em <i>PowerPoint</i> “Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Intervenções Específicas do Enfermeiro”	87
Apêndice VI - Plano de ação da sessão de formação no contexto de Serviço de Urgência	97
Apêndice VII - Folha de divulgação da sessão de formação no contexto de Serviço de Urgência	99
Apêndice VIII - Apresentação em <i>PowerPoint</i> “ <i>Debriefing</i> : Equipa de enfermagem de Suporte Imediato de Vida”.....	101
Apêndice IX - Plano de ação da sessão de formação no contexto SIV	109
Apêndice X - Folha de divulgação da sessão de formação no contexto SIV.....	111
ANEXOS	113
Anexo I – I Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência: certificado de participação e programa.....	114

1. Introdução

A elaboração deste relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A frequência do curso de Mestrado emerge na minha vida profissional com o objetivo de aumentar os meus conhecimentos e competências na área da Pessoa em Situação Crítica e evolução na minha carreira de Enfermagem. Limitar-me ao que foi aprendido na licenciatura, é evidentemente insatisfatório, pois a profissão requer que esteja em constante atualização, quer por exigências profissionais, curiosidade, interesse ou vontade de prestar cuidados cada vez mais diferenciados. A área do doente crítico surge como grande fascínio pessoal, pela complexidade de abordagem e especificidade de conhecimentos e competências exigidas. Desde 2020 que trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e, como tal, faria todo o sentido desenvolver competências em contextos diferentes e abordar temas que pudessem ser aplicados à minha prática profissional. Deste modo, os locais escolhidos para a realização dos estágios foram o Serviço de Urgência (SU) Geral de um Hospital e o Serviço de Suporte Imediato de Vida (SIV) - Emergência Extra-hospitalar, com 400h de contacto, das quais 360h de estágio, no período de 4 setembro a 16 dezembro de 2023. A escolha dos contextos de estágio supracitados, relaciona-se com a grande vontade em adquirir novos conhecimentos, fora da minha área atual de trabalho, na prestação de cuidados e desenvolvimento da perícia nesta área de especialidade; nomeadamente, no acompanhamento da Pessoa em Situação Crítica desde a primeira abordagem no pré-hospitalar, muitas vezes em situações hostis e complexas e fora da nossa zona de conforto, encaminhamento até ao SU e respetiva abordagem neste serviço.

Com este relatório, pretendo evidenciar todo o trabalho e percurso realizados, que me permitiram passar de Enfermeiro de Cuidados Gerais para Enfermeiro Especialista com grau de Mestre, tendo por base a capacidade de pesquisa desenvolvida, a análise e raciocínio críticos. Descrevo algumas experiências que vivi ao longo dos estágios,

referindo os aspectos relevantes da minha aprendizagem e as competências que desenvolvi, bem como analiso a execução dos meus objetivos, gerais e específicos, previamente formulados no Projeto Formativo Individual, para cada campo de estágio. Com o intuito de obter o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi realizada uma *Scoping Review* sobre “Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipe de Emergência Intra-hospitalar”, o qual foi integrado neste relatório em capítulo próprio.

A existência de enfermeiros que realizem cuidados especializados é justificada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), pela necessidade destes profissionais procurarem, em toda a sua prática profissional, a excelência do exercício, conforme preconizado pelo Artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015). Os cuidados de enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica são altamente qualificados, prestados de forma eficaz, estruturada, fundamentada e contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, garantindo as funções básicas de vida e prevenindo complicações, tendo em vista a sua recuperação total. 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”, exigindo das equipas uma intervenção rápida e de qualidade, com o objetivo de evitar a morte e/ou diminuir as possíveis sequelas (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). É importante referir que, todo o meu percurso académico e prático teve por base as Competências Específicas, definidas pela OE, para a Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este processo teve por base também as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

Durante a elaboração deste relatório, utilizei uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, partindo do estado da arte, passando também pelas experiências vivenciadas ao

longo deste percurso. Estruturalmente este relatório está dividido em capítulos, com respectivos subcapítulos, para melhor percepção. Começo por realizar um enquadramento teórico e seguidamente apresento o fenómeno de estudo através de um trabalho científico intitulado “Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar: uma *Scoping Review*”. Começo por fazer uma descrição do contexto de estágio, as características gerais da instituição, descrição específica do serviço/equipa e organização das atividades e também uma análise crítico-reflexiva das atividades e saberes adquiridos, que me permitiram atingir os objetivos inicialmente propostos, com a finalidade de aquisição de competências, conhecimentos e capacidades que caracterizam um enfermeiro especialista nesta área. Apresento ainda dois trabalhos (em apêndice neste documento), que surgem como oportunidade de melhoria nos contextos onde realizei os meus estágios. No SU apresentei numa sessão formativa, à equipa de enfermagem, intitulada “Intervenções específicas do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEIH)”. No SIV, realizei uma apresentação à equipa de enfermagem sobre “*Debriefing* em Equipa” e fiz proposta de uma estrutura básica para a sua realização. Importa salientar que esta foi uma necessidade identificada pelos próprios enfermeiros desse serviço. Surgiu também a oportunidade de participar nas “I Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência”, evento organizado pelos enfermeiros do serviço onde realizei estágio, (o programa e respetivo certificado de participação encontram-se em anexo).

O modelo teórico utilizado como fio condutor ao longo do meu percurso é o de Patrícia Benner (2001): “De Iniciado a Perito” e que desenvolveu o Modelo de Aquisição de Competências que descreve as características e comportamentos em cinco níveis de desenvolvimento de competências e identifica as necessidades em matéria de ensino/aprendizagem dos enfermeiros, em cada um dos níveis (Benner, 2001).

Pretendo neste relatório demonstrar a aquisição de competências do enfermeiro com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica; ilustrar o processo de aprendizagem durante os estágios; aprofundar determinadas temáticas que surgiram como necessidade durante a unidade curricular supracitada e refletir sobre os atos praticados e algumas situações vivenciadas. O presente relatório segue as normas de citação e referências bibliográficas da *American Psychological Association* (APA) – Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas, 7ª edição de 2020.

2. Enquadramento Teórico

A palavra “competência” deriva do latim e, segundo o dicionário da língua portuguesa, significa “capacidade decorrente de profundo conhecimento que alguém tem sobre um assunto (...). Capacidade de fazer alguma coisa; aptidão. (...) Conjunto de habilidades, saberes, conhecimentos (...)” (Priberam, 2023). A OE definiu “competência”, por um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que [o enfermeiro] mobiliza em contexto de prática clínica” (Regulamento n.º 190/2015, 2015, p. 10087). Sendo assim, a competência representa a capacidade de um ser humano desenvolver as suas atividades de forma autónoma, tendo por base o seu planeamento, conseguido através da realização do Projeto Formativo Individual, para desenvolvimento posterior e respetiva avaliação dos resultados.

Teoricamente, o meu percurso formativo e prático, foi suportado pela Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner (2001), que examinou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado, que está inerente à prática de enfermagem, identificando cinco níveis de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A sua teoria, “De Iniciado a Perito” prova que, a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento. É através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado. Para a autora, as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial. Benner (2001) organizou por estádios o seu Modelo de Aquisição de Competências: Estadio 1 – Iniciado: “As iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com as quais poderão ser confrontadas. Para as ensinar e permitir que adquiram experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritas situações em termos de elementos objetivos... visto as iniciadas não terem nenhuma experiência da situação a qual vão fazer frente, têm que lhes ser dadas regras para as guiar nos seus atos.” (Benner 2001, p. 49). Estadio 2 – Iniciado avançado: “O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sobre a

indicação de um orientador) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner 2001, p. 50). Estadio 3 – enfermeiro competente: “A enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente.” (Benner 2001, p.53); “A enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da enfermagem. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência ajuda a ganhar eficiência e organização” (Benner, 2001, p. 54). Estadio 4 – proficiente: “... a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas; a percepção é aqui uma palavra-chave” (Benner 2001, p. 54 e 55). “É a enfermeira proficiente que é, muitas vezes, capaz de reconhecer uma deterioração do estado do doente antes mesmo das mudanças explícitas nos sinais vitais (...). Encontrámos enfermeiras proficientes nas que trabalham sobre a mesma população de doentes há cinco anos” (Benner 2001, p. 57). Estadio 5 – perito: “A enfermeira perita não se apoia sobre um princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema, sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.”. “A pessoa experiente já não tem em conta as características e as regras. Essas pessoas são maleáveis e mostram um nível elevado de adaptabilidade e de competências” (Benner, 2001, p. 59). “Nem todas as enfermeiras serão capazes de se tornarem peritas” (Benner, 2001, p. 61).

Independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, Benner (2001, p.16) defende que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, de forma gradativa e temporal, nos contextos de trabalho, afirmando que “compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer”. Com este modelo, tornou-se possível descrever as características, os comportamentos em cada nível de desenvolvimento e identificar em termos gerais as necessidades em matéria de ensino/aprendizagem em cada nível. Segundo estes teóricos, a expressão "competência" refere-se à capacidade de transpor os conhecimentos teóricos para a prática clínica (Benner, 2001). Uma assunção importante do modelo é que, com a

experiência e o domínio, a competência transforma-se e, em contexto de estágio, o enfermeiro procura adquirir os conhecimentos que não tem, desenvolver os conhecimentos e aptidões que já detém e conciliar competências, melhorando continuamente o que já sabe e conhece.

3. Fenómeno de Estudo

3.1 Introdução

As situações de emergência que ocorrem a nível hospitalar constituem uma preocupação das instituições de saúde, por serem uma ameaça à segurança do doente, um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Rocha & Branco, 2022). O envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida e as comorbilidades associadas, somados à escassez de profissionais de saúde, inexperiência e falhas na monitorização e vigilância poderão contribuir para a ocorrência de situações de emergência durante um episódio de internamento (Buurman *et al.*, 2011 citado por Weatherburn & Greenwood, 2023; Moreira *et al.*, 2018). A crescente preocupação com a segurança do doente, aliada à qualidade em saúde, impulsionou o desenvolvimento de estratégias pelas instituições e profissionais (Teixeira, 2021). Neste sentido, o Conselho Europeu de Ressuscitação defende que os hospitais devem ter uma política clara para dar resposta clínica a doentes com alterações de sinais vitais e doenças críticas, o que pode incluir um serviço de extensão de cuidados intensivos e/ou uma Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEIH) (Soar *et al.*, 2021). As EEIH surgem como mecanismo integral para a segurança do doente hospitalizado e são parte de um Sistema de Resposta Rápida (SRR) (Fischer *et al.*, 2021; Chalwin *et al.*, 2020). Têm por objetivo mobilizar conhecimentos e competências em cuidados críticos para atender doentes em deterioração clínica ou emergências, em locais fora das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de forma atempada, para evitar eventos adversos (Moreira *et al.*, 2018). Uma Equipa de Resposta Rápida (ERR) surgiu pela primeira vez na Austrália em 1990, como Equipa de Emergência Médica (Won & Kang, 2022), após se ter verificado sinais de deterioração antes de ocorrer uma paragem cardiorrespiratória (PCR) (Salvatierra *et al.*, 2016). No estudo de Schein *et al.* (1990), verificou-se que mais de 80% das pessoas que sofreram uma PCR no hospital, tinham deterioração de sinais vitais nas 8 horas anteriores (citado por Hillman *et al.*, 2014). Assim, ocorreu uma mudança de paradigma: da atuação na ressuscitação cardiorrespiratória para a prevenção de eventos críticos (Cardo, 2017), onde ERR são ativadas antes da emergência (Berwick *et al.*, 2006). A sobrevivência do doente

dependerá da eficácia da resposta a estas situações (Despacho n.º 9639/2018, 2018). A “100,000 Lives Campaign”, lançada em 2004 pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), correspondeu aos esforços de promover a segurança do doente, desafiando hospitais ou outros prestadores de cuidados, à criação de ERR, com o objetivo de reduzir significativamente a morbilidade e a mortalidade nos cuidados de saúde americanos (Berwick *et al.*, 2006). Os benefícios da implementação das EEIH são referidos na literatura como: prevenção de complicações; diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade; redução de PCR, de admissões não programadas em UCI e do tempo de internamento hospitalar; e satisfação profissional (Won & Kang, 2022; Rocha & Branco, 2022; Moreira *et al.*, 2018; Salvatierra *et al.*, 2016; Hillman *et al.*, 2014). Estas também vêm colmatar dificuldades sentidas na atuação ao doente que evoluiu para situação crítica na enfermaria (Rocha & Branco, 2022). O seu âmbito de atuação é o ambiente intra-hospitalar e, embora as situações de emergência possam ocorrer em qualquer lugar num hospital, são mais comuns nos internamentos (Devita *et al.*, 2006 citado por Cardo, 2017). Salienta-se que no ambiente intra-hospitalar estão incluídos utentes, visitas, funcionários ou outras pessoas que se encontrem nas instalações (Ministério da Saúde, 2010). Inspirados na Austrália e integrando a sugestão do IHI foram introduzidos em vários hospitais diferentes modelos de EEIH, não existindo um modelo único na Europa (Chan *et al.*, 2016 citado por Cardo, 2017; Mullins & Psirides, 2016 citado por Cardo, 2017). Em Portugal, estas equipas assumem a designação de Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) e a sua criação e implementação foram determinadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) em 2010 (Despacho n.º 9639/2018, 2018). Habitualmente, as EEIH são multidisciplinares, mas podem ser constituídas apenas por médicos ou por enfermeiros (Maharaj *et al.*, 2015 citado por Cardo, 2017). Internacionalmente é aceite que sejam médicos e enfermeiros pertencentes aos serviços de medicina intensiva (SMI) (Soar *et al.*, 2021). Em Portugal, a DGS determina que esta equipa deverá ser constituída por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação, de preferência com formação em cuidados intensivos e emergência (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, 2010). Wang & Zheng (2009) referem-se aos enfermeiros como os membros mais indispensáveis (citado por Yuan *et al.*, 2022) e McNeill *et al.* (2009) acrescentam que são necessárias “competências profissionais de prática avançada, tais como conhecimentos avançados, competências clínicas e capacidades de comunicação” (citado por Won & Kang, 2022, p. 2). Ser enfermeiro da EEIH é profissionalmente complexo e é exigido um processo de

desenvolvimento individual e profissional para demonstrar múltiplas competências (Bunkenborg *et al.*, 2022). A temática das EEIH permanece pouco desenvolvida a nível nacional, sobretudo as competências dos enfermeiros, razão pela qual se justificou realizar esta *Scoping Review*.—Foi realizada uma pesquisa preliminar no *Prospectively Registered Systematic Reviews* (PROSPERO), *Joanna Briggs Institute* (JBI) e na *Open Science Framework* (OSF) que não revelou a existência de *Scopings Reviews* publicadas, ou a serem realizadas, sobre o perfil de competências do enfermeiro da EEIH. Portanto, a realização desta *Scoping Review* teve como objetivo mapear a extensão, variedade e natureza da literatura sobre as competências do enfermeiro da EEIH e pretende responder à questão: Quais são as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar?

3.2 Critérios de Elegibilidade

Participantes: Esta revisão considerou estudos que incluíam como população os enfermeiros que exercem funções nas EEIH.

Conceito: Esta revisão considerou estudos que exploraram as competências dos enfermeiros que exercem funções nas EEIH. Definiu-se competência por um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que [o enfermeiro] mobiliza em contexto de prática clínica” (Regulamento n.º 190/2015, 2015, p. 10087).

Contexto: Esta revisão considerou estudos em que o contexto foi o meio intra-hospitalar.

Tipos de Fontes: Foram considerados para inclusão estudos primários e revisões sistemáticas, narrativas e integrativas da literatura. Os paradigmas foram qualitativos, quantitativos e de métodos mistos. Incluíram-se estudos fenomenológicos, etnográficos, *grounded theory* e de investigação «apreciativa», além de estudos observacionais com desenhos descritivos e analíticos ou experimentais, incluindo estudos clínicos controlados randomizados, não randomizados ou quasi-experimentais. Para além disso, também foram considerados artigos ou textos de opinião, relatos de experiência, literatura cinzenta, relatórios ou orientações.

Metodologia

Esta *Scoping Review* foi realizada de acordo com a metodologia proposta pelo JBI para revisões *Scoping*, segundo o manual para revisores publicado em 2020 (Peters *et al.*,

2020) e em conformidade com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Page *et al.*, 2021).

Estratégia de Pesquisa

Depois de definida a questão de revisão, a estratégia de pesquisa foi realizada em 3 etapas.

1. Pesquisa inicial limitada na *CINAHL Complete* e *MedLine Complete* (vias EBSCOhost) para identificar artigos sobre o tema, seguindo-se uma análise de palavras contidas no título, resumo e termos indexados, utilizados pelos autores, de forma a construir a estratégia de pesquisa.
2. Segunda pesquisa, realizada em julho e agosto de 2023, incluindo os descritores DeCS/MeSH, termos CINAHL e linguagem natural, combinados com os operadores booleanos (AND e OR), adaptada às base de dados: *CINAHL Complete*, *Cochrane Library* incluindo a *Cochrane Database of Systematic Reviews* e o *Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL), *MedicLatina*, *MedLine*, *Scielo*, *Scopus* e *Web of Science* (todas via EBSCO) e a pesquisa de estudos não publicados nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). As estratégias de pesquisa encontram-se no apêndice I.
3. Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos e selecionadas as que respeitavam os critérios de inclusão.

Foram considerados para inclusão nesta revisão, estudos escritos em espanhol, inglês e português com acesso ao texto integral gratuito. Não foi considerado friso temporal. Após a pesquisa, todos os registos identificados foram compilados, carregados no programa *RAYYAN*® e removidos os duplicados. A análise dos títulos e resumos foi realizada por dois revisores independentes, de acordo com os critérios de inclusão. Os artigos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra e analisados os textos integrais. Os que não respeitaram os critérios de inclusão foram excluídos e as razões para a sua exclusão são apresentadas no apêndice II. Todas as divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas através de discussão ou com um terceiro revisor.

Extração de Dados

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, utilizando um instrumento de extração de dados desenvolvido pelos próprios, alinhado com o objetivo e questão de

revisão. O instrumento construído (apêndice III) contemplou o *Competency Outcomes Performance Assessment (COPA) Model* de Lenburg (1999), traduzido como Modelo de Avaliação dos Resultados das Competências e do Desempenho, que inclui 8 dimensões de competências: avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino, gestão, liderança e integração do conhecimento (Lenburg *et al.*, 2009). As competências mapeadas, que não se incluíram nas dimensões deste modelo, foram acrescentadas como outras competências. As divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas através de discussão ou com um terceiro revisor.

3.3 Resultados

Seleção dos Estudos

Como descrito na figura 1 (fluxograma PRISMA 2020 do processo seletivo dos estudos (adaptado)), identificaram-se 313 resultados, dos quais 100 foram excluídos por duplicação e 5 por não cumprirem o critério idioma. Aplicados os critérios de inclusão, excluíram-se 182 por título e resumo. Obteram-se 26 resultados, dos quais 5 sem acesso ao texto integral gratuito. Assim, 21 resultados potencialmente relevantes foram extraídos na íntegra, dos quais 8 excluídos após leitura integral, por não cumprirem os critérios de população e conceito. Obteram-se 13 resultados que foram analisados detalhadamente. Após análise bibliográfica destes estudos, foi adicionado 1 artigo, sendo incluídos 14 resultados nesta *Scoping Review*.

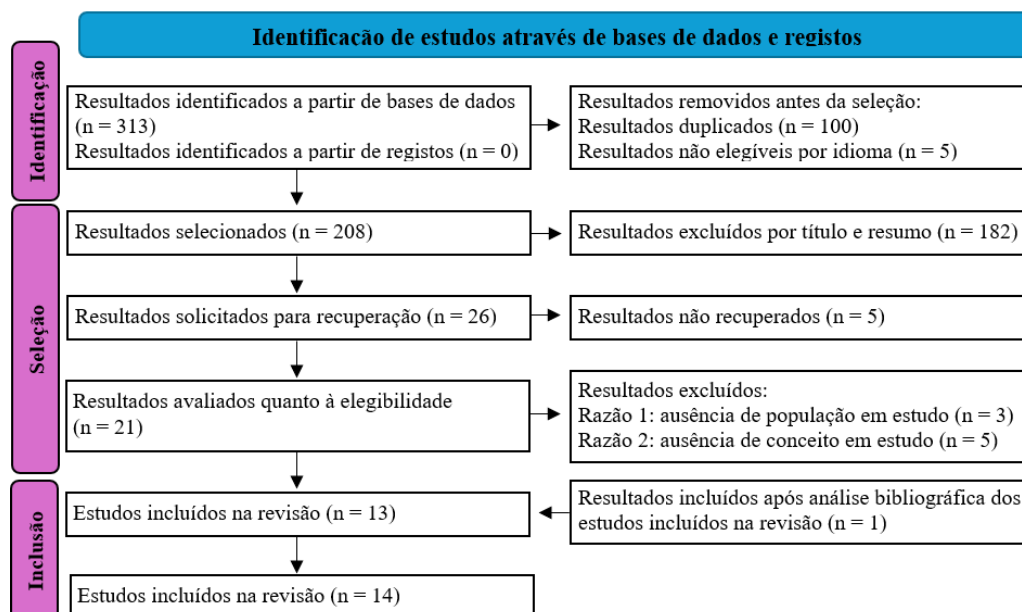


Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2020 do processo seletivo dos estudos (adaptado)

Características dos estudos incluídos

As características dos estudos encontram-se sumariadas no apêndice IV, onde constam autor(es), ano de publicação, país, título, tipo de estudo, objetivo(s) e principais conclusões. A data de publicação dos resultados variou entre 2005 e 2023. Verificou-se que estudos mais recentes, a partir de 2018, descreveram com maior pormenor as competências dos enfermeiros das EEIH, o que poderá estar relacionado com a preocupação atual com a segurança do doente e qualidade em saúde. Dos resultados, 8 foram estudos primários, 1 revisão da literatura, 1 artigo de opinião e 4 relatos de experiência. Os países dos estudos foram: 5 dos Estados Unidos da América (EUA), 5 da Austrália, 1 da Dinamarca, 1 do Reino Unido, 1 da China e 1 da Coreia do Sul. Os estudos considerados tinham como população enfermeiros das Equipas de Emergências Intra-hospitalares. Dos 14 resultados analisados, 13 tinham na constituição das EEIH enfermeiros da UCI e 1, além de enfermeiros da UCI, tinha também enfermeiros da área de emergência. Em 1 resultado não foi especificado o serviço de origem dos enfermeiros e em 2 resultados foi sublinhado que enfermeiros da área de emergência poderiam fazer parte destas equipas. O conceito foi as competências destes enfermeiros e o contexto o ambiente intra-hospitalar, em que todos os resultados se referiram ao internamento.

Análise dos Resultados

Da análise dos resultados emergiram as competências do enfermeiro da EEIH, as quais foram organizadas pelo Modelo COPA e estão apresentadas na tabela 1.

Competências do Modelo COPA	Resultados
Competências de avaliação e intervenção	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E12, E13, E14
Competências de comunicação	E1, E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14
Competências de pensamento crítico	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E9, E10, E11, E12, E14
Competências de relação e cuidado	E1, E2, E4, E5, E9
Competências de ensino	E1, E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E14
Competências de gestão	E1, E2, E3, E4, E8, E9, E12, E14
Competências de liderança	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E14
Competências de integração do conhecimento	E1, E2, E3, E5, E7, E10, E11, E12, E13

Tabela 1 - Resultados organizados pelas dimensões de competências do Modelo COPA de Lenburg (1999).

Além das competências referidas anteriormente, alguns autores fizeram referência a outras consideradas importantes num enfermeiro da EEIH, conforme descritas na tabela 2.

Competências	Resultados
Autoconfiança	E1, E4, E8
Manter a calma	E3, E5
Concentração	E3, E4, E5
Atuação/reação rápida	E1, E3
Sentido de humor	E5

Tabela 2 – Resultados organizados de acordo com outras competências evidenciadas na literatura analisada.

Competências de avaliação e intervenção

Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) demonstraram que os enfermeiros da EEIH possuem habilidades avançadas de avaliação e que, a “monitorização contínua (...) é considerada uma componente-chave” (p. 125). Jackson (2017) (E6) salientou que este enfermeiro é o responsável por liderar tanto a avaliação inicial do doente como a contínua. Currey *et al.* (2018) (E5) partilharam a opinião dos participantes de que os enfermeiros “necessitam de desenvolver (...) fortes competências de avaliação a nível de pós-graduação que lhes permitam reconhecer e responder eficazmente ao doente em deterioração” (p. 81). Alguns participantes do estudo de Yuan *et al.* (2022) (E3) esperavam que os enfermeiros fossem capazes de realizar o exame físico e de aplicar ferramentas e estratégias de avaliação. Toppie *et al.* (2016) (E8) referiram como responsabilidades mais comuns do enfermeiro avaliar a circulação, o estado de consciência, o tórax e realizar o exame neurológico. Também no artigo de Repasky & Pfeil (2005) (E14) há referência à excelência das habilidades de avaliação, avaliação do doente e situação, validação das avaliações efetuados pelos enfermeiros das enfermarias e à monitorização cardíaca, em áreas não monitoradas do hospital. Won & Kang (2022) (E2) evidenciaram que o enfermeiro tem a função de avaliar o doente e, para tal, necessita de monitorizar, determinar o risco de deterioração, manter uma avaliação contínua e planear o tratamento e as intervenções. Jackson, 2017 (E6) mencionou que em alguns modelos de EEIH o enfermeiro reavaliou periodicamente pontuações de alerta precoce, contactou o colega da enfermaria para discutir o plano do doente e visitou o doente para avaliá-lo ou validar a ativação da EEIH. No estudo de Won & Kang (2022) (E2) também foi referido que os enfermeiros “geriram centralmente um programa de triagem

informático (...) para prever a exacerbação aguda e a deterioração clínica” e “monitorizaram os sinais vitais e os resultados dos exames laboratoriais dos doentes internados 24 horas por dia para identificar doentes em alto risco ou com deterioração aguda, visitando-os para avaliar a sua condição” (p. 4). Vários autores referiram múltiplas intervenções de enfermagem executadas durante a atuação da EEIH. As intervenções realizadas com maior frequência foram: monitorização contínua de sinais vitais (E1, E2, E8, E9, E10); a administração de oxigenoterapia e resolução de problemas relacionados com as vias aéreas (E1, E2, E4, E6, E8, E10, E12, E14); colocação de acesso venoso (E1, E5, E8, E12, E13); preparação e administração de fármacos de emergência e fluídos (E1, E2, E5, E6, E8, E10, E12, E13, E14); colaboração em procedimentos como a intubação endotraqueal (E1, E2, E8, E12); realização de exames complementares de diagnóstico como colheitas de espécimes (E2, E5, E6, E8, E12); ecografia (E2) e eletrocardiograma (E5, E6, E8, E14). Embora não tão frequentemente descritas, o transporte intra-hospitalar (E5, E8); o manuseio do equipamento/material de urgência/emergência (E1, E12, E13, E14) e a implementação de medidas de conforto e analgesia (E1) também foram referidas.

Competências de comunicação

Um dos participantes do estudo de Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) afirmou que, o enfermeiro da EEIH, para ser competente deve ter competências de comunicação eficazes. Won & Kang (2022) (E2) e Repasky & Pfeil (2005) (E14) evidenciaram que um dos requisitos fundamentais são as habilidades comunicacionais. Won & Kang (2022) (E2) referiram-se a estas, como essenciais para “educar, consultar, apoiar e coordenar” (p. 8). Na revisão de literatura de Salvatierra *et al.* (2016) (E7) foi mencionado que os enfermeiros mais eficazes eram os detentores de excelentes competências de comunicação. Leach *et al.* (2010) (E10) reforçaram que o enfermeiro especialista contribuiu com conhecimentos e competências nesta área. Yuan *et al.* (2022) (E3) evidenciaram que os enfermeiros “devem ter competências de comunicação profissional para garantir que a informação é transmitida de forma rápida, precisa e eficaz” (p. 2046). A documentação adequada, capacidade de elaboração de relatórios, capacidade de escutar e comunicar com os doentes, famílias e colegas, assertividade e “boas competências de *debriefing*” foram observadas na área da comunicação (Currey *et al.*, 2018, p. 80) (E5). A demonstração de compaixão e empatia também foi referida no âmbito das competências de comunicação no estudo de Currey *et al.*, 2018 (E5). Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) salientaram nas discussões em equipa, a comunicação dos

resultados da avaliação e o alerta para alterações de sinais vitais. No estudo de Topple *et al.* (2016) (E8) a comunicação foi uma das competências mais demonstrada, no que diz respeito ao preenchimento da documentação por nota manuscrita ou registo eletrónico. Afirmção que é reforçada por Scholle & Mininni (2006) (E13) ao salientarem que, das funções dos enfermeiros, fazem parte o “registo de eventos”, “obtenção da ficha do doente” e “registo das intervenções” (p. 39). Currey *et al.* (2018) (E5) e Jamieson *et al.* (2008) (E12) reforçaram o uso da ferramenta ISBAR ou SBAR como importantes na transmissão e registo da informação, respetivamente. No estudo de Santiano *et al.* (2011) (E9), foi referida a capacidade de “documentação” e “receber/transmitir informações”, sobretudo no momento do “*handover*” (p. 120).

Competências de pensamento crítico

Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) referiram que os enfermeiros da EEIH, para atender às necessidades do doente, “tentaram compreender toda a situação” e “fizeram reflexões aprofundadas sobre como poderiam ajudar o doente e, assim, ajudar o enfermeiro e o médico que haviam telefonado” (p. 3565). No mesmo estudo, os enfermeiros descreveram situações onde se envolverem na tomada de decisões clínicas, nomeadamente sobre prescrições de medicamentos ou sobre como abordar situações de cuidados de fim de vida. Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) mencionaram que os enfermeiros utilizaram o raciocínio clínico especializado para avaliar rapidamente e triar o doente para o local mais indicado. O mesmo autor demonstrou que o raciocínio foi sustentado por competências avançadas de pensamento crítico e pela capacidade de antecipar a deterioração e priorizar os cuidados. Os participantes deste mesmo estudo incluíram no pensamento crítico “antecipar o cuidado”, “usar a intuição”, “resolver problemas” e “questionar o cuidado” (Weatherburn & Greenwood, 2023, p. 122) (E1). Won & Kang (2022) (E2) apresentaram a triagem como um dos papéis mais importantes do enfermeiro da EEIH, referindo-se ao estabelecimento de prioridades como fundamental para a tomada de decisão. Santiano *et al.* (2011) (E9) também se referiram à definição de prioridades de intervenção como uma responsabilidade do enfermeiro. Leach *et al.* (2010) (E10) afirmaram que os enfermeiros “contribuíram com julgamento clínico especializado, recorrendo à sua experiência com doentes em estado crítico, ao seu conhecimento dos riscos e aos sinais e sintomas de instabilidade clínica precoce” (p. 3). Outra conclusão deste estudo diz respeito ao poder de decisão do enfermeiro, como por exemplo, na transferência de doentes da enfermaria para a UCI. No estudo de Currey *et al.* (2018)

(E5), foi mencionado que o enfermeiro da EEIH deverá possuir “capacidades de decisão excepcionais” (p. 80), competências avançadas de pensamento crítico e capacidade de antecipar a deterioração clínica. Yuan *et al.* (2022) (E3) também fizeram referência às competências de pensamento crítico. Neste estudo, os membros da EEIH, não enfermeiros, esperavam dos enfermeiros, “capacidade de raciocínio rápido, de observação”, “capacidade de descobrir, analisar e resolver problemas”, “bom pensamento crítico” e capacidade de “tomar a melhor decisão” (Yuan *et al.*, 2022, p. 2046) (E3). Em vários estudos foi feita referência à prática baseada em protocolos previamente aprovados na instituição os quais, têm por base, evidência científica e a decisão de os implementar é dos enfermeiros (E6, E11, E12, E14). Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) reportam-se a esses protocolos, como uma forma de ajudar “os enfermeiros [da EEIH] a triar informações relevantes, organizar pensamentos e prestar cuidados eficazes para manter a segurança do doente” (p. 125).

Competências de relação e cuidado

Santiano *et al.* (2011) (E9), evidenciaram no seu estudo a privacidade do doente e o tranquilizar os doentes como foco de atenção do enfermeiro da EEIH. No estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), os enfermeiros referiram que se concentravam sobretudo no atendimento às necessidades dos doentes e que usavam “esta abordagem como estratégia para garantir a todos os doentes cuidados seguros e dignos” e na realização das intervenções “equilibravam essa obrigação levando em consideração as questões de segurança e dignidade do doente” (p. 3565). No estudo de Weatherburn & Greenwood (2023) (E1), é reconhecida a importância de manter o doente no centro do cenário para evitar a desumanização do cuidado. Os mesmos autores evidenciaram que numa atuação, o enfermeiro desenvolve esforços para humanizar os cuidados, nomeadamente através da proximidade física, que pretende também “proporcionar conforto por meio de conexões terapêuticas como tocá-lo, tranquilizá-lo e explicar o que estava acontecendo”, a qual permitiu “apoiar o doente, ser uma presença calma, tranquilizá-lo e mantê-lo em segurança” e, ao mesmo tempo, ter uma “visão holística do doente” (Weatherburn & Greenwood, 2023, p. 124) (E1). Além disso, “conhecer o doente” e “envolver o doente” foram também mencionados no estudo de Weatherburn & Greenwood (2023) (E1), no qual foi realçado o equilíbrio entre a satisfação das necessidades fisiológicas e a visão holística do doente e a importância de “conhecer os desejos do doente relativamente aos cuidados em fim de vida” (p. 124). Os cuidados em fim de vida foram mencionados por

outros autores, por exemplo, Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), afirmaram que os enfermeiros envolveram-se em “discussões sobre o seu papel nas decisões relativas aos cuidados em fim de vida”, pois “sentiram-se obrigados a perguntar e fazer o médico refletir sobre os planos de cuidados de fim de vida, tanto por razões éticas como práticas” (p. 3567). Outro exemplo é o estudo de Won & Kang (2022) (E2), onde foi afirmado que os enfermeiros apoiaram na tomada de decisões sobre o fim da vida. O apoio a doentes e familiares na tomada de decisão foi fornecida através de “informações sobre o tratamento dos doentes e os cuidados de enfermagem”, “apoio do processo de tomada de decisão partilhada”, “defesa do direito de escolha de exames e tratamentos” e “discussão da interrupção de um tratamento de suporte de vida” (Won & Kang, 2022, p. 4) (E2). O advogar pelo cliente, onde são defendidos os desejos do doente e família foi também uma aptidão referida como importante (E1, E2, E5).

Competências de ensino

No estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), foi afirmado que os enfermeiros da EEIH forneceram “ajuda prática e orientação de forma profissional e pedagógica” à equipa de enfermagem da enfermaria durante situações críticas (p. 3566). Esta afirmação é corroborada pelos vários estudos identificados neste âmbito. Em alguns estudos são referidos como recurso (E1), orientadores e treinadores (E6) e supervisores clínicos (E2, E8). Jackson (2017) (E6) afirmou que “esta abordagem proativa aproveita (...) conhecimento especializado de enfermagem para apoiar o enfermeiro da enfermaria na identificação e gestão precoce da deterioração clínica” (p. 40). Segundo Salvatierra *et al.* (2016) (E7), os enfermeiros da EEIH foram um “recurso educativo móvel” (p. 620). Esta ideia está presente no estudo de Repasky & Pfeil (2005) (E14) onde foi descrito que, “provavelmente, uma paragem cardiorrespiratória foi evitada quando o enfermeiro [da EEIH] rapidamente instruiu a equipa a utilizar uma bolsa-válvula-máscara e efetuar ventilações assistidas” (p. 377). Neste mesmo estudo, também foi mencionado, que os enfermeiros “ensinaram competências de avaliação e comunicação ao novo pessoal de enfermagem, servindo de modelo” (Repasky & Pfeil, 2005, p. 377). Leach *et al.* (2010) (E10) evidenciaram “o intercâmbio entre os dois enfermeiros” como uma “oportunidade de apoio e orientação” (p. 2), sendo cada atuação da EEIH, segundo o estudo de Salvatierra *et al.* (2016) (E7), um potencial “momento de aprendizagem”, “desde a demonstração de técnicas novas ou pouco utilizadas até ao aperfeiçoamento das competências de avaliação dos doentes” (p. 620). Topple *et al.* (2016) (E8) referiram a

educação como uma das intervenções mais frequentes, nomeadamente na avaliação clínica e equipamentos. É importante referir que, além da educação dos pares, ensinar “os jovens médicos, a lidar com os doentes em deterioração” foram também consideradas funções dos enfermeiros experientes dessas equipas” (Bunkenborg *et al.*, 2022, p. 3566) (E4). A educação dos doentes e famílias também foi mencionada (E2, E6, E9).

Competências de gestão

Vários estudos fizeram referência à importância do trabalho em equipa. Os enfermeiros da EEIH, no estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), evidenciaram “a importância e o significado de trabalhar juntos (...) para ajudar os doentes e suas famílias” (p. 3566). Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) afirmaram que, durante a atuação da EEIH, houve evidência de trabalho em equipa, concretizado pela “ajuda mútua nas tarefas e na partilha de responsabilidades no âmbito das suas funções definidas” (p. 123). No estudo de Won & Kang (2022) (E2), foi evidenciado que os enfermeiros da EEIH “trabalharam com os médicos para planear intervenções apropriadas a doentes de alto risco” (p. 4). No estudo de Yuan *et al.* (2022) (E3), foi referida a importância do espírito de trabalho em equipa, união e cooperação. Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) evidenciaram que o enfermeiro “clarificou o plano de gestão”, embora as funções nem sempre estivessem atribuídas de forma clara, “todos pareceram saber o que fazer” e que, quando havia dúvidas, comunicavam entre si “para determinar um plano de cuidados” (p. 124). A reforçar o dito anteriormente, Toppie *et al.* (2016) (E8), referiram que os enfermeiros da EEIH contribuíram diretamente para o plano de gestão do doente, o que remete para uma participação ativa no processo do planeamento dos cuidados. A delegação de tarefas foi descrita como um importante atributo do enfermeiro da EEIH, evidenciada por Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) ao referirem-se à delegação de tarefas, coordenação dos cuidados e monitorização das atividades da equipa pelo enfermeiro. Tal foi reforçado por Santiano *et al.* (2011) (E9), ao afirmarem como intervenções do enfermeiro da EEIH “coordenar e delegar tarefas”, “identificar a necessidade de procedimentos” e “organização do espaço e de equipamentos”. Ao que, Won & Kang (2022) (E2), acrescentaram a “coordenação entre serviços” pela “partilha de informações com o pessoal médico” ou pelo “ajuste da prioridade de admissão na UCI” e a “gestão da equipa de resposta rápida” tendo, por exemplo responsabilidades na: “manutenção e inspeção de equipamentos”, “gestão da medicação de *stock*”, “análise da utilização da medicação”, “registo dos casos ativados e análise do desempenho” da EEIH,

entre outras (p. 4). Neste estudo foi ainda referido que o enfermeiro da EEIH é o “gestor da equipa”, assumindo a “verificação regular dos equipamentos” e “gestão dos materiais médicos”, demonstrando que a “coordenação é um papel significativo”, quer seja na equipa ou entre serviços (Won & Kang, 2022, p. 4) (E2). Repasky & Pfeil (2005) (E14) referiram que numa atuação o enfermeiro pode requerer os “recursos que considere indicados” (p. 376), como outros profissionais. Jamieson *et al.* (2008) (E12) fizeram referência a que o médico poderá ser chamado, se na avaliação, o enfermeiro da EEIH considerar necessário.

Competências de liderança

O papel de líder, a colaboração e a responsabilidade profissional foram competências evidenciadas. Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) e Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) demonstraram que o enfermeiro da EEIH assumiu a liderança no seio da equipa. Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) salientaram como “qualidades de liderança” “ser assertivo”, “ser competente” e “ser confiante” (p. 124). Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) acrescentaram que os enfermeiros “estavam conscientes do seu papel de liderança quando estavam envolvidos na colaboração intra e interprofissional” (p. 3565). Também, no estudo de Won & Kang (2022) (E2), houve referência ao trabalho de McNeill *et al.* (2019) onde foi evidenciado o papel de líder do enfermeiro da EEIH. Jackson (2017) (E6) referiu-se a este enfermeiro como o “responsável por liderar a avaliação inicial e contínua do doente” (p. 38). De acordo com Currey *et al.* (2018) (E5), “as competências de liderança desejadas num currículo incluem: servir de modelo, defender a causa, ser acessível, colaborar e apoiar” (p. 80). Os mesmos autores demonstraram que as competências de liderança estão além do esperado de enfermeiros de cuidados gerais. Outra das ideias mais presentes neste âmbito de competências foi a colaboração, interpretada frequentemente como a ajuda a colegas do contexto das enfermarias ou a outros profissionais. Foi evidente no estudo realizado por Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), onde afirmaram que o sucesso de uma intervenção caracterizou-se “pela colaboração e pelo diálogo (...), onde o enfermeiro [da EEIH] ajudou na prática e orientou” o colega e os médicos da enfermaria geral (p. 3566). No mesmo artigo foi demonstrado que os enfermeiros das EEIH se sentiam satisfeitos ao “se envolverem numa colaboração frutuosa” (Bunkenborg *et al.*, 2022, p. 3564) (E4). A revisão de literatura de Salvatierra *et al.* (2016) (E7), evidenciou que os enfermeiros mais eficazes da EEIH eram aqueles que possuíam “excelentes competências de (...) colaboração” (p. 620). Um dos exemplos de colaboração foi o intercâmbio entre

enfermeiros que “constituiu uma partilha colaborativa de informações relevantes” para “evitar uma maior deterioração do estado clínico do doente” e para “prevenir um evento adverso” (Leach *et al.*, 2010, pp. 2-3) (E10). Os autores supracitados referiram também que “o apoio prestado (...) foi principalmente uma abordagem baseada em competências para avaliação, tomada de decisão clínica, comunicação e gestão de cuidados” (Leach *et al.*, 2010, p. 3) (E10). Won & Kang (2022) (E2) reforçaram o dito anteriormente com a afirmação de que os enfermeiros orientam na tomada de decisões. Ainda, Repasky & Pfeil (2005) (E14), demonstraram que os enfermeiros da EEIH ajudaram os colegas de enfermagem da enfermaria “a iniciar intervenções apropriadas ou simplesmente validar as avaliações (...) a contactar o médico ou a ajudar a enfermeira do doente a fazê-lo” (p. 377). O trabalho em colaboração com os médicos foi acrescentado pelos autores Weatherburn & Greenwood (2023) (E1). Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) salientaram que os enfermeiros das EEIH tinham “consciência da sua responsabilidade profissional, dos seus conhecimentos e competências, mas também dos limites para a sua atuação profissional” (p. 3569). Contudo, foi salientado por Jackson (2017) (E6), que todos os membros da equipa deveriam possuir uma sólida compreensão do papel da EEIH, da conceção da equipa e do papel de cada um dos seus membros. A construção de alianças, foi outra competência evidenciada neste domínio. Do enfermeiro da EEIH são esperadas competências de comunicação eficazes “com todo o pessoal de uma forma respeitosa, solidária, construtiva e não crítica e a capacidade de promover a colegialidade entre vários prestadores de cuidados” (Toppie *et al.*, 2016, p. 14) (E8). Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) destacaram o “ouvir”, o “respeito mútuo”, o “reconhecimento das competências e avaliações” (p. 3566), bem como as preocupações dos enfermeiros da enfermaria, como aspetos fundamentais para a relação entre ambos e sucesso da atuação. No estudo de Weatherburn & Greenwood, (2023) (E1), foi realçada a estreita relação de trabalho com os enfermeiros da enfermaria. Ainda foi evidenciada a necessidade de “estabelecer uma relação positiva com todos os membros da equipa, uma relação que fosse inclusiva, respeitosa e colaborativa” e referiram-se à confiança nas capacidades uns dos outros como aspeto fundamental na relação (Weatherburn & Greenwood, 2023, p. 124).

Competências de integração do conhecimento

A análise dos resultados obtidos nesta *Scoping Review* demonstrou que os enfermeiros das EEIH têm efetivamente um conhecimento vasto proveniente quer da formação quer da experiência profissional. No estudo de Weatherburn & Greenwood (2023) (E1), os

participantes evidenciaram que ser competente implica aplicar conhecimentos, onde a “compreensão teórica da fisiologia de um doente em deterioração” e os “algoritmos e protocolos de emergência” estão incluídos (p. 125). Yuan *et al.* (2022) (E3) evidenciaram a necessidade de conhecimentos teóricos profissionais e competências para a prática profissional e referiram-se ao conhecimento como a base da “competência do enfermeiro” (p. 2045). Neste estudo, o conhecimento necessário refere-se à “área da enfermagem” e a “conhecimentos médicos básicos, incluindo anatomia, fisiopatologia e significado clínico dos exames” (Yuan *et al.*, 2022, p. 2045) (E3). Em vários estudos foi evidenciada a necessidade de competências avançadas de reanimação (E1, E3, E2, E11, E12), onde a certificação destas competências constituiu um requisito para exercer funções na EEIH. Currey *et al.* (2018) (E5) demonstraram que “conhecimentos clínicos gerais de enfermagem” e “conhecimentos cognatos sobre a fisiopatologia e as intervenções médicas e de enfermagem imediatas e intermédias na deterioração clínica” são fundamentais e manifestaram que também eram desejados “conceitos essenciais de enfermagem em cuidados intensivos, tais como suporte avançado de vida, ventilação avançada, gestão das vias aéreas e conhecimentos de monitorização hemodinâmica” (p. 79). Nesse mesmo estudo foi referida a importância do “conhecimento prático (...), das políticas, da operação e dos processos de avaliação de todo o SRR” e do conhecimento sobre a “legislação e as dimensões éticas dos cuidados de fim de vida” (Currey *et al.*, 2018, p. 80). Yuan *et al.* (2022) (E3) também evidenciaram a necessidade de conhecer o funcionamento do sistema de resposta rápida do hospital. A importância de conhecimentos em áreas específicas, relacionadas com a abrangência das áreas de atuação das EEIH, foi destacada por Currey *et al.* (2018) (E5). Leach *et al.* (2010) (E10) referiram contributos com “conhecimentos e competências em cuidados críticos, advindos sobretudo da experiência” como: “avaliação rápida, monitorização e alteração do método de administração de oxigénio, início e gestão de fluidos intravenosos e avaliação da potencial necessidade de intubação” (p. 2). Além disso, referiram também que o “conhecimento clínico especializado” obtido “através da experiência clínica (...) sustentam o pensamento do enfermeiro e elevam a prática de enfermagem a um nível de especialização” (Leach *et al.*, 2010, p. 3) (E10). Weatherburn & Greenwood (2023) (E1) contribuíram para esta ideia, ao mencionar que “os enfermeiros [da EEIH] devem ser especialistas (...), demonstrar proficiência em competências avançadas de reanimação e ter uma grande compreensão teórica da fisiologia da deterioração” (p. 126). Salvatierra *et al.* (2016) (E7) referiram que muitas vezes, o enfermeiro da EEIH é o responsável por

trazer para a “cabeceira do doente as mais recentes práticas baseadas na evidência” (p. 620). Won & Kang (2022) (E2) enfatizaram o papel que os enfermeiros das EEIH “desempenham (...) na melhoria da qualidade e na investigação” (p. 4). No estudo de Weatherburn & Greenwood (2023) (E1), os autores referiram que “a experiência em cuidados intensivos” promove “uma série de cenários de deterioração dos doentes e desenvolve um alto nível de proficiência na aplicação de habilidades avançadas de avaliação e desenvolvimento de conhecimento teórico” (p. 125). Scholle & Mininni (2006) (E13) também salientaram a importância dos “membros da equipa (...) terem experiência em cuidados intensivos” (p. 39). Won & Kang (2022) (E2) evidenciaram a exigência de “experiência clínica na área de emergência ou cuidados intensivos, qualificações de pós-graduação, outros certificados profissionais relacionados à prática avançada” (p. 4) aos enfermeiros destas equipas, pois “a prática profissional avançada (...) fornece suporte imediato e confiável para as intervenções necessárias aos doentes de alto risco” (p. 7).

Outras competências

Além das competências referidas, organizadas pelo Modelo COPA, alguns autores fizeram alusão a outras competências consideradas importantes num enfermeiro da EEIH. Servem de exemplo os estudos de Yuan *et al.* (2022) (E3) e Currey *et al.* (2018) (E5), que evidenciaram a capacidade de manter a calma e a concentração, esta última também presente no estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4). Yuan *et al.* (2022) (E3) acrescentam a “capacidade de reação rápida” (p. 2046) que Weatherburn & Greenwood, (2023) (E1) complementaram com avaliar e agir rapidamente. Currey *et al.* (2018) (E5) salientam ainda o “sentido de humor” (p. 80). A autoconfiança/confiança foi também relatada em alguns estudos (E1, E4, E8).

3.4 Discussão

À semelhança do que é internacionalmente reconhecido, a análise efetuada também demonstrou que, maioritariamente os enfermeiros que exercem funções na EEIH pertencem a UCI. No entanto, também foi reconhecido que, enfermeiros que trabalham na área de emergência, podem também desempenhar funções nestas equipas. Em Portugal não está definido quem devem ser os enfermeiros das EEIH, apenas é mencionado na circular normativa n.º 15/DQS/DQCO da DGS, que os enfermeiros devem ter competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação, dando

prioridade à formação em emergência/intensivismo, sendo o mínimo exigido, suporte imediato de vida, preferencialmente suporte avançado de vida (Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, 2010). Por indicação da DGS, os SMI têm vindo a desempenhar um papel cada vez mais importante nas EEIH, pelo que se depreende este como o serviço de eleição (Penedo *et al.*, 2013). Verificou-se, na literatura analisada, referência a termos que nos remeteram para um nível de competências superior ao obtido através da licenciatura em enfermagem como: especializado/especialista (E1, E4, E6, E10), *expert/expertise* (E10), conhecimento além do enfermeiro de cuidados gerais (E5) e prática/competências avançadas (E1, E2, E3, E5, E14). Tendo em conta as competências evidenciadas como necessárias aos enfermeiros das EEIH, constatou-se que estão paralelamente associadas às reconhecidas pela OE em Portugal, aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Em Parecer, esta entidade defende que os enfermeiros a integrar as EEIH sejam preferencialmente os enfermeiros especialistas na área mencionada anteriormente, uma vez que são estes os detentores do core de competências necessárias para atuar nas situações de deterioração clínica e de emergência (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, 2017). Este fato é sustentado no estudo de Currey *et al.* (2018), quando se refere à diferenciação teórica e prática e ao nível de competências como coerente com os *curricula* de pós-graduação e não de licenciatura. Neste estudo, o nível de desempenho foi descrito como estando além do que se espera dos enfermeiros de cuidados gerais, por ser uma área específica, evidenciando a deterioração do doente como uma área clínica emergente, com necessidade de uma mudança de paradigma que a enquadre numa especialidade distinta dos cuidados intensivos. Na literatura analisada não se encontrou um perfil de competências do enfermeiro da EEIH propriamente definido, mas um conjunto de requisitos relacionados com a experiência, formação e competências deste enfermeiro, existentes ou desejadas, os quais organizados, podem ser um referencial para traçar o seu perfil de competências. As competências referidas com maior frequência foram avaliação e intervenção, comunicação e pensamento crítico.

Como limitações, nesta *Scoping Review* foram apenas incluídos estudos escritos em espanhol, inglês e português, pelo que estudos publicados em outros idiomas poderiam ter sido relevantes. Além disso, os resultados obtidos retrataram uma realidade

internacional, cujos países possuem SRR com organização e funcionamento próprios e diferenças em relação à carreira de enfermagem.

3.5 Conclusões

Concluindo esta *Scoping Review*, o objetivo mapear a extensão, variedade e natureza da literatura sobre as competências dos enfermeiros das EEIH, foi atingido. Da análise dos 14 estudos incluídos, emergiram várias competências, advindas da formação e experiência, que foram organizadas pelos 8 domínios de competências do Modelo COPA: avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino, gestão, liderança e integração do conhecimento. Foram também identificadas outras como: autoconfiança, manter a calma, concentração, reação rápida e sentido de humor. Alguns autores referiram-se a estas competências como avançadas e especializadas, o que remete para a perícia e especialização em enfermagem nesta área específica. Apesar deste trabalho não produzir conhecimento novo, reúne o existente, e traz implicações para a prática clínica.

Implicações para a prática

Os resultados obtidos sobre as competências do enfermeiro da EEIH poderão contribuir para o processo de seleção dos enfermeiros a integrar estas equipas e programas formativos que auxiliem no desenvolvimento de competências profissionais. Pretende-se que esta *Scoping Review* possa contribuir para a reflexão e construção do perfil de competências do enfermeiro das EEIH, em âmbito nacional, sendo um recurso para a melhoria dos cuidados, e assim, para a segurança do doente e qualidade em saúde.

Implicações para a investigação

Sugere-se a realização de estudos primários por forma a identificar as competências, que os enfermeiros portugueses das EEIH, consideram necessárias para atuar de forma atempada e adequada em situação de emergência, no meio intra-hospitalar.

4. Processo de Desenvolvimento de Competências em contexto de prática clínica

Este capítulo ilustra o percurso que efetuei ao longo dos dois estágios da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, que foram realizados num Serviço de Urgência (SU) Geral de um hospital e no serviço de Suporte Imediato de Vida (SIV). O objetivo principal desta formação académica e profissional é a formação de peritos na área da Pessoa em Situação Crítica, com a capacidade de desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências científicas, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro desta área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e família requerem observação, colheita de dados e uma procura constante e sistematizada da pessoa como um todo, para que seja exequível a deteção precoce de complicações e assim assegurar uma intervenção eficaz em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção, em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à estabilização, manutenção e a recuperação, perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Após a escolha dos locais de estágio, foi elaborado um Projeto Formativo Individual, onde foram definidos objetivos. Um objetivo geral, comum a ambos os locais de estágio: “Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família”; e dois objetivos específicos para cada estágio, que serão explorados ao longo dos próximos capítulos. De salientar que os temas abordados em cada contexto, foram discutidos com os enfermeiros orientadores, sendo que as equipas integrantes dos serviços manifestaram também grande interesse. No entanto, aquando da elaboração deste projeto, deixei sempre

em aberto a possibilidade de trabalhar outras áreas direcionadas a eventuais necessidades.

Um projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar (Ruivo & Ferrito, 2010). A organização e a realização do trabalho em moldes de projeto são hoje indispensáveis em diversas esferas profissionais, possibilitando a gestão das melhores estratégias, a realização de estudos e a coordenação de esforços de vários intervenientes e de elevada importância para a instituição, serviço, profissionais das diferentes áreas e mesmo da comunidade a quem prestamos cuidados (Ruivo & Ferrito, 2010). A metodologia em apreço engloba três fases principais: estudos, planeamento e a realização (Ruivo & Ferrito, 2010). Desta forma, a elaboração do Projeto Formativo Individual que sustentou este percurso procurou delinear a metodologia mais adequada para atingir os objetivos propostos, responder às necessidades de aprendizagem e desenvolver competências. O caminho traçado teve como ponto de partida um processo de autoavaliação quanto ao nível de perícia com recurso ao Modelo de Aquisição de Competências, aplicado à enfermagem, proposto por Benner (2001). A escolha de um contexto de SU prendeu-se com a necessidade de conhecer uma realidade diferente da que encontro no meu contexto profissional do dia-a-dia, dado que desempenho funções laborais numa UCI. A segunda fase do estágio foi desenvolvida no contexto da emergência pré-hospitalar, serviço SIV, onde os enfermeiros dirigem a sua atuação e tomada de decisão tendo em conta diversos protocolos, numa atuação que, muitas vezes é imprevisível e com tomadas de decisão que abrangem todo o ciclo vital, ainda mais em contextos desconhecidos (condições complicadas, com pouco espaço de trabalho ou de manobra) com elevadas exigências emocionais. Desta forma, a escolha destes locais de estágio, permitiu-me contactar com a realidade do doente, desde o local do incidente e aos primeiros cuidados prestados (cuidados emergentes), passando pela receção no SU até ao internamento na UCI, dando-me uma visão ampla e abrangente de todo o percurso realizado por uma vítima crítica. Com estas escolhas, procurei dar resposta aos objetivos e obter resultados de aprendizagem do ciclo de estudos da Universidade Católica Portuguesa e que vão ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento OE n.º 140/2019, 2019) e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento OE n.º 429/2018, 2018). Foram estes objetivos que assumi como linha condutora para o desenvolvimento e aquisição das competências, com

atividades previamente planeadas. No próximo capítulo, irei demonstrar e analisar, os conhecimentos que desenvolvi numa área específica da Enfermagem e de um determinado tema, de um modo sistemático, crítico-reflexivo, criativo e inovador.

4.1 Processo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Serviço de Urgência

O SU constitui um verdadeiro desafio para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), dadas as múltiplas e variadas particularidades que o integram, uma vez que as suas portas estão sempre abertas 24 horas por dia, durante 365 dias no ano, sujeitos à realidade da região que os rodeia. Uma característica definidora do SU é que tudo acontece de forma rápida e inesperada, exigindo uma capacidade superior de flexibilidade e adaptação, para que a resposta seja oportuna, eficaz, eficiente e sempre baseada na melhor evidencia. O SU é um serviço de ação médica especialmente vocacionado para a prestação permanente de cuidados médicos de urgência e emergência, dotado de autonomia orgânica e funcional, sendo por isso classificado de polivalente. É um serviço dinâmico e exigente onde a atuação é rápida, eficaz, eficiente e com qualidade e tem como missão “a prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os utentes que a ele recorram, em situação de urgência e/ou emergência” (Relatório de Atividades de Enfermagem do Serviço Urgência, 2022). Após a realização da admissão no secretariado (área de gestão de doentes), todos os utentes passam pelo processo de Triagem de Manchester, onde o enfermeiro realiza a sua avaliação (deve ser realizada no máximo durante 3 minutos). Existem dois gabinetes para a realização da triagem (um gabinete funciona durante 24h por dia e o segundo gabinete funciona das 8h-24h). A chamada pelo utente deverá ser efetuada dentro de um período de 10 min. Deste modo, atribui uma prioridade e encaminha para a área de atendimento mais apropriada: área médica, área cirúrgica, pequena cirurgia, ortotraumatologia, sala de observação, sala de emergência, “Balcões 2”, pediatria, obstetrícia/ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia ou estomatologia. É importante referir que, no processo de triagem, o utente é questionado acerca do desejo de acompanhamento e, em caso afirmativo, é pedido que o nomeie. Este poderá ser um familiar ou pessoa significativa, que é autorizada pelo utente a permanecer junto dele, durante toda ou parte da sua estadia no SU. Todas as ações relativas ao acompanhamento dos utentes respeitam a lei em vigor (Lei n.º 33/2009 de 14 de julho – “Direito de Acompanhamento dos Utes dos Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde”). A qualquer momento da sua estadia no SU, poderão ser ativadas determinadas vias verdes,

após existência de determinados critérios. Estas são: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC); Via Verde Coronária (VVC); Via verde da Sépsis (VVS) e a Via Verde Trauma (VVT). A Via Verde do Tratamento das Queimaduras (VVTQ) encontra-se em fase de implementação na Região Autónoma dos Açores, conforme a Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2021/16 (2021).

O SU é composto por várias zonas de atendimento. Em relação à área do adulto, existem:

- “Balcão 1” (utentes do foro médico, com capacidade estrutural limitada para macas e cadeiras, 1 sala de aerossóis, 6 gabinetes de consulta, 1 gabinete de enfermagem e 1 gabinete para realização de eletrocardiogramas; este último, poderá ser usado pela equipa de enfermagem caso se encontre disponível);
- “Balcão 2” (utentes do foro médico, com 2 gabinetes médicos e 1 de enfermagem, 2 salas de espera, uma onde os utentes aguardam pela observação médica e a outra, que se encontra mais perto da área de enfermagem, para os que estão a fazer tratamentos). De salientar que este setor recebe apenas doentes com nível de prioridade verde e azul e que não estejam em maca e, após as 20h00, são todos encaminhados para a zona do “Balcão 1”;
- Área cirúrgica, que compreende a Cirurgia Geral; Pequena Cirurgia e Ortopneumatologia, é constituída por 1 sala de pequena cirurgia, 2 gabinetes de cirurgia, 1 gabinete de ortopneumatologia, 1 espaço onde os doentes aguardam e 1 gabinete de enfermagem;
- Sala de Observação (SO), que admite utentes com critérios clínicos de gravidade e/ou que necessitem de vigilância rigorosa, com exigência e dotação de elementos de enfermagem equiparada à Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIPI). É constituído por 5 quartos, um deles de isolamento, com um total de 11 camas. O hospital onde estagiei, é um hospital central de uma região insular, onde recorrentemente há necessidade de receber doentes por meio aéreo, provenientes de outras ilhas, ou evacuar doentes que estejam no SU para hospitais na região continental. Nestas situações, uma equipa dedicada ao transporte aéreo é acionada, permanecendo no SO até à sua chegada. As especialidades médicas que mais frequentemente são evacuadas para o continente são: neurocirurgia, maxilo-facial, cardiorácica e grandes queimados. É importante ressaltar que a estrutura física desta

área não cumpre as Recomendações Técnicas para os SU, propostas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) onde afirma que, nesta área “é da maior importância o contacto visual permanente entre cada doente e o enfermeiro por ele responsável, embora mantendo privacidade relativamente aos outros doentes” (ACSS, 2015, p. 14).

- Sala de Emergência (SE) que "constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico" (ACSS, 2019, p. 7).

De modo a garantir uma maior vigilância dos utentes mais instáveis, são colocados o mais próximo possível das salas de enfermagem. Contudo, devido a falta de espaço, torna-se inevitável colocar utentes em espaços de menor vigilância o que acarreta um risco para a segurança dos mesmos. Deste modo, identifica-se a estrutura física do SU como uma limitação, uma vez que apenas no SO existe monitorização e vigilância à distância para que de alguma forma se consiga detetar precocemente alguma alteração hemodinâmica do utente. Após a alta médica no SU, o doente poderá ir para o domicílio ou para algum serviço de internamento dentro do hospital. No caso dos utentes que são internados, a transferência de serviço normalmente é acompanhada por um assistente operacional (AO), salvo exceções de utentes instáveis que são acompanhados pela equipa de enfermagem. É importante deixar toda a informação escrita na *Glantt* porque, quando o doente é acompanhado apenas pelo AO, as informações do utente são passadas ao enfermeiro do serviço de destino, por via telefónica. Deste modo, qualquer informação que não seja relatada, por esquecimento, ou depreendida de forma incorreta, o enfermeiro de destino poderá validá-la. Considero que esta dinâmica contribui para a ocorrência de falhas porque não há a utilização uniforme de uma metodologia de passagem de informação. Uma das formas poderia ser a utilização do modelo ISBAR para uma passagem de informação estruturada.

Na minha opinião, o ponto mais crítico do SU centra-se na zona de “balcão 1”, dado que esta área tem uma capacidade estrutural limitada para receber um número de utentes, que na maioria das vezes é excedido, não garantindo o rácio enfermeiro/doente adequado, impedindo cumprir os critérios mínimos de distanciamento entre os utentes, garantindo o cumprimento da alínea a) da Base 2 da Lei n.º 95/2019 – “todas as pessoas têm direito à proteção da Saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (Lei n.º 95/2019, 2019, p. 56). Apesar da existência de

cortinas nesta área, a privacidade nem sempre é garantida e muitas vezes o espaço entre as macas é diminuto, o que dificulta também a prestação de cuidados de higiene, tanto no leito como no WC. Ainda de referir que este setor tem apenas uma sala de enfermagem, pelo que a rotatividade célere dos doentes para a prestação de cuidados e efetuar uma avaliação do doente fica comprometida, provocando uma espera, mais que a desejada. Após uma reflexão mais aprofundada, verifico que, todo o SU, mas principalmente esta área, carece de uma reformulação e reestruturação física urgente que permita garantir a prestação de cuidados de saúde de excelência.

No SO está implementada a metodologia de trabalho individual, onde há uma colaboração e complementaridade entre todos os colegas de forma a prestar a melhor assistência possível. É tido sempre em conta o utente de forma holística. Nas restantes áreas de atendimento no SU, o método de trabalho é o de equipa ou misto. O sistema de registo de informação informático é a *Glintt*. Cabe ainda uma referência à passagem de turno, esta é adaptada aos diversos setores, sendo apoiada com suporte de papel e realizada nas respetivas áreas/salas de enfermagem dos diferentes setores. Existe uma corresponsabilização dos enfermeiros que se encontram alocados a uma determinada área, aos diversos utentes presentes nessa mesma área. É muito importante referir determinados aspetos: o motivo da vinda ao SU, os problemas identificados, antecedentes relevantes, exames complementares já realizados ou que se encontram em espera de realizar, bem como está do ponto de vista hemodinâmico. A equipa de enfermagem do SU é composta por 73 enfermeiros, dos quais 1 enfermeiro chefe, 1 enfermeiro responsável e 24 são especialistas. A salientar que existem 11 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. É importante referir que o recomendado pela OE é que 50% da equipa tenha esta especialidade. A rotatividade do pessoal de serviço, dá-se em turnos de 8h, com exceção do “Balcão 2” (8h00 – 20h30). Nesse local, a rotação dos dois enfermeiros dá-se das 8h às 16h e das 12h30 às 20h30. No turno da manhã (nos dias úteis) o enfermeiro responsável pela gestão das unidades é o enfermeiro-chefe, com funções específicas definidas no Decreto-Lei n.º 71/2019 – “Conteúdo Funcional da Categoria de Enfermeiro Gestor”. Nos restantes turnos (fins de semana e feriados) existe um enfermeiro responsável por turno, que normalmente é o enfermeiro com mais experiência profissional e é um elemento de referência da equipa, mas que não implica necessariamente que seja um enfermeiro especialista. Tem um conjunto de funções designadas e, além disso, tem a seu cargo utentes, o que se repercute numa elevada carga

de trabalho. Devo aqui enaltecer a capacidade de trabalho dos Enfermeiros do SU, que frequentemente se veem a braços com demasiados utentes, superando em muito a capacidade oferecida por algumas salas/áreas, bem como à intensa pressão a que são submetidos, tanto a nível físico como mental, que é intensificada, muitas vezes, pela presença dos familiares.

Na concretização dos objetivos, dado o estágio ter sido desenvolvido num contexto com características bastantes diferentes em relação ao local onde desenvolvo a minha prática profissional diária (UCI), considero-me, segundo a Teoria proposta por Benner, no “Estadio 2 – Iniciado Avançado”, apesar de em ambos os locais, a abordagem à pessoa em situação crítica ser uma prática frequente. Segundo Benner (2001), os iniciados avançados sentem-se muito responsáveis pelos cuidados, no entanto, ainda dependem da orientação de enfermeiros mais experientes, seguem as regras e orientam-se pelas tarefas que devem realizar.

Como objetivo específico 1, foi definido: **“Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador, em contexto de serviço de urgência”**.

A minha permanência no SU deu-se essencialmente na Sala de Emergência (SE) e Sala de Observação (SO), por serem os locais onde estariam os doentes mais críticos. A prestação de cuidados na SE causou-me algum receio pelo nível de cuidados diferenciados e rapidez de atuação que é exigida, que foi ultrapassada com a colaboração do enfermeiro orientador e restante equipa multidisciplinar, permitindo ganhar confiança na avaliação e atuação perante a pessoa em situação crítica. É importante referir que este contexto tem uma dinâmica acelerada de trabalho, elevada rotatividade de utentes e variedade de diagnósticos, constituindo um ambiente propício à existência de erros, o que torna fundamental uma abordagem rigorosa. Deste modo, a gestão do stress e o estabelecimento de prioridades foi um desafio, mas com o evoluir do estágio fui adquirindo mais confiança e autonomia na prestação de cuidados.

Neste contexto, aprofundei conhecimentos na abordagem à vítima de trauma (decorrentes de quedas da própria altura/muros, acidentes de viação e que tiveram como consequência um traumatismo crânio-encefálico (TCE)), quadros de disritmias, crises convulsivas, alterações do estado de consciência, síndromes coronárias agudas, acidentes vasculares cerebrais, intoxicações medicamentosas voluntárias com terapêutica oral e

álcool, quadros de sépsis com diversos pontos de partida (respiratória, abdominal, urinária), PCR, pancreatites, cetoacidoses diabéticas, DPOC descompensadas e edemas agudos pulmonares (EAP). Em muitas destas situações, o seu atendimento inicial foi na SE, até estabilização, para posterior encaminhamento, que muitas vezes era o SO.

Na SE, os utentes chegam acompanhados pela equipa da emergência extra-hospitalar, que os transferem para o leito adequado, segundo a sua situação. Em algumas situações, o utente poderá vir por meios próprios. Esta sala é composta por duas áreas (dispostas em espelho), a primeira unidade é direcionada para utentes do foro médico e a segunda unidade é direcionada para utentes do foro cirúrgico. Por norma, quando há um utente para a SE, o médico regulador da SIV, entra em contato com o SU antes da chegada da equipa extra-hospitalar, informando a sua chegada (exceto nas situações emergentes em que o doente venha ao SU por meios próprios). Esse procedimento é muito importante, uma vez que quando a equipa chega com o utente, já se encontram na sala de emergência todos os elementos destacados para a mesma, de modo a prestar o auxílio necessário, no menor tempo possível. Toda a equipa tem as suas funções protocoladas, pelo que o socorro à vítima decorre num ambiente calmo, coordenado e segundo as orientações do *team leader*. Os enfermeiros têm um papel fundamental na sala de emergência. Segundo um protocolo institucional, o “Elemento A”, enfermeiro líder e que coordena a equipa de enfermagem, assume a abordagem inicial da vítima, via aérea e a ventilação. O “elemento B” é o enfermeiro que se dedica à parte da desfibrilhação, massagem cardíaca, apoio ao elemento A, assegura acessos venosos e prepara/administra fármacos. Existe um “elemento C”, cujas funções são registar, apoio ao elemento B nos acessos venosos e preparação de fármacos e a comunicação aos familiares. Na ausência do “elemento C” estes papéis são assumidos pelo “elemento B”. Embora haja uma determinação de papéis, é notória a interajuda. Os enfermeiros presentes na sala deverão ser especialistas na área de pessoa em situação crítica, por serem os profissionais mais habilitados e com as competências mais adequadas para o efeito. Se for necessário encaminhar o utente para a realização de algum meio auxiliar de diagnóstico, o enfermeiro, o AO e o médico, acompanham o utente, com monitorização contínua, uma mala com material e fármacos de emergência.

A abordagem inicial do doente tem como base a metodologia ABCDE (A *Airway*: permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical; B *Breathing*: ventilação e oxigenação; C *Circulation*: assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D

Disability: disfunção neurológica; E *Expose/Environment*: exposição com controlo da temperatura). Esta mnemónica permite-nos a deteção rápida dos focos de instabilidade e definir prioridades de tratamento. Qualquer condição de risco de vida deve ser prontamente abordada e resolvida, se possível, antes de continuar a avaliação dos restantes itens, exceto em situações de hemorragia exsanguinante (INEM, 2012). Tendo como objetivo principal um tratamento *life-saving*, de forma a tornar mais específica as situações com emergência de atuação, estabelecer uma linguagem comum à equipa e ganhar tempo até estabelecer o diagnóstico e/ou implementar o tratamento mais adequado. Nos vários turnos tive oportunidade de atuar em contexto de SE, cooperando na avaliação inicial de acordo com esta metodologia, identificação e deteção precoce de deterioração do estado clínico do doente e atuando em tempo útil e de forma adequada. Das situações em contexto de SE, em que fui interveniente, destacaram-se as situações de hipóxia e hipoxemia graves, choque hipovolémico por hemorragia digestiva, choque séptico, intoxicação por medicamentos, taquidisrirmias, PCR, politraumatizados provocados por acidentes de viação e crises convulsivas. Foram várias as técnicas que tive oportunidade de executar na SE, por exemplo: técnica de intubação endotraqueal, aplicação dos algoritmos de suporte avançado de vida e reanimação (massagem cardíaca), prestação de cuidados a doentes submetidos ventilação mecânica invasiva, vindos do contexto extra-hospitalar, colheita de análises, administração e gestão de terapêutica complexa (fármacos de emergência e vasopressores) e monitorização hemodinâmica contínua. Em muitas das situações na SE, assumi o papel do “elemento A: enfermeiro líder”, com as funções já mencionadas anteriormente.

Das situações mais comuns em contexto de urgência/emergência que pude experienciar foram casos de taquidisrirmias, como os casos de taquicardia supraventricular (TSV) sintomática. Prestei cuidados a uma jovem de 24 anos de idade, que entrou na SE com TSV de 180-190 bpm, com sintomatologia de palpitações, fadiga e dispneia. As TSV sintomáticas são emergências médicas que requerem atenção imediata pelo potencial de deterioração hemodinâmica relacionada ao quadro (Scuotto *et al.*, 2018). Nesta situação, a realização rápida de um ECG torna-se útil, no entanto não deve atrasar o tratamento. Tratando-se de uma taquicardia regular de QRS estreito e não havendo sinais de agravamento clínico, a primeira medida para tratamento, que tem como objetivo a reversão do ritmo ou a lentificação da condução atrioventricular, é a realização de manobras vagais (Scuotto *et al.*, 2018), nesta situação concreta, foi a massagem do

seio carotídeo durante 10-15 segundos em duas tentativas. Não se verificou a reversão do ritmo cardíaco, pelo que a administração intravenosa de fármacos, tornou-se inevitável. A primeira linha de tratamento medicamentoso para este tipo de taquidisrritmia é adenosina (6 mg IV em bólus seguido de 20 mL de SF 0,9% e elevação do membro), a salientar que uma segunda dose de adenosina de 12 mg pode ser necessária (Scuotto *et al.*, 2018), não tendo sido necessário nesta situação. O quadro reverteu e a jovem permaneceu em vigilância no SO durante 12h, tendo tido alta após. Outra situação comum em urgência/emergência é o choque séptico, que é definido como uma disfunção de órgãos por desregulação da resposta ao organismo provocada por uma infeção. A sépsis é multifatorial e multifocal e a sua expressão clínica depende das características do hospedeiro; no entanto, a probabilidade de cura é tanto maior, quanto mais precoce é o início do tratamento correto (Carneiro, 2022). Existem intervenções que permitem salvar vidas: o reconhecimento precoce que inclui a estratificação da gravidade; a prevenção de disfunções e suporte de órgãos em falência; e tratamento da causa incluindo o controlo do foco quando indicado (Carneiro, 2022). O tratamento assenta em duas intervenções, que foram sempre executadas de imediato: a estabilização hemodinâmica com otimização do fornecimento de oxigénio com a administração de fluídos (se o doente não estiver com EAP) e/ou administração de vasopressores; e o controlo da causa com a administração de antimicrobianos após a colheita de produtos para estudo microbiológico (Carneiro, 2022).

Em contexto de urgência a ventilação mecânica não invasiva (VMNI) é um tratamento recorrente. Na minha prática ao longo do estágio, foram várias as situações em que houve necessidade da sua aplicação, muitas delas nos casos de EAP de causa hipertensiva. No entanto, esta intervenção acarreta algumas complicações associadas. No meu local de trabalho deparo-me, algumas vezes, com doentes que apresentam úlceras por pressão (UP) associada à VMNI, muitos desses doentes provenientes do SU. A VMNI consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos, com benefícios comprovados em diversas condições clínicas que cursam com insuficiência respiratória (Ferreira *et al.*, 2009 citado por Coutinho Costa *et al.*, 2018). A VMNI permite assegurar uma oxigenação adequada, reduzir a hipercapnia e a acidose respiratória, a dispneia e trabalho respiratório, contrariando a fadiga muscular e aumentando a ventilação alveolar (Ambrosio *et al.*, 2008; Moita *et al.*, 2012 citados por Coutinho Costa *et al.*, 2018). Uma das suas grandes vantagens parece advir do fato de reduzir ou mesmo anular a necessidade de entubação, e diminuir a frequência das complicações associadas a esse procedimento

(trauma da via aérea, infecções nosocomiais, necessidade sedação), com consequente diminuição dos dias de internamento, da taxa de mortalidade e uma diminuição global de custos (Nava *et al.*, 2012 citado por Coutinho Costa *et al.*, 2018).

As experiências descritas anteriormente, e todas as que não foram referidas, possibilitaram a mobilização e aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias à prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de urgência/emergência, nomeadamente, na avaliação clínica e tomada de decisão, permitindo uma atuação em tempo útil e adequada às necessidades do doente. Em todas as situações, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor torna-se primordial; assim como medidas não farmacológicas para o alívio da mesma. Segundo a OE (2008), a dor tem sido definida como uma experiência individual, subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade (OE, 2008). O interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento. Segundo a OE (2008, p. 9), “o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde”. Por esta razão, a DGS instituiu a dor como 5.º sinal vital, devendo ser avaliada de forma consistente e tratada por medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas. No meu contexto de estágio, essencialmente no SO, pude prestar cuidados a pessoas em fim de vida, e constatei uma grande sensibilidade dos profissionais de enfermagem perante estas situações em que a perspetiva de cura era nula e a direção dos cuidados foi para o alívio dos sintomas e promoção do conforto à pessoa nos seus últimos dias ou horas de vida. O conforto está definido na NANDA-I como a “perceção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psico-espiritual, ambiental, cultural e/ou social” (Pinto *et al.*, 2016). O controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto (Apóstolo, 2009). O conforto é considerado essencial nos cuidados de enfermagem e é amplamente estudado na disciplina. Dentro do grupo de teóricas que estudaram o conforto, Katharine Kolcaba destacou-se pela profundidade do seu trabalho, dedicando-se à sua conceptualização e operacionalização, dando origem à “Teoria do Conforto de Kolcaba”, considerando o conforto como um estado que resulta das intervenções de enfermagem (Apóstolo, 2009), o que levou à criação do diagnóstico de enfermagem "conforto prejudicado". Em algumas situações, depois de diagnosticado o “conforto prejudicado”, foram efetuadas intervenções de enfermagem no âmbito do controlo da dor, uma delas baseada na execução e ensino de técnicas não farmacológicas

ao paciente, como posicionamentos, aplicação de calor/frio e massagem, antes, após e durante atividades dolorosas; assim como medidas farmacológicas. A família também é relevante para o alívio da dor, daí tornou-se igualmente importante informá-la sobre as possíveis causas da dor. Intervir no ambiente demonstrou-se eficaz pois a luminosidade, o ruído, a temperatura e a privacidade são relevantes para o seu conforto.

De acordo com o Código Deontológico, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de, relativamente aos cuidados de enfermagem, informar o indivíduo e família fornecendo as informações necessárias, de forma a respeitar e promover o direito ao consentimento informado, atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de explicação (OE, 2015). A comunicação torna-se um processo dinâmico e de importância vital e é fundamental compreender que a família é a extensão da pessoa doente, a promoção da qualidade dos cuidados implica a inclusão da família numa perspetiva humanista e de conceito de cuidado global. A família constitui, assim, o contexto social mais importante para o planeamento das intervenções que poderão influenciar positivamente os resultados da condição da pessoa doente. Esse aspeto encontra-se presente no SU, uma vez que, na maioria das vezes, nas situações emergentes são os familiares que nos sabem referir as informações mais importantes acerca do seu familiar. As famílias veem os enfermeiros como uma fonte importante de informação imediata e de ajuda; no entanto, por ser um contexto altamente diferenciado e desafiante, onde o processo de tomada de decisão em enfermagem é complexo pois deve dar prioridade aos cuidados à pessoa em situação crítica, as necessidades das famílias, muitas vezes, são remetidas para segundo plano (Sá & Velez, 2021). Os enfermeiros deverão conhecer as necessidades dos familiares; dar informação verdadeira e consistente, suporte emocional e espiritual e dialogar com a família com terminologia clara.

Durante o estágio, saliento que, devido às características do serviço, o excesso de trabalho, elevada rotatividade de utentes e número de ocorrências, por vezes a comunicação eficaz foi dificultada. No entanto, na sala de emergência, pude vivenciar a preocupação da equipa em informar e esclarecer dúvidas também à família, permitindo a visita desta, após estabilização do quadro clínico. Uma comunicação eficaz com a família pode reduzir a ansiedade presente e o seu sofrimento (Sá & Velez, 2021). Decorrentes das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica perspetiva-se que todos os enfermeiros cuidem não só da pessoa doente, mas também da família/cuidador a ultrapassar um processo complexo de

doença crítica, estabeleçam uma relação terapêutica eficaz com técnicas de comunicação adequadas, de modo a propiciar uma adaptação aos processos complexos de doença. Muitas vezes, em contexto de SU, as famílias acompanham os utentes, tendo um papel ativo na colheita de dados e no plano de tratamento. Sempre que era necessário saber alguma informação acerca do utente, e o familiar já não se encontrava no SU, contactei-o via telefónica e aquando da alta do utente para o domicílio, tive sempre o cuidado de garantir que, não só o utente, mas também os familiares sabiam o que continham as cartas de alta, como a terapêutica a comprar e sua posologia ou os cuidados a tomar.

O Despacho n.º 10319/2014 (2014) prevê que cada SU deva possuir um plano de emergência e catástrofe, sendo este importante para dar resposta a situações complexas, como a de multivítimas. É igualmente importante que se realizem simulacros, periodicamente, a fim de que todos os profissionais estejam informados do plano e preparados, ainda mais sendo a região dos Açores suscetível à ocorrência de catástrofes naturais, como sismos ou atividade vulcânica. Em período de estágio não foi agendado nenhum simulacro pelo que, numa vertente de atualização e aquisição de novos conhecimentos, marquei presença nas I Jornadas de Enfermagem do SU, do hospital onde estagiei, no dia 3 novembro de 2023, onde pude aprender com as experiências reais em situações de catástrofe, nomeadamente em sessões sobre a operacionalidade da Proteção Civil em São Jorge, aquando da crise sísmica em 2022, e que contaram com a atuação de diversas equipas de enfermagem no local; assim como o exemplo da catástrofe natural de La Palma (o respetivo programa e certificado de presença encontram-se no anexo I). Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste sentido, o SU onde decorreu o meu estágio, tem um plano de catástrofe atualizado e a enfermeira orientadora teve o cuidado de me explicar o mesmo e familiarizou-me com as diferentes etapas. Um dos exemplos é o procedimento do apoio à pessoa vítima de violência doméstica ou de indícios de prática de crime, por ser considerada uma situação de emergência ou até na preservação de vestígios em vítimas que sofreram algum tipo de agressão e que morrem na SE. 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. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

A procura incessante da excelência dos cuidados prestados no exercício da profissão de enfermagem, obedece a uma prática em concordância com os padrões de qualidade em saúde. Uma das condições para manter esses padrões de qualidade é a redução das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). A estratégia de prevenção será sempre ampla, envolvendo todas as estruturas organizacionais e os profissionais de saúde, em equipa multidisciplinar, podendo isso traduzir-se em potenciais ganhos em saúde. As IACS são definidas como infeções adquiridas em situações relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, onde quer que elas ocorram, desde a prestação direta de cuidados de saúde ou como consequência do contacto com locais onde se prestam esses cuidados; ou através de cuidados diretos prestados na comunidade (atenção primária, cuidados continuados) (Sousa & Mendes, 2019). Deste modo, os cuidados ao doente crítico implicam uma preocupação acrescida no que concerne à prevenção e controlo de infeção, muitas vezes decorrentes de fatores intrínsecos, como a idade e presença de doenças crónicas, mas também devido a fatores extrínsecos, como a instabilidade hemodinâmica e utilização de dispositivos invasivos, por exemplo. Uma das competências, definidas pela OE, do enfermeiro especialista na área da Pessoa em situação crítica é “Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19364) onde deve responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Durante este período de estágio verifiquei que devemos considerar as IACS, um verdadeiro indicador da qualidade dos cuidados em saúde, cabendo ao Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em situação Crítica como um agente de mudança e formador ativo na equipa multidisciplinar. Constatei que este é um tema sensível no SU e que há uma preocupação real, por parte dos enfermeiros, em implementar estratégias dirigidas ao controlo das IACS como a aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI); no entanto, devido a várias condicionantes como a sobrelotação e a constante mobilização de doentes, torna-se difícil fazer um trabalho eficaz. São várias as formas de ultrapassar este problema, como sejam melhorar a própria estrutura física do SU, colocando mais postos de higienização das mãos/dispositivos de solução alcoólica, ou através de ações de formação mais frequentes para toda a equipa multidisciplinar ou até mesmo a realização de auditorias da higienização das mãos. Dado que a necessidade

de priorizar cuidados num SU, pode levar a uma diminuição de tempo ou por vezes algum facilitismo perante a necessidade de atuação rápida e um agir em situações emergentes, é a estrutura física com meios materiais que torna possível assegurar a segurança da prestação de cuidados preconizado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-20), que refere que “as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como o consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882-9). Uma das boas práticas, várias vezes observada, aquando da realização do meu estágio no SU, foi a mobilização de doentes para o quarto de isolamento na área do SO sempre que foi identificado um microrganismo multirresistente, dando cumprimento à recomendação da DGS na norma 029/2012, onde refere que os doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação (DGS, 2013). Outros exemplos colocados em prática no campo de estágio foram a correta higienização das mãos segundo a norma da DGS n.º 007/2019 e a execução de procedimentos com base nos feixes de intervenção emanados pela DGS: Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma n.º 019/2015, 2022); Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (Norma n.º 021/2015, 2022); Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico (Norma n.º 020/2015, 2022) e o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma n.º 022/2015, 2022). Devo também salientar todo o rigor na preparação e administração de injetáveis, bem como uma preocupação na correta separação e triagem dos resíduos, onde existem baldes de lixo e cestos de roupa suja com pedal para abertura. Foi notório e imprescindível o cumprimento de protocolos no que respeita ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e mantendo o cumprimento de circuitos e procedimentos, dado que na fase final do meu estágio, deparei-me com uma subida abrupta dos casos de infeções respiratórias graves provocados pelo vírus *Influenza A* (Gripe A).

Ao longo da prática clínica considero ter atingido o objetivo específico a que me propus no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador, em contexto de serviço de urgência, englobando todas as competências comuns do enfermeiro especialista; assim como as do enfermeiro especialista na área de enfermagem da pessoa em situação crítica.

Como objetivo específico 2, foi definido: **“Contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, no âmbito das intervenções específicas de enfermeiro especialista na equipa de emergência médica intra-hospitalar”**.

No hospital onde estagiei, a equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMIH) encontra-se numa fase embrionária, tendo sido implementada no dia 6 julho de 2023. Com poucos meses de implementação, é assumida pelo enfermeiro e médico alocado ao SO e atua apenas na zona da Consulta Externa, corredores da instituição, instalações não clínicas (farmácia, cozinha, refeitório, armazéns, oficinas, etc), após a ativação do número de emergência interna (999). Esta equipa faz-se acompanhar do material necessário que se encontra num local devidamente assinalado e do conhecimento da equipa. Do projeto, faz parte também a aplicação da escala *National Early Warning Score 2 (NEWS 2)* num serviço de internamento cirúrgico e num serviço de internamento de medicina interna. As alterações fisiológicas que traduzem deterioração clínica, são possíveis de serem detetadas antecipadamente; neste sentido, foram desenvolvidas escalas de alerta precoce, sendo o *NEWS 2* um desses instrumentos (Figueira & Pereira, 2020). Neste hospital, existem um procedimento interno acerca da aplicação da *NEWS 2*, que foi adaptado à instituição. Segundo este procedimento, são parâmetros a avaliar e registar: a frequência respiratória (cpm); oxigénio inspirado (concentração), dispositivo de fornecimento de oxigénio; saturação de oxigénio (SpO₂); pressão arterial sistólica (mmHg); pulso (bpm); nível de consciência usando AVPU e temperatura (°C), posteriormente é atribuída pontuação para cada parâmetro, consoante um quadro que se encontra afixado em todas as salas de trabalho de enfermagem do hospital. Neste mesmo quadro, tendo por base o *score*, consta a resposta clínica a ser tomada por parte dos enfermeiros responsáveis pelos doentes em deterioração. Importa dizer que o AVPU é uma sigla composta por quatro letras, cada uma indicando a gravidade de um paciente (A: Alerta, significa um paciente consciente e lúcido; V: Verbal, refere-se a um paciente que está semiconsciente e reage a estímulos vocais com sussurros ou golpes; P: Dor, refere-se a um paciente que reage apenas a estímulos dolorosos; U: Não responsivo, refere-se a um paciente inconsciente que não responde a nenhum tipo de estímulo) (Romanelli & Farrell, 2023).

Aproveitando que o meu trabalho de investigação aborda o perfil de competências dos enfermeiros das EEIH, vi uma oportunidade para usar esse conhecimento no estágio no SU e enriquecer a respetiva equipa de enfermagem quanto às intervenções específicas que se realizam durante uma atuação da EEIH. O alvo de cuidados durante uma atuação

da EEIH é a Pessoa em Situação crítica. Assim sendo, quanto mais precocemente for intervencionada, menos complexos serão os cuidados necessários, o que possibilita um resultado mais eficaz; isto obriga o enfermeiro dessa equipa a uma avaliação rápida, resposta atempada e adequada para prevenção de complicações/eventos adversos (Weatherburn & Greenwood, 2023; Cardo, 2016). Com base no meu trabalho de investigação “Perfil de Competências do Enfermeiro da EEIH: uma *Scoping Review*”, foram extraídas as intervenções efetuadas por esses enfermeiros e elaborada uma apresentação, em *PowerPoint*, intitulada: “Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Intervenções Específicas do Enfermeiro” que se encontra no apêndice V. Foi efetuada uma sessão formativa para dar a conhecer e fazer refletir a equipa sobre o tema, dotando os enfermeiros de evidência científica atual. A formação foi realizada no dia 18/10/2023, tendo este ficado também em suporte digital no SU, para possível consulta à *posteriori*. O plano de ação da sessão de formação, assim como a folha de divulgação, encontram-se no apêndice VI e VII.

4.2 Processo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Serviço SIV

O serviço SIV, onde estagiei, é composta por 11 enfermeiros, e destina-se ao transporte rápido de uma equipa multidisciplinar ao local onde se encontra o utente, tendo como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar, bem como o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações emergentes. Os turnos SIV são de 8h e fazem parte integrante do horário normal dos enfermeiros, sendo este elaborado pela chefia de enfermagem do SU. As funções de enfermagem em emergência pré-hospitalar estão incluídas num sistema integrado de emergência médica, o SIV, com regulamento próprio descrito na Portaria n.º 79/2019 de 20 de novembro de 2019 (Regulamento de funcionamento do SIV). Este serviço é da responsabilidade do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) e norteia-se com base nos “Protocolos e procedimentos do SIV, versão 3.1”, de 01/09/2021, revistos à luz das mais recentes recomendações na área da emergência médica, visando melhorar a qualidade e agilidade na prestação de cuidados ao doente emergente. Estes protocolos e procedimentos têm por base um fluxograma interativo de rápida e simples leitura. Existem 17 protocolos (avaliação inicial; PCR; cuidados pós-reanimação; avaliação primária; obstrução da via aérea; paragem respiratória; dispneia; taquicardia; bradicardia; hemorragia; dor toraco-

abdominal; alteração do estado de consciência e déficit motor; convulsão; alteração da glicémia; intoxicação; queimados e parto) e 9 procedimentos (analgesia; sedação; terapia elétrica; descompressão do tórax; via verde AVC; via verde coronária; via verde trauma; vítima cadáver e situação multivítimas), sendo que a abordagem à vítima é sempre iniciada pelo protocolo 1 – avaliação primária, terminando, sempre, com o transporte da vítima ao hospital, com exceção da vítima cadáver ou no caso da vítima se recusar a ser transportada à unidade de saúde, mediante assinatura da minuta de recusa de transporte. Da equipa fazem parte o enfermeiro SIV, cuja formação inclui curso de SAV, curso avançado de trauma e de protocolos SIV, o Técnico de Ambulâncias e Socorro (TAS) e o médico regulador (contactável por via telefónica). Os enfermeiros SIV terão como principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos SIV e as orientações da Regulação Médica e asseguram a chefia da equipa; o TAS é um profissional que tem por função colaborar na prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar, de acordo com as suas competências e com as orientações do enfermeiro SIV e asseguram a condução do veículo. A regulação médica é efetuada por médicos de diversas especialidades, que terão por principal função a regulação da prestação de cuidados de emergência de acordo com os protocolos de atuação, bem como o encaminhamento da vítima/doente para a unidade de saúde mais adequada (SRPCBA, 2020). Cada viatura é composta por uma mochila de emergência médica; uma mochila de trauma; porta ampolas; equipamento cardiovascular (monitor-desfibrilhador portátil com capacidade de transmissão de dados); equipamento para proteção pessoal (capacete de proteção e coletes refletivos); equipamento de segurança (corta cintos de segurança, cones de sinalização, lanterna portátil, extintor, machado tipo “force” e cinta de reboque); equipamento de telecomunicações; equipamento de imobilização (colares cervicais, colete de extração, torniquete tático, cinta pélvica); aspirador de secreções portátil; botija de oxigénio; caixa de refrigeração/aquecimento de fluidos; fármacos de atuação emergente e solutos de perfusão. Em cada viatura SIV, é possível transmitir os dados clínicos em tempo real para qualquer computador com acesso à internet. Todos estes equipamentos devem ser verificados no início de cada turno e, durante a utilização do monitor, deverá averiguar-se se o mesmo está a transmitir os dados, verificando a presença de sinal de transmissão. O telemóvel deverá estar sempre na posse do enfermeiro e verificando a disponibilidade de rede com frequência. Durante as atuações, deve prevalecer o respeito mútuo entre os intervenientes, optando pela resolução de eventuais conflitos após terminada a ocorrência. Cabe ao médico regulador

definir o destino e se a vítima deve ou não ser acompanhada pelo enfermeiro. Após a atuação do serviço SIV, deverá ser repostado todo o material utilizado e a informação da ocorrência é registrada em verbete próprio e enviado, via email, para o serviço de proteção civil e para o hospital.

Como objetivo específico 1 foi definido: **“Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto extra-hospitalar – SIV”**.

“A teoria é um excelente instrumento para explicar e prever” (Benner, 2001, p. 32). No entanto, o desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina, consiste não apenas em conhecimento teórico, mas também em conhecimento prático, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina. Portanto, essa experiência, que se adquire com o tempo, é necessária para a perícia. O enfermeiro especialista, ao desenvolver as suas competências com empenho e qualidade, melhora a sua perícia, não só no que se refere às competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas como também nas competências específicas da sua área de especialização. No seu processo de aquisição de experiência, o seu intelecto sofre alterações, proporcionando uma integração e seleção de conhecimentos, reajustando-nos no processo de tomada de decisão. Tendo por base essa teoria, considero-me no “estádio 2: iniciado avançado”, pois não possuo experiência nesta área nem das situações confrontadas na prática. Os conhecimentos, os princípios e as normas de atuação tiveram um grande peso na minha atuação, tentando cumpri-los de forma rigorosa, centrando-me nas regras. Deste modo, o estabelecimento de prioridade foi um grande desafio. Segundo Benner (2001), neste estágio, o agir faz-se independentemente do contexto.

Durante este estágio, tive oportunidade de refletir sobre várias situações e colocar-me em papéis em que nunca antes me tinha colocado. O meu autoconhecimento foi fundamental, e ter a noção das minhas virtudes e limitações, ajudou-me a conseguir seleccionar as situações em que deveria intervir e aquelas em que deveria ficar numa posição de observador. Pude sempre contar com a importante colaboração da enfermeira orientadora na procura de novas oportunidades de aprendizagem. Neste contexto, adotei uma postura de iniciativa em busca de situações de aprendizagem procurando basear-me numa pesquisa científica contínua e pertinente. A reflexão conjunta sobre as práticas clínicas e os *debriefings* que realizámos muitas vezes no final das situações, permitiram o meu desenvolvimento científico e pessoal. O conhecimento e compreensão da dinâmica

e da organização do Serviço SIV, bem como das suas viaturas e do material que compunham, a consulta de protocolos, normas e documentos existentes e a compreensão do circuito da vítima, desde a chegada a esta, a sua estabilização e o seu transporte para o meio intra-hospitalar foram algo importante saber e compreender para uma melhor atuação perante as ocorrências. A OE preconiza o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, de modo a gerirem os cuidados de enfermagem, otimizando a sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste sentido, e assegurando a qualidade e segurança do exercício profissional, pude participar em vários procedimentos de gestão em meio pré-hospitalar; nomeadamente na verificação e reposição de material em falta. Esta dinâmica, realizada sempre no início dos turnos ou após ocorrências, permitiu-me ter maior confiança para encontrar material/medicação nas atuações, garantindo uma atuação rápida e eficaz, gerindo o tempo e o material disponíveis da melhor forma. Tive também a oportunidade de participar na manutenção acompanhando a viatura à oficina. A logística com o material e o fato de ser necessário garantir a operacionalidade de outra viatura, foi essencial. É importante referir que, outra das preocupações é garantir que o depósito esteja sempre cheio, pois não há como prever futuras ocorrências nem a distância a ser percorrida. Todos estes procedimentos de gestão e logística, quer dos materiais como da viatura, são registados em folhas próprias.

O papel do enfermeiro SIV é de *team leader*, sendo o responsável pelas tomadas de decisões da equipa, transmitidas no momento de passagem de dados ao médico regulador, por via telefónica, de acordo com a metodologia ISBAR. É feita uma gestão dos cuidados a prestar, validando os cuidados prestados, a medicação a administrar e o encaminhamento da vítima tendo em conta as suas necessidades e a gestão dos meios. Em meio extra-hospitalar deparamo-nos com muitas dificuldades. A privacidade e o sigilo profissional foram sempre mantidos durante a minha atuação. A falta de privacidade é uma dificuldade neste contexto por estarmos sujeitos a todo o tipo de observação, sendo muito importante que se passe para a população a ideia de que tudo é feito com a maior brevidade. Durante a prestação de cuidados na rua torna-se complicado, na medida em que temos de comunicar entre os elementos da equipa, mas sempre que possível, a vítima foi transferida para dentro da ambulância, o mais precoce possível, com vista a cumprir esses deveres.

Durante o meu período de estágio, pude executar e aplicar na prática vários protocolos/procedimento como, alteração de consciência e déficit motor, dor toraco-abdominal, convulsão (adulto e pediátrico), alteração de glicemia, PCR e dispneia, além do protocolo de avaliação primária (o primeiro a ser executado na abordagem à vítima e que é composto pela metodologia ABCDE). Importa salientar que, na chegada ao local, o protocolo “avaliação inicial (BLS)” é imediatamente executado e engloba a avaliação rápida do cenário (no âmbito das condições de segurança, tipo de ocorrência, número de vítimas, quantidade de meios necessários e necessidades especiais como as forças de segurança) e ainda a impressão geral da vítima (se está consciente, se anda ou fala, o mecanismo de lesão ocorrido e se sofreu algum trauma com necessidade de controlo cervical). Foram várias as ocorrências de PCR em meio pré-hospitalar, todas elas não reversíveis, pelo que o protocolo de “cuidados pós-reanimação” não foi aplicado. Em algumas situações, estávamos no domicílio das pessoas e compreendi a importância da escolha de palavras simples e honestas para informar o falecimento do seu familiar, assumindo um tom de voz e postura adequada, tentando uma abordagem que não dificulte ainda mais o momento que é marcante e ao mesmo tempo permitir que os familiares fiquem bem informados do que aconteceu e esclareçam as suas dúvidas (Oczkowski *et al.*, 2016), assegurando o dever de informar por parte do enfermeiro, plasmado no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 105º. Essa postura em meio extra-hospitalar torna-se vital, pois crescem as dificuldades para a transmissão destas notícias, pois o habitual é existirem muitas pessoas em redor da vítima, movidas pela curiosidade. As informações dadas sobre o estado e evolução da vítima são muito importantes para a compreensão e aceitação de todos os intervenientes, principalmente dos familiares/cuidador. São os enfermeiros, os profissionais de primeira linha e em contato direto com os familiares, pelo que é importante haver uma comunicação eficaz, informando de forma clara a gravidade da situação, para que fiquem elucidados desde o início sobre o possível desfecho, que poderá não ser o desejável. Uma das situações na emergência pré-hospitalar em que fui interveniente, foi numa ocorrência de uma convulsão febril numa vítima em idade pediátrica (2 anos de idade) em que, à chegada ao local, verificamos que o pai, em pânico, tinha o filho nos braços, em estado pós-ictal, no meio da rua, a chover torrencialmente e sem proteção. Sendo a prioridade, avaliar a criança e atuar rapidamente, é igualmente importante prestar cuidados ao familiar, através da gestão da ansiedade e do medo vivido por esse familiar. Além disso, é nossa função garantir um ambiente terapêutico e seguro na prestação dos cuidados, pelo que uma das nossas primeiras

intervenções foi transferir a criança para a ambulância, acompanhada pela mãe (pessoa que se encontrava capaz de prestar algum suporte à criança e fornecer-nos informações). As crises epiléticas são a urgência neurológica mais frequente em idade pediátrica, e o período pós-ictal é caracterizado por alteração do estado de consciência, défices motores focais, ou outros sintomas (Alves *et al.*, 2017). Houve de minha parte uma adaptação aos diferentes ambientes com que me deparei todos os dias, primando por técnicas de comunicação adequadas, assertividade e empatia com a pessoa em situação crítica/família/cuidador, adaptando esta comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. A capacidade de comunicação tem sido descrita como a mais importante ferramenta para os enfermeiros, de modo a promover cuidados personalizados. É importante que estes compreendam os sentimentos, opiniões e experiências das pessoas que cuidam, a fim de avaliar as suas necessidades reais e agir em conformidade.

As intervenções na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos, surgem como uma das competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. E tem como objetivo, interromper o ciclo infeccioso, que tem como consequência a redução das taxas de mortalidade e morbidade, redução do tempo de internamento, taxas de ocupação e custos de saúde associados. A origem das IACS é multifatorial, podendo surgir nos hospitais, comunidade e unidades de cuidados continuados, onde o pré-hospitalar se encontra incluído. A estratégia de prevenção será sempre ampla, envolvendo todas as estruturas organizacionais e os profissionais de saúde, em equipa multidisciplinar, podendo isso traduzir-se em potenciais ganhos em saúde. Além disso, todo o utente pode constituir um risco de transmissão de microrganismos pelo que se tem de prevenir a transmissão cruzada proveniente de possíveis fontes de infeção. No contexto SIV, pude constatar que existe uma preocupação real em todos os profissionais no que concerne ao controlo de infeção, ao aplicar algumas as PBCI, definidas pela DGS, como: uso adequado de EPI's; descontaminação de equipamento e material clínico e não-clínico, após cada utilização; manuseamento seguro da roupa; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; recolha segura de resíduos; etiqueta respiratória e exposição a agentes microbianos no local de trabalho. A higiene das mãos em ambiente pré-hospitalar fica comprometida, pois nem sempre dispomos de um local para a lavagem das mãos, embora sendo uma preocupação da equipa a higienização das mãos com Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA). Na

ambulância SIV utilizava o frasco de SABA, que se encontrava na célula sanitária e na viatura SIV havia sempre luvas e um frasco na porta da frente. Além de todas essas preocupações, é efetuada a higienização semanal de toda a carga e viatura da SIV. Habitualmente quando chegava ao local da ocorrência, já se encontravam lá os Bombeiros Voluntários, estes já tinham utilizado o material deles, assim, caso não fosse necessário fazer o transporte, não usávamos mais material nosso para evitar conspurcar. Sempre que eram realizados transportes de vítimas, toda a célula sanitária da ambulância era também limpa e devidamente desinfetada. A mochila de emergência médica, assim como a mala de medicação, são os materiais que mais vezes entram em contacto com as vítimas, pelo que era assegurada a sua correta desinfeção e substituição de matérias que tivessem possivelmente conspurcadas. Além disso, o material das mochilas é de plástico, facilitando a sua limpeza e desinfeção. A emergência extra-hospitalar caracteriza-se pela necessidade de atuação quase imediata, pelo que a prevenção e controlo de infeção, torna-se um desafio bastante grande, onde nos momentos de *life-saving*, poderão ser negligenciadas algumas das medidas de controlo de infeção.

Para situações de exceção em contexto extra-hospitalar, nomeadamente no serviço SIV, existe um kit multivítimas, de onde fazem parte caneta/marcador e cartões plastificados com fluxogramas de triagem e um para o registo multivítimas. A etiqueta de triagem permite a operacionalização dos métodos de triagem, primária e/ou secundária. A triagem primária é baseada no método START, e permite triar de forma mais rápida um grande número de vítimas. Para realizar esta Triagem é usado um fluxograma onde são usados discriminadores muito simples, criando áreas por cores: Prioridade 1 (cor vermelho) - vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarelo) - vítima grave; Prioridade 3 (cor verde) - vítima não grave e morto (cor preto). A área branca é designada de “área dos sobreviventes” e destina-se às vítimas que andam e não se encontram feridas. São parâmetros a considerar na avaliação dos doentes para a correta triagem: se anda, se respira, se obedece a ordens simples, avaliação da FR e do tempo de preenchimento capilar. Para crianças, o fluxograma assume um carácter particular fazendo o enquadramento de acordo com o tamanho e/ou peso. Proceder-se depois a uma triagem secundária que diz respeito a um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas, baseando-se no “*Injury Severity Score*” (ISS). Em matéria de Proteção Civil, o SRPCBA deve assegurar o planeamento e a direção das operações do Serviço, a coordenação dos meios a empenhar e a adequação das medidas

de carácter excepcional a adotar na iminência ou na ocorrência de acidente grave ou catástrofe. Os Planos de Emergência de Proteção Civil são documentos formais (disponíveis no seu site oficial para acesso fácil a toda a população) nos quais as autoridades de Proteção Civil, definem orientações relativamente ao modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas imprescindíveis à reposição da normalidade, de forma a minimizar os efeitos de um acidente grave ou catástrofe sobre as vidas, a economia, o património e o ambiente (SRPCBA, 2020). A existência desses planos de emergência bem definidos, assim como a existência de protocolos de atuação e fluxogramas práticos e intuitivos, trazem diversas vantagens, já que permite: numerar as vítimas; registar a evolução das vítimas e cuidados prestados; controlar a assistência das vítimas impedindo a duplicação de esforços; estabelecer um fluxo ordenado de vítimas; controlar a cadeia de evacuação, no que diz respeito à prioridade, hospital de destino e evacuação; evitar evacuações descontroladas e elaborar registos (dados pessoais, dados clínicos e tratamentos/intervenções executadas).

Ao longo da minha prática clínica considero ter atingido o objetivo específico a que me propus no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador, em contexto extra-hospitalar, no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista; assim como nas do enfermeiro especialista na área de enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Como objetivo específico 2 para este contexto, assumi: **“Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar, no âmbito da implementação da sessão *debriefing*”**:

Ao longo do estágio no Serviço SIV e após discussão com a equipa e com a enfermeira orientadora, foi possível identificar o tema “*Debriefing*” como de importância para a equipa de enfermagem deste contexto, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para o desenvolvimento dos conhecimentos dos profissionais inerentes à equipa multidisciplinar sobre o tema. Esta necessidade foi identificada pela própria equipa. Neste sentido, e para responder ao objetivo de estágio, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados acerca do *debriefing* e as suas vantagens, com o objetivo de realizar uma sessão formativa à equipa de enfermagem do serviço SIV sobre o conceito *debriefing*; objetivos e aspetos a ter em conta no *debriefing*; barreiras à realização do mesmo; métodos usados no *debriefing* e apresentar também um exemplo de estrutura básica para a realização das sessões *debriefing* com o objetivo de serem

realizadas posteriormente de forma periódica. A sessão formativa, intitulada de “*Debriefing*: Equipa de enfermagem de Suporte Imediato de Vida (SIV)”, foi realizada no dia 29/11/2023 e contou com a participação de 9 enfermeiros da equipa SIV. A apresentação do *PowerPoint*, assim como o plano de ação da formação e respetiva folha de divulgação encontram-se nos apêndices (VIII e IX e X) respetivamente.

Neste contexto clínico de elevada complexidade, onde os profissionais de saúde estão constantemente sob um elevado nível de stress, tentam transformar as mais diversas situações ocorridas em momentos de aprendizagem, e potenciar a vertente educacional nos eventos clínicos diários (Mullan *et al.*, 2014). A comunicação entre os elementos da equipa, são essenciais para que os cuidados prestados aos doentes sejam com qualidade e segurança preconizada. No estudo de Healy & Tyrrell (2013), realizado em três hospitais na Irlanda, os enfermeiros e médicos sentiram a necessidade da realização de *debriefings* para providenciar apoio psicológico à equipa, rever e contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados por estes, especialmente após situações de emergência, e para fomentar o espírito de equipa (Healy & Tyrrell 2013). Dufrene & Young (2014) definem o *debriefing* como uma reflexão guiada, sendo que na área da emergência pode ser entendido como uma comunicação entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, adquirindo particular relevância no sentido de melhorar a performance dos profissionais através da reflexão em grupo e partilha de experiências. Mullan *et al.* (2014) corroboram das definições acima apresentadas ao definirem o *debriefing* como uma discussão sobre as ações realizadas e uma reflexão sobre os processos, após um evento no sentido de melhorar o desempenho do(s) indivíduo(s). De acordo com Couper e Perkins (2013), um dos métodos que contribui para melhorar os cuidados nesta área é o *debriefing* das situações ocorridas, identificando os aspetos a melhorar. Perkins *et al.* (2011) no seu estudo, confirmam esta ideia afirmando também que o *debriefing* de situações de ressuscitação cardiorrespiratória poderá aumentar a adesão da equipa aos algoritmos internacionalmente aceites. Kessler *et al.* (2015) refere que o principal objetivo do *debriefing* na área dos cuidados de saúde é encorajar a reflexão, facilitar a discussão sobre as ações e assimilar comportamentos mais adequados à prática. Deste modo, o *debriefing* é uma poderosa ferramenta educacional, sendo entendido o potencial para modificar o desempenho da equipa e desta forma influenciar positivamente os cuidados prestados ao doente. Mullan *et al.* (2014) referem que o pessoal clínico luta diariamente para transformar as situações quotidianas em oportunidades de

aprendizagem. Os *debriefings* não deverão só incidir em situações com conotação negativa ou que tiveram um desfecho indesejável, mas também, em situações/eventos clínicos com desfecho positivo e onde houve um adequado desempenho dos profissionais (Mullan *et al.*, 2014). Kessler *et al.* (2015) garante que para que um programa de *debriefing* clínico seja bem-sucedido este terá de garantir a segurança a todos os participantes e não poderá ser utilizado como meio de avaliação de desempenho, mesmo quando foram detetados aspetos menos bons do desempenho de um ou mais elementos da equipa. As competências não técnicas, tais como as competências cognitivas e sociais, são importantes no desempenho das equipas em situações de emergência. Estas incluem as competências para a tomada de decisão, liderança, comunicação, capacidade de cooperação com outros membros e outras. Kessler *et al.* (2015) referem que, quer os indivíduos, quer as equipas beneficiam com o *debriefing* pois fazem uma reflexão sobre os conhecimentos, as atitudes, as competências individuais e sobre o trabalho de equipa durante o evento, reconhecendo e percebendo o que pode ser melhorado, e assim modificarem o seu comportamento. O *debriefing* estruturado é importante para o aumento dos conhecimentos e a aquisição de competências específicas fundamentais nas equipas que respondem a situações de doença crítica.

5. Considerações Finais

Este relatório constituiu um documento que procurou espelhar o percurso desenvolvido ao longo dos estágios, dividido por dois contextos (SU e emergência extra-hospitalar SIV). O presente documento serve para demonstrar a aquisição de competências para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, definido no Regulamento n.º 429/2018. O enfermeiro com especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica acarreta em si um conjunto de competências comuns, nomeadamente, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Além de um conjunto de competências específicas, nomeadamente, o cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção/catástrofe e maximizar a prevenção, intervenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos, que lhe permite desempenhar uma resposta rápida e eficaz (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Os contextos escolhidos para o desenvolvimento revelaram-se importantes para o meu processo de aquisição de competências e de desenvolvimento profissional, não só pela diversidade de situações encontradas na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, como pelo contacto com enfermeiros peritos nas suas áreas de atuação. Todo este percurso permitiu-me traçar metas e analisar situações de cuidados, traduzindo-se numa reflexão constante da prática, permitindo-me o desenvolvimento do raciocínio crítico e a capacidade de tomada de decisão, tornando-o num precursor de desenvolvimento pessoal e profissional, numa procura das competências demandadas. A reflexão foi o elemento mais importante de todo o percurso, formatando o meu pensamento, modificando a minha prática em contexto laboral, tal como compete ao enfermeiro especialista. A reflexão sobre as questões relacionadas com a prática e a aquisição das competências pretendidas a um mestrando, tiveram resposta através das atividades delineadas no Projeto Formativo Individual com o objetivo de atingir os objetivos estabelecidos inicialmente. O recurso a um quadro teórico constituiu-se um pilar do percurso realizado, a Teoria de Patrícia

Benner (2001) de Iniciado a Perito, revelou-se de extrema importância pela sua aplicabilidade em ambos os contextos de estágio. Este caminho foi efetuado, respeitando os princípios deontológicos da profissão de enfermagem. A orientação tutorial deste percurso foi o elemento que se revelou facilitador, impulsionou o meu crescimento, permitindo superar as minhas expectativas em muitos momentos. O facto de trabalhar numa UCI deu-me maior autonomia e permitiu-me aprofundar as competências específicas do enfermeiro com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, uma vez que as competências básicas já eram realizadas no dia-a-dia, decorrentes da minha atividade profissional. Perante isto, considero que de um modo geral, atingi os objetivos gerais e específicos inicialmente propostos, tendo sempre demonstrado empenho, dedicação, humildade e abertura para sugestões.

Da análise crítico-reflexiva dos objetivos atingidos, das atividades realizadas e das competências adquiridas ao longo deste percurso, verifico que estes estágios permitiram-me desenvolver competências de gestão e execução de cuidados de enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; gestão da relação terapêutica, comunicação interpessoal e perturbações emocionais/psicológicas perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica; formação da equipa multidisciplinar; atuação direcionada à Especialidade Médico-cirúrgica na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, família/cuidador e aplicá-las; melhoria de competências de comunicação, inerentes à Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, família/cuidador; promoção de uma prática de cuidados fundamentada na melhor evidência existente, tendo por base a dignidade humana, responsabilidades profissionais, ético-legais e sociais; desenvolvimento de competências de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e promoção de uma prática baseada na evidência, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados através da abordagem das temáticas: Competências do Enfermeiro da EEIH, assim como, o *Debriefing* na Equipa de Enfermagem do Serviço SIV. A oportunidade de contacto com a equipa do SU, responsável pela EEIH, permitiu-me ser uma mais-valia na melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área e contribuir para o desenvolvimento profissional desses

enfermeiros no que diz respeito às suas competências nas atuações da EEIH. Além disso, consegui depreender que o expoente máximo do exercício profissional de enfermagem não está apenas na execução de um conjunto de atividades e procedimentos, mas sim com a excelente capacidade de adaptação a situações complexas, urgentes e/ou emergentes, que obrigam à articulação de todas as competências, referidas anteriormente para esta área de especialidade. Após o término desta etapa e perante a linha orientadora da temática estudada, considero que me foi possível atingir todos os objetivos delineados. No decorrer deste percurso, muitos foram os receios, incertezas e dificuldades em conjugar a vida pessoal, familiar, profissional e acadêmica. A exigência de todo este curso, acarretou um grande investimento e gestão de tempo, por vezes, nem sempre fácil de concretizar. Contudo, com o auxílio da professora da universidade e dos tutores nos campos de estágio, todo esse processo foi-se tornando mais facilitador, fazendo com que termine esta fase com um sentimento de dever cumprido.

6. Referências Bibliográficas

- ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- ACSS. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alves, M., Ferreira, C., Ferreira, H., Simão, T. S., & Magalhães, C. (2017). Primeira Crise em Apirexia: Casuística de Quatro Anos. *ECOS DO MINHO*, 12.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). *O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos*.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Ed. Comemorativa). *Quarteto*.
- Berwick, D. M., Calkins, D. R., McCannon, C. J., & Hackbarth, A. D. (2006). The 100 000 Lives Campaign. *American Medical Association*, 295(3).
- Bunkenborg, G., Barfod O’Connell, M., Jensen, H. I., & Bucknall, T. (2022). Balancing responsibilities, rewards and challenges: A qualitative study illuminating the complexity of being a rapid response team nurse. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 31(23), 3560–3572. <https://doi.org/10.1111/jocn.16183>
- Cardo, M. J. (2017). *Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Análise das ativações e da perceção da sua importância pelos enfermeiros*. Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Carneiro, A. (2022). Sépsis: O Bom Senso está de Volta. *Medicina Interna*, 158-164 Páginas. <https://doi.org/10.24950/RSPMI.364>
- Chalwin, R., Giles, L., Salter, A., Kapitola, K., & Karnon, J. (2020). Re-designing a rapid response system: Effect on staff experiences and perceptions of rapid

- response team calls. *BMC Health Services Research*, 20(1), 480.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05260-z>
- Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO da Direção Geral da Saúde: *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar*. (2010). <https://www.dgs.pt/?ci=594&ur=1&newsletter=262>
- Circular Normativa n.º DRS-CNORM/2021/16, da Direção Regional da Saúde dos Açores: *Via Verde do Tratamento das Queimaduras (VVTQ)*. (2021).
https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/2612889/Circular%2Bnormativa+2021_16+Via%2BVerde%2Bdo%2BTratamento%2Bdas%2BQueimaduras%2B%28VVTQ%29_signed.pdf/d324db66-066b-7b80-3683-867eb9b97184?version=1.0&t=1631094973011
- Couper, K. & Perkins, G. D. (2013). Debriefing after resuscitation. *Cardiopulmonary resuscitation*, 19(3), 188-194.
- Coutinho Costa, J., Neiva Machado, J., Costa, J., Fortuna, J., Gama, J., & Rodrigues, C. (2018). Ventilação Não Invasiva: Experiência de um Serviço de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 18-22.
<https://doi.org/10.24950/RSPMI/ORIGINAL/78/1/2018>
- Currey, J., Massey, D., Allen, J., & Jones, D. (2018). What nurses involved in a Medical Emergency Teams consider the most vital areas of knowledge and skill when delivering care to the deteriorating ward patient. A nurse-oriented curriculum development project. *Nurse Education Today*, 67, 77–82.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.009>
- Decreto-Lei n.º 71-2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República n.º 101, Série I de 27-05-2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2019-122403273-122410785>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República n.º 153, Série II de 2014-08-11. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

- Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
(2018). Diário da República n.º 198, Série II de 15/10/2018.
<https://files.dre.pt/2s/2018/10/198000000/2753327534.pdf>
- Dufrene, C. & Young, A. (2014). Successful Debriefing - Best Methods to Achieve Positive Learning Outcomes: A literature review. *Nursing Education Today*, 34, 372-376.
- Figueira, A. I. R., & Pereira, M. (2020). *Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do National Early Warning Score*.
- Fischer, C. P., Bilimoria, K. Y., & Ghaferi, A. A. (2021). Rapid Response Teams as a Patient Safety Practice for Failure to Rescue. *JAMA*, 326(2), 179.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.7510>
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2013). Importance of Debriefing Following Critical Incidents. *Emergency Nurse*, 20(10), 32-37.
- Hillman, K. M., Chen, J., & Jones, D. (2014). Rapid response systems. *Medical Journal of Australia*, 201(9), 519–521. <https://doi.org/10.5694/mja14.01088>
- INEM. (2012). *Abordagem à Vítima - Manual TAS/TAT*. Obtido em setembro de 2023, de <https://www.inem.pt>:
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- Jackson, S. A. (2017). Rapid response teams: What’s the latest? *Nursing2017 Critical Care*, 34–41. <https://doi.org/DOI-10.1097/01.NURSE.0000526885.10306.21>
- Jamieson, E., Ferrell, C., & Rutledge, D. N. (2008). Medical Emergency Team Implementation: Experiences of a Mentor Hospital. *MEDSURG Nursing*, 17(5).
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
- Leach, L. S., Mayo, A., & O’Rourke, M. (2010). How RNs rescue patients: A qualitative study of RNs’ perceived involvement in rapid response teams. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), e13–e13. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030494>

- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República: Lei de Bases da Saúde. (2019). Diário da República n.º 169, Série I de 04-09-2019.
<https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). A Comprehensive Framework Designed to Promote Quality Care and Competence for Patient Safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5).
- Ministério da Saúde. (2010). Reforma da Organização Interna e a Governação dos Hospitais. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- Moreira, A., Ramos, R., Ligório, A., Junqueira, K., & Corrêa, K. (2018). Rapid response team: What factors interfere with its performance. *Investigación y Educación En Enfermería*, 36(2), e05. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e05>
- Mullan, P. C., Kessler, D. O. & Cheng, A. (2014). Educational Opportunities with Postevent Debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334.
- Norma n.º 019/2015 da Direção Geral da Saúde: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Norma n.º 020/2015 da Direção Geral da Saúde: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Norma n.º 021/2015 da Direção Geral da Saúde: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Norma n.º 022/2015 da Direção Geral da Saúde: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

- Norma nº 029/2012 da Direção Geral da Saúde: *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. (2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Oczkowski, S. J., Chung, H.-O., Hanvey, L., Mbuagbaw, L., & You, J. J. (2016). Communication Tools for End-of-Life Decision-Making in Ambulatory Care Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, *11*(4), e0150671. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150671>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática* (Cadernos OE). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021, *372*(71). doi: 10.1136/bmj.n71
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação Nacional da Situação das Unidades de Cuidados Intensivos*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Perkins, G. D., *et al.* (2011). The effect of real-time CPR feedback and post event debriefing on patient and processes focused outcomes: A cohort study: trial protocol. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *19*(58), 1-7.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2016). A Systematic Literature Review Toward the Characterization of Comfort. *Holistic Nursing Practice*, *30*(1), 14–24. <https://doi.org/10.1097/HNP.000000000000126>

- Portaria n.º 79/2019 da Secretaria Regional da Saúde: *Regulamento do Serviço de Suporte Imediato de Vida da Região Autónoma dos Açores*. (2019). Jornal Oficial n.º 136, Série I de 20-11-2019. <https://jo.azores.gov.pt/#/ato/7eb1a2cc-5869-428a-b621-d90873fef3e6>
- Priberam. (2023). *Dicionário Priberam da língua portuguesa*. <https://dicionario.priberam.org/compet%C3%Aancia>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: *Regulamento das Competências Comuns*. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 06-02-2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. (2015). Diário da República n.º 79, Série II de 23/04/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros: *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 16-07-2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Repasky, T. M., & Pfeil, C. (2005). Experienced Critical Care Nurse-led Rapid Response Teams Rescue Patients on In-patient Units. *Journal of Emergency Nursing*, 31(4), 376–379. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2005.06.025>
- Rocha, C. C. P., & Branco, M. A. R. D. V. (2022). Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. *Servir*, N.º 03, e27555. <https://doi.org/10.48492/SERVIR0203.27555>
- Romanelli, D., & Farrell, MW. (2023). AVPU Scale. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538431/>
- Ruivo, A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15.
- Sá, F., & Velez, M. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21007. <https://doi.org/10.12707/RV21007>

- Salvatierra, G. G., Bindler, R. C., & Daratha, K. B. (2016). Rapid Response Teams: Is it Time to Reframe the Questions of Rapid Response Team Measurement? *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(6), 616–623. <https://doi.org/10.1111/jnu.12252>
- Santiano, N., Young, L., Baramy, L. S., Cabrera, R., May, E., Wegener, R., Butt, D., Parr, M., & Clinical Analysis Group. (2011). The impact of the medical emergency team on the resuscitation practice of critical care nurses. *BMJ Quality & Safety*, 20(2), 115–120. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2008.029876>
- Scholle, C. C., & Mininni, N. C. (2006). How a rapid response team saves lives: Learn why bedside nurses are embracing this lifesaving innovation. *Nursing*, 36(1), 36–40. <https://doi.org/10.1097/00152193-200601000-00037>
- Scuotto, F., Paul, L. C., Fenelon, G., Voss, T. H. (2018). Arritmias na sala de emergência e UTI. Taquicardias de QRS estreito: fundamentos para a abordagem. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 28(3), 276–285. <https://doi.org/10.29381/0103-8559/20182803276-85>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Sousa, P., & Mendes, W. (Eds.). (2019). *Segurança do paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2.^a ed.). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416419>
- SRPCBA. (2020). *Serviço SIV Açores*. <https://www.prociv.azores.gov.pt/emergencia-medica/servico-siv/>
- Teixeira, A. C. (2021). Enfermagem baseada na evidência. In N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de urgência e emergência*, 19-24. ISBN 978-989-752-574-2
- Topple, M., Ryan, B., Baldwin, I., McKay, R., Blythe, D., Rogan, J., Radford, S., & Jones, D. (2016). Tasks completed by nursing members of a teaching hospital

Medical Emergency Team. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, 12–19.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.008>

- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. The PRISMA-ScR Statement. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-73.
- Weatherburn, C., & Greenwood, M. (2023). The role of the intensive care nurse in the medical emergency team: A constructivist grounded theory study. *Australian Critical Care*, 36(1), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.12.003>
- Winters, B. D., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C., & Dy, S. M. (2013). Rapid-Response Systems as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 417. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009>
- Won, Y.-H., & Kang, J. (2022). Development of a comprehensive model for the role of the rapid response team nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103136>
- Yuan, X., Wan, S., Chen, Y., & Qin, W. (2022). Competency expectations of nurses in rapid response teams: An interview-based qualitative study. *Annals of palliative medicine*, 11(6), 2043–2049. <https://doi.org/10.21037/apm-22-566>

APÊNDICES

Apêndice I – Estratégia de pesquisa

Base de dados: **CINAHL Complete (via EBSCO)**

Resultados: **67**

Estratégia de pesquisa (13 agosto 2023):

S1 MH "rapid response (emergency care)" AND MH "nurses"
S2 MH "clinical competence" AND MH "nurses"
S3 MH "nursing role"
S4 MH "nursing interventions"
S5 MH "nursing skills"
S6 MH "nursing practice"
S7 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8 MH "rapid response team"
S9 TI "rapid response system" OR AB "rapid response system"
S10 S8 OR S9
S11 S7 AND S10

Base de dados: **Cochrane Library (incluindo a Cochrane Database of Systematic Reviews e o Central Register of Controlled Trials (CENTRAL))**

Resultados: **0**

Estratégia de pesquisa (13 agosto 2023):

#1 MeSH descriptor: [Nurses] this term only
#2 MeSH descriptor: [Nursing] this term only
#3 #1 OR #2
#4 MeSH descriptor: [Clinical Competence] this term only
#5 #3 AND #4
#6 ("rapid response (emergency care)": ti,ab,kw
#7 #3 AND #6
#8 MeSH descriptor: [Nurse's Role] this term only
#9 ("nursing interventions"): ti,ab,kw
#10 ("nursing skills"): ti,ab,kw
#11 ("nursing practice"): ti,ab,kw
#12 #5 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
#13 MeSH descriptor: [Hospital Rapid Response Team] this term only
#14 ("rapid response system"): ti,ab,kw
#15 #13 OR #14
#16 #12 AND #15

Base de dados: **MedicLatina**

Resultados: **0**

Estratégia de pesquisa (13 julho 2023):

S1: TI "clinical competence" OR AB "clinical competence"
S2: TI "nursing" OR AB "nursing"
S3: S1 AND S2
S4: TI "rapid response (emergency care)" OR AB "rapid response (emergency care)"
S5: S2 AND S4
S6: TI "nurse's role" OR AB "nurse's role"
S7: TI "nursing role" OR AB "nursing role"
S8: TI "nursing skills" OR AB "nursing skills"
S9: TI "nursing interventions" OR AB "nursing interventions"
S10: TI "nursing practice" OR AB "nursing practice"
S11: TI "hospital rapid response team" OR AB "hospital rapid response team"
S12: TI "rapid response team" OR AB "rapid response team"
S13: TI "rapid response system" OR AB "rapid response system"
S14: S11 OR S12 OR S13
S15: TI "nurses" OR AB "nurses"
S16: S1 AND S15
S17: S4 AND S15
S18: S3 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S16 OR S17
S19: S14 AND S18

Base de dados: **MedLine (via EBSCO)**

Resultados: **61**

Estratégia de pesquisa (11 agosto 2023):

S1: MH "nurses" OR MH "nursing"
S2: MH "clinical competence"
S3: TI "rapid response (emergency care)" OR AB "rapid response (emergency care)"
S4: S1 AND S2
S5: S1 AND S3
S6: TI "nursing interventions" OR AB "nursing interventions"

<p>S7: MH “nurse's role” S8: TI “nursing practice” OR AB “nursing practice” S9: TI “nursing skills” OR AB “nursing skills” S10: S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 S11: MH “hospital rapid response team” S12: TI “rapid response system” OR AB “rapid response system” S13: S11 OR S12 S14: S10 AND S13</p>
<p>Base de dados: ScieLo Scientific Electronic Library Online Resultados: 0 Estratégia de pesquisa (12 julho 2023): (((ti:("nursing practice")) OR (ab:("nursing practice"))) OR ((ti:("nursing interventions")) OR (ab:("nursing interventions"))) OR ((ti:("nursing skills")) OR (ab:("nursing skills"))) OR ((ti:("nursing role")) OR (ab:("nursing role"))) OR ((ti:("nurse's role")) OR (ab:("nurse's role"))) OR (((ti:("rapid response (emergency care)")) OR (ab:("rapid response (emergency care)"))) AND (((ti:("nurses")) OR (ab:("nurses")))) OR ((ti:("nursing")) OR (ab:("nursing")))) OR (((ti:("clinical competence")) OR (ab:("clinical competence"))) AND (((ti:("nurses")) OR (ab:("nurses")))) OR ((ti:("nursing")) OR (ab:("nursing")))) AND (((ti:("rapid response system")) OR (ab:("rapid response system"))) OR ((ti:("rapid response team")) OR (ab:("rapid response team"))) OR ((ti:("hospital rapid response team")) OR (ab:("hospital rapid response team"))))</p>
<p>Base de dados: Scopus Resultados: 159 Estratégia de pesquisa (13 julho 2023): ((TITLE-ABS-KEY("rapid response system")) OR (TITLE-ABS-KEY("rapid response team")) OR (TITLE-ABS-KEY("hospital rapid response team"))) AND ((TITLE-ABS-KEY("nursing practice")) OR (TITLE-ABS-KEY("nursing interventions")) OR (TITLE-ABS-KEY("nursing skills")) OR (TITLE-ABS-KEY("nursing role")) OR (TITLE-ABS-KEY("nurse's role")) OR ((TITLE-ABS-KEY("rapid response (emergency care)")) AND (TITLE-ABS-KEY("nurses"))) OR ((TITLE-ABS-KEY("rapid response (emergency care)")) AND (TITLE-ABS-KEY("nursing"))) OR ((TITLE-ABS-KEY("clinical competence")) AND (TITLE-ABS-KEY("nursing"))) OR ((TITLE-ABS-KEY("clinical competence")) AND (TITLE-ABS-KEY("nurses"))))</p>
<p>Base de dados: Web of Science Resultados: 21 Estratégia de pesquisa (18 agosto 2023): 1: "nurses" (Title) OR "nurses" (Abstract) 2: "nursing" (Title) OR "nursing" (Abstract) 3: "clinical competence" (Title) OR "clinical competence" (Abstract) 4: "rapid response (emergency care)" (Title) OR "rapid response (emergency care)" (Abstract) 5: #1 OR #2 6: #3 AND #5 7: #4 AND #5 8: "nurse's role" (Title) OR "nurse's role" (Abstract) 9: "nursing role" (Title) OR "nursing role" (Abstract) 10: "nursing interventions" (Title) OR "nursing interventions" (Abstract) 11: "nursing practice" (Title) OR "nursing practice" (Abstract) 12: "nursing skills" (Title) OR "nursing skills" (Abstract) 13: #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 14: "hospital rapid response team" (Title) OR "hospital rapid response team" (Abstract) 15: "rapid response team" (Title) OR "rapid response team" (Abstract) 16: "rapid response system" (Title) OR "rapid response system" (Abstract) 17: #16 OR #15 OR #14 18: #17 AND #13</p>
<p>Base de dados: RCAAP Resultados: 0 Estratégia de pesquisa (8 agosto 2023): 1: “Competências do enfermeiro” (Título/Assunto) E “Equipa de Emergência Intra-hospitalar” (Título/Assunto)</p>

Apêndice II - Estudos não elegíveis após a revisão do texto integral

- Alansari, M. A. (2013). Nurses' role in the rapid response team. A hospital administrator's chance for investment. *Saudi medical journal*, 34(1), 94–95. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84872693119&partnerID=40&md5=c863b6caa72f9c65b02318b802b5585a>
Razão para exclusão: ausência do conceito em estudo.
- Clements, A., & Curtis, K. (2012). What is the impact of nursing roles in hospital patient resuscitation? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(2), 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.01.002>
Razão para exclusão: ausência da população em estudo.
- Fildes, C., Munt, R., & Chamberlain, D. (2022). Impact of Dual Intensive Care Unit and Rapid Response Team Nursing Roles on Service Delivery in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 42(5), 23–31. <https://doi.org/10.4037/ccn2022540>
Razão para exclusão: ausência do conceito em estudo.
- Massey, D., Aitken, L. M., & Chaboyer, W. (2015). The impact of a nurse led rapid response system on adverse, major adverse events and activation of the medical emergency team. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(2), 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.11.005>
Razão para exclusão: ausência da população em estudo.
- Pattison, N. (2012). Critical care outreach: Capturing nurses' contributions. *Nursing in Critical Care*, 17(5), 227–230. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00516.x>
Razão para exclusão: ausência do conceito em estudo.
- Pusateri, M. E., Prior, M. M., & Kiely, S. C. (2011). The role of the non-ICU staff nurse on a medical emergency team: Perceptions and understanding. *The American journal of nursing*, 111(5), 22–29. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000398045.00299.64>
Razão para exclusão: ausência da população em estudo.
- Szczeklik, W., Fronczek, J., Górka, J., Banaszewska, A., Gałkin, P., Goździk, W., Kudliński, B., Kutaj-Wąsikowska, H., Polok, K., Włodarczyk, A., Nowina-Konopka, M., Wołk-Popielska, A., & Jaeschke, R. (2019). Introduction of rapid response teams in Poland. *Anaesthesiology Intensive Therapy/Anestezjologia, Intensywna Terapia*, 51(3), 178–185. <https://doi.org/10.5114/ait.2019.87647>
Razão para exclusão: ausência do conceito em estudo.

Twedell, D. (2008). Rapid response teams: A proactive critical care approach. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(11), 488–489.
<https://doi.org/10.3928/00220124-20081101-07>
Razão para exclusão: ausência do conceito em estudo.

Apêndice III - Instrumento de extração de dados (características do artigo e resultados)

Detalhes da *Scoping Review*:

Título da Revisão	Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipe de Emergência Intra-hospitalar: uma <i>Scoping Review</i>
Questões de revisão	Quais são as competências do enfermeiro da Equipe de Emergência Intra-hospitalar?
Metodologia (Mnemônica PCC)	Participantes: Enfermeiros que exercem funções nas EEIH.
	Conceito: Competências dos enfermeiros que exercem funções nas EEIH. Definiu-se competência por um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que [o enfermeiro] mobiliza em contexto de prática clínica” (Regulamento n.º 190/2015, 2015, p. 10087).
	Contexto: Intra-hospitalar.

Fonte: Elaboração dos autores.

Extração de características dos estudos e principais conclusões:

Estudo	Autor(es), Ano, País	Título	Tipo de estudo	Objetivo(s) do estudo
	Principais conclusões:			

Fonte: Elaboração dos autores.

Instrumento para a extração de resultados

Estudo	Autor, Ano País	Título

Domínios de competências	Descrição	Resultados extraídos
Avaliação e intervenção	Monitorização, colheita de dados (entrevista), exame físico e intervenções terapêuticas	
Comunicação	Componente oral (interação, escuta, anamnese, transmissão de informação a outros prestadores de cuidados e argumentação), escrita (anotações, escrita de relatórios, análise de documentos) e a utilização das tecnologias de informação (inserção de dados, pesquisas de fontes de conhecimento e interação com outros prestadores)	
Pensamento crítico	Utilização da evidência na prática clínica, integração de teoria na prática, resolução de problemas, tomada de decisão e investigação científica	
Relação e cuidado	Respeito cultural do outro, advogar pelo cliente, cuidados centrados no cliente, ética, privacidade e confidencialidade	
Ensino	Transmissão de informação, demonstração de cuidados, instrução de pares e supervisão clínica	

Gestão	Planeamento, delegação e coordenação do trabalho de outros, utilização de recursos humanos e materiais e trabalho em equipa	
Liderança	Colaboração, construção de alianças, assertividade, assunção de risco de forma informada, criação de alternativas, responsabilidade profissional e desenvolvimento contínuo	
Integração do conhecimento	Fundamentação dos cuidados no conhecimento e em padrões, utilização de fontes de conhecimento baseadas na evidência para a tomada de decisão e sintetização da informação	
Outras competências		

Fonte: Adaptado de Lenburg (1999) (citado por Lenburg et al., 2009).

Apêndice IV – Características dos estudos

	Autor(es), Ano, País	Título	Tipo de estudo	Objetivo(s) do estudo
E1	Weatherbur n & Greenwood, 2023 Austrália	<i>The role of the intensive care nurse in the medical emergency team: A constructivist grounded theory study</i>	<i>Grounded theory</i>	Descrever e explicar o papel do enfermeiro de cuidados intensivos na equipa de emergência médica de um hospital de nível terciário para desenvolver uma compreensão do papel do enfermeiro de cuidados intensivos, a forma como é executado e as responsabilidades no seio da equipa.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino, gestão, liderança e integração do conhecimento. Evidencia também a autoconfiança/confiança e a capacidade de reação rápida (“agir rapidamente”). Há referência a competências especializadas/avançadas.				
E2	Won & Kang, 2022 Coreia do Sul	<i>Development of a comprehensive model for the role of the rapid response team nurse</i>	<i>Experience- based co- design approach</i>	Desenvolver um modelo abrangente sobre o papel do enfermeiro da equipa de resposta rápida, utilizando uma abordagem baseada na experiência.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino, gestão, liderança e integração do conhecimento. Foram evidenciadas competências avançadas/prática avançada.				
E3	Yuan <i>et al.</i> , 2022 China	<i>Competency expectations of nurses in rapid response teams: An interview- based qualitative study.</i>	Estudo fenomenológico	Compreender as expectativas dos membros não enfermeiros da equipa de resposta rápida sobre as competências do enfermeiro desta equipa e fornecer uma base para a formação e avaliação pós-formação dos enfermeiros das equipas de resposta rápida.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, gestão e integração do conhecimento. Evidencia também a capacidade de manter a calma (“ser calmo”), a concentração (“imperturbável”) e a “capacidade de reação rápida”. Há evidência de competências avançadas.				
E4	Bunkenborg <i>et al.</i> , 2022 Dinamarca	<i>Balancing responsibilities, rewards and challenges: A qualitative study illuminating the complexity of being a rapid response team nurse</i>	Estudo fenomenológico	Explorar as perceções dos enfermeiros das equipas de resposta rápida sobre o que significa ser enfermeiro nesta equipa.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino, gestão e liderança. Evidencia				

também a autoconfiança/confiança e a capacidade de concentração. O enfermeiro é referido, por vezes, como especialista.

E5	Currey <i>et al.</i> , 2022 Austrália	<i>What nurses involved in a medical emergency teams consider the most vital areas of knowledge and skill when delivering care to the deteriorating ward patient: A nurse-oriented curriculum development project</i>	Estudo descritivo exploratório	Identificar e descrever o que os enfermeiros envolvidos na equipa de emergência médica consideram ser as áreas mais importantes do conhecimento e as competências quando prestam cuidados a um doente em deterioração na enfermaria.
----	--	---	--------------------------------	--

Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, liderança e integração do conhecimento. Evidencia também a capacidade de manter a calma (“ser calmo”), a concentração (“focado”) e o “sentido de humor”. Há referência ao conhecimento necessário para ser enfermeiro da EEIH estar além da Licenciatura em Enfermagem e a competências avançadas.

E6	Jackson, 2017 Reino Unido	<i>Rapid response teams: What’s the latest?</i>	Artigo de opinião	Analisar os membros da equipa de resposta rápida, as responsabilidades e os desafios comuns.
----	------------------------------	---	-------------------	--

Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, pensamento crítico, ensino e liderança. Algumas competências são referidas como especializadas.

E7	Salvatierra <i>et al.</i> , 2016 EUA	<i>Rapid response teams: Is it time to reframe the questions of rapid response team measurement?</i>	Revisão da literatura	Apresentar uma visão geral da história das equipas de resposta rápida nos Estados Unidos, rever pesquisas anteriores sobre a eficácia dessas equipas e propor a reformulação da avaliação da sua eficácia para compreendê-las no contexto da prática de enfermagem contemporânea, bem como, o seu resultado nos doentes.
----	---	--	-----------------------	--

Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da comunicação, ensino, liderança e integração do conhecimento.

E8	Topple <i>et al.</i> , 2016 Austrália	<i>Tasks completed by nursing members of a teaching hospital medical emergency team</i>	Estudo observacional prospetivo	Avaliar as tarefas desempenhadas pelos enfermeiros das equipas de emergência médica.
----	--	---	---------------------------------	--

Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, ensino, gestão e liderança. Evidencia também a autoconfiança/confiança.

E9	Santiano <i>et al.</i> , 2011 Austrália	<i>The impact of the medical emergency team on the resuscitation practice of critical care nurses</i>	Estudo etnográfico	Avaliar as atividades dos enfermeiros da equipa de emergência médica em diferentes hospitais.
----	--	---	--------------------	---

Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino e gestão.				
E10	Leach <i>et al.</i> , 2010 EUA	<i>How RNs rescue patients: A qualitative study of RNs' perceived involvement in rapid response teams</i>	<i>Grounded theory</i>	Investigar a forma como os enfermeiros socorrem os doentes em hospitais onde existem equipas de resposta rápida.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, ensino, liderança e integração do conhecimento. O enfermeiro é referido, por vezes, como especialista e as competências como especializadas (“ <i>expert</i> ” e “ <i>expertise</i> ”).				
E11	Matthew, 2010 Austrália	<i>Rescuing the deteriorating patient</i>	Relato de experiência	Descrição da criação e implementação da equipa de emergência médica liderada por enfermeiros, no hospital <i>Cabrini Brighton</i> , em agosto de 2009, baseada no Projeto de Declaração de Consenso sobre os elementos essenciais para reconhecer e responder à deterioração clínica.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito do pensamento crítico e integração do conhecimento.				
E12	Jamieson <i>et al.</i> , 2008 EUA	<i>Medical emergency team implementation: Experiences of a mentor hospital</i>	Relato de experiência	Descrição da implementação de uma equipa de emergência médica no hospital <i>Sisters of St. Joseph Community</i> .
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, gestão e integração do conhecimento.				
E13	Scholle & Mininni, 2006 EUA	<i>How a rapid response team saves lives: Learn why bedside nurses are embracing this lifesaving innovation</i>	Relato de experiência	Descrição do funcionamento do sistema de resposta rápida no hospital <i>University of Pittsburgh Medical Center Presbyterian</i> .
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação e integração do conhecimento.				
E14	Repasky & Pfeil, 2005 EUA	<i>Experienced critical care nurse-led response teams rescue patients on in-patient units</i>	Relato de experiência	Descrição da criação e implementação da equipa de emergência médica no hospital <i>Tallahassee Memorial</i> , em 2003.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, ensino, gestão e liderança. É feita referência à prestação de cuidados avançados pelo enfermeiro da EEIH.				

Apêndice V - Apresentação em *PowerPoint* “Equipa de Emergência Intra-Hospitalar:
Intervenções Específicas do Enfermeiro”



Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Intervenções Específicas do Enfermeiro

Mestrando: Nuno Moniz
Enfermeira orientadora: ML
Sob orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Ponta Delgada, 18 de outubro de 2023

OBJETIVOS

Geral:

- Contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, no âmbito das intervenções específicas do enfermeiro especialista na equipa de emergência médica intra-hospitalar.

Específicos:

- Contextualização historicamente a Equipa de Emergência Intra-hospitalar;
- Enumerar as intervenções específicas do enfermeiro na Equipa de Emergência Intra-Hospitalar;
- Referir as competências dos enfermeiros da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.

CONTEXTUALIZAÇÃO



Conceito de Equipa de Resposta Rápida surge pela primeira vez em 1990 na Austrália por médicos de Cuidados Intensivos.



Estratégia de intervenção precoce para EVITAR:

PCR
Admissões não planeadas em UCI
Mortes inesperadas



Mudança no pensamento:

Atuar na ressuscitação cardiorrespiratória → prevenir eventos críticos.

CONTEXTO PORTUGUÊS

- Criação e implementação determinadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) em 2010 com o intuito de reduzir a mortalidade/morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo.

(Despacho n.º 9639/2018, 2018)

- Designadas de Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH).
- Constituídas por médico e enfermeiro e lideradas pelo médico.

QUAIS AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DAS EEMIH?

Pesquisa nas bases de dados: Competências do Enfermeiro da EEIH



ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

QUANTO MAIS PRECOCE FOR A INTERVENÇÃO, MENOS COMPLEXOS SERÃO OS CUIDADOS NECESSÁRIOS, O QUE POSSIBILITA UM RESULTADO MAIS EFICAZ.

Avaliação rápida
Resposta atempada e adequada
Prevenção de complicações/eventos adversos

(Weatherburn & Greenwood, 2023)
(Cardo, 2016)



Permeabilizar a via aérea

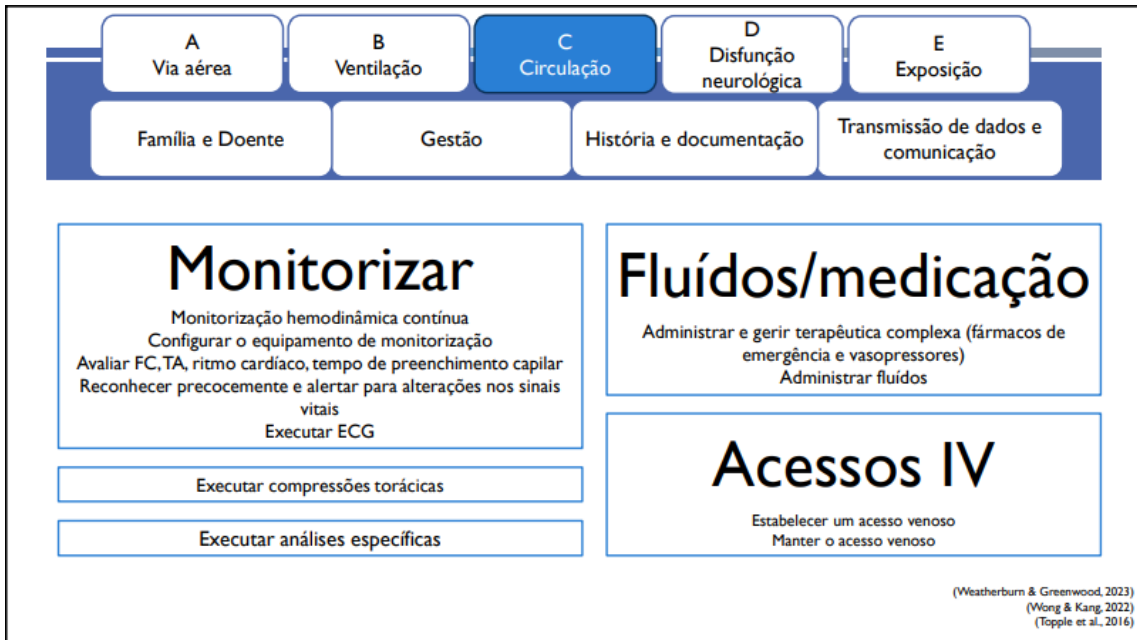
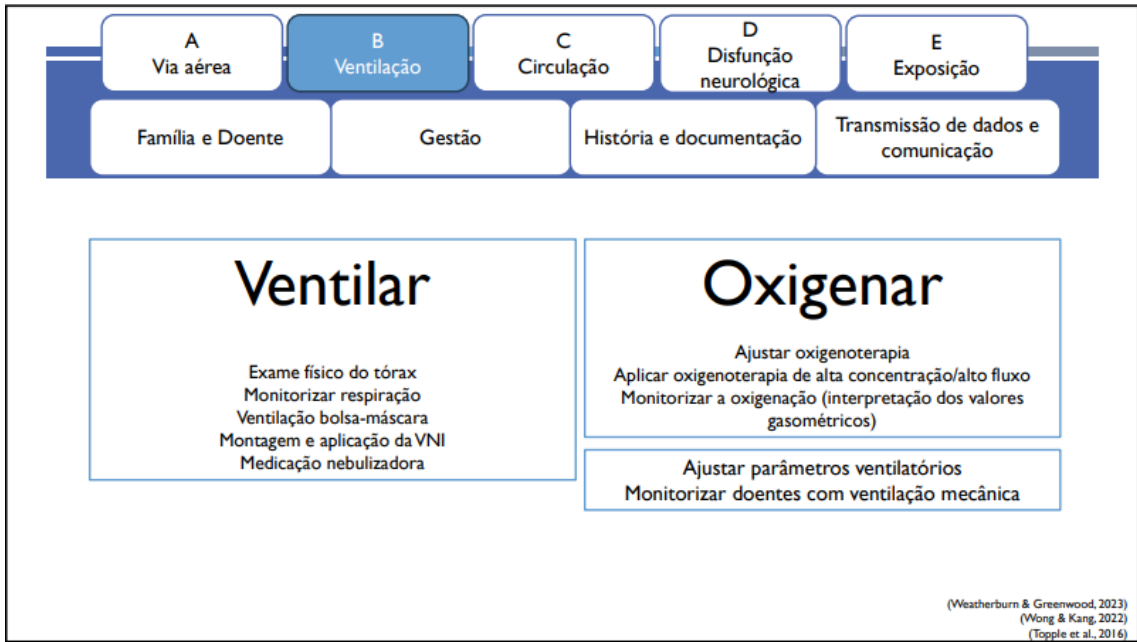
Aspiração
Uso de coadjuvantes da VA
Elevação do mento/subluxação da mandíbula
Aplicação de pressão cricoide

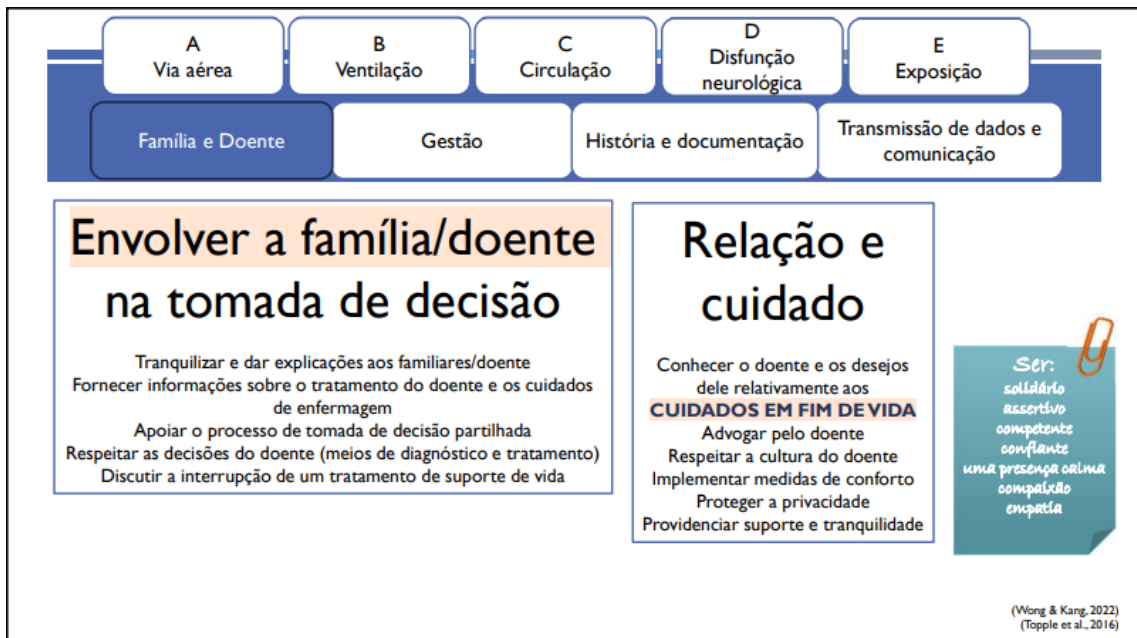
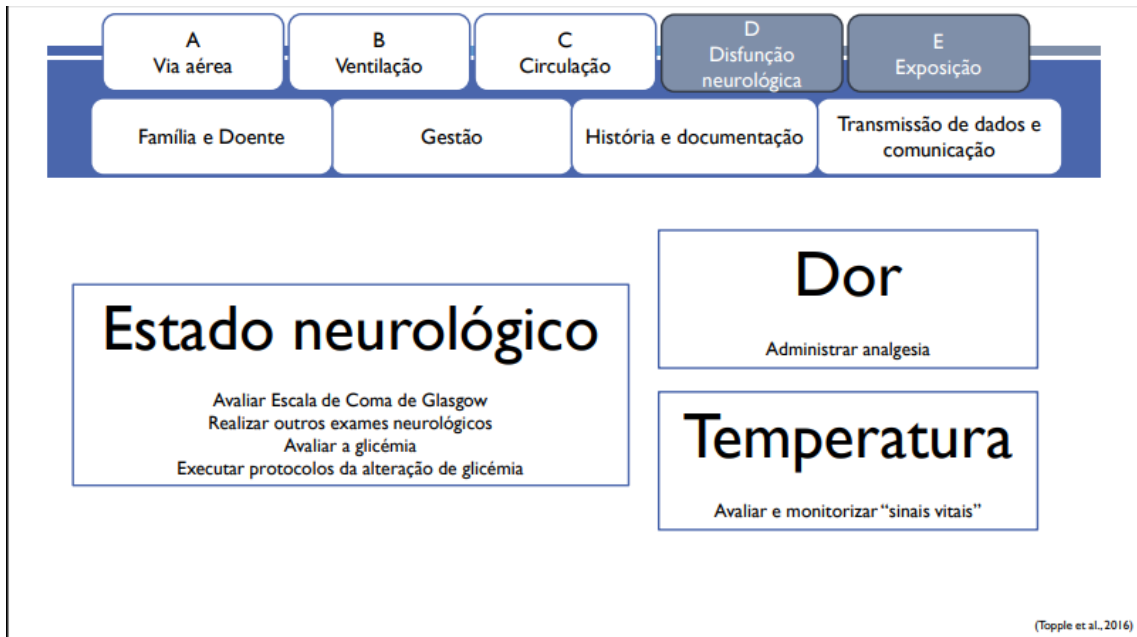
(Weatherburn & Greenwood, 2023)
(Topple et al., 2016)

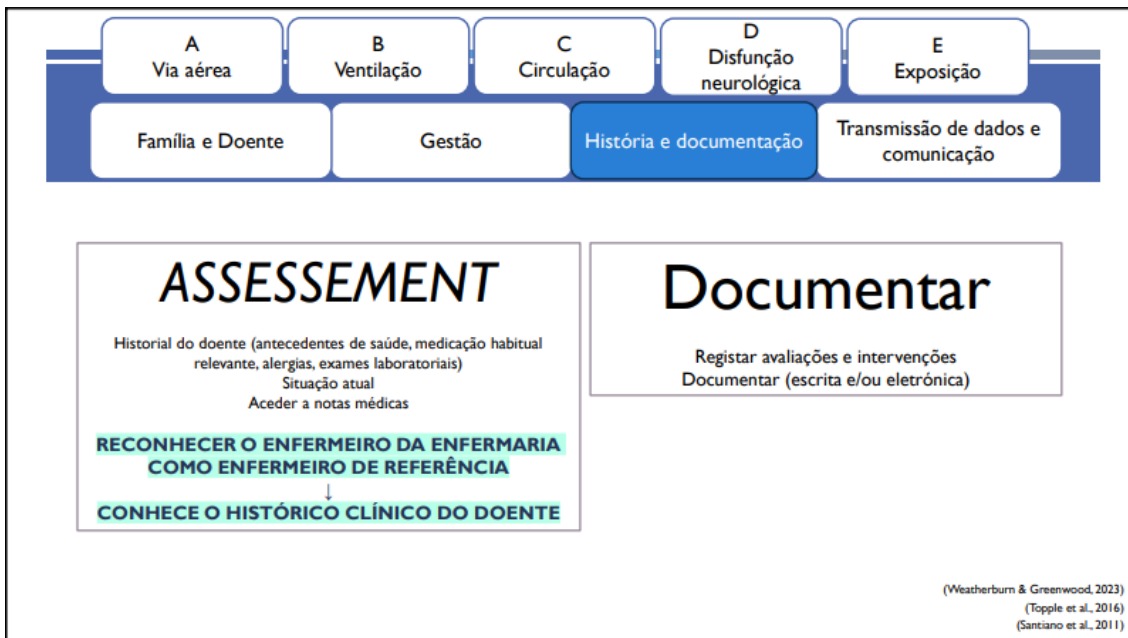
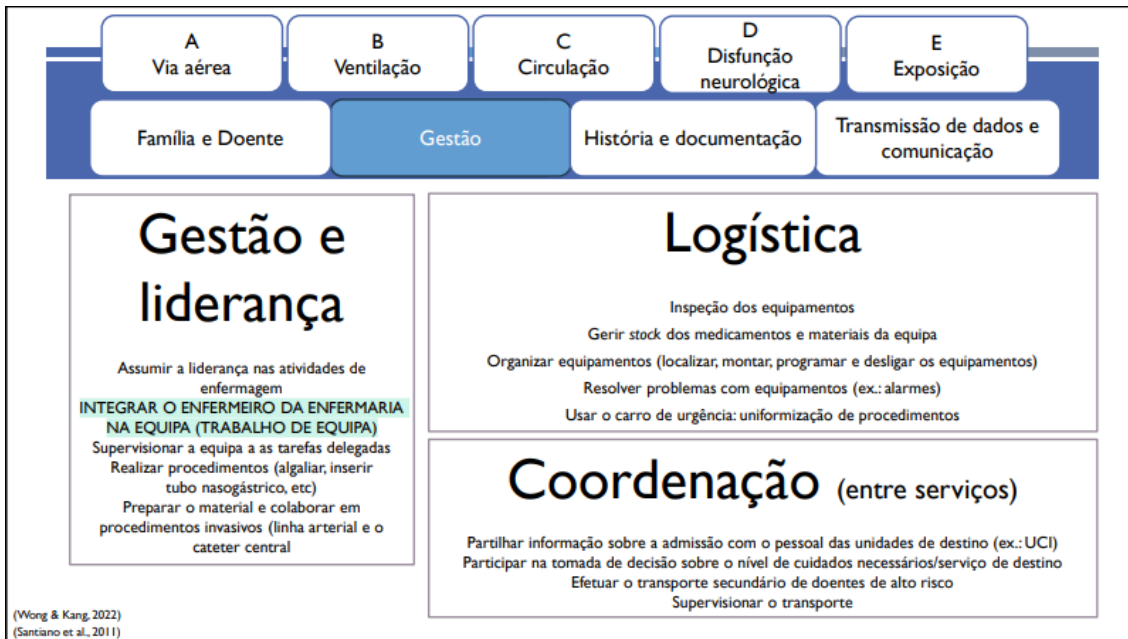
Assistir na entubação orotraqueal

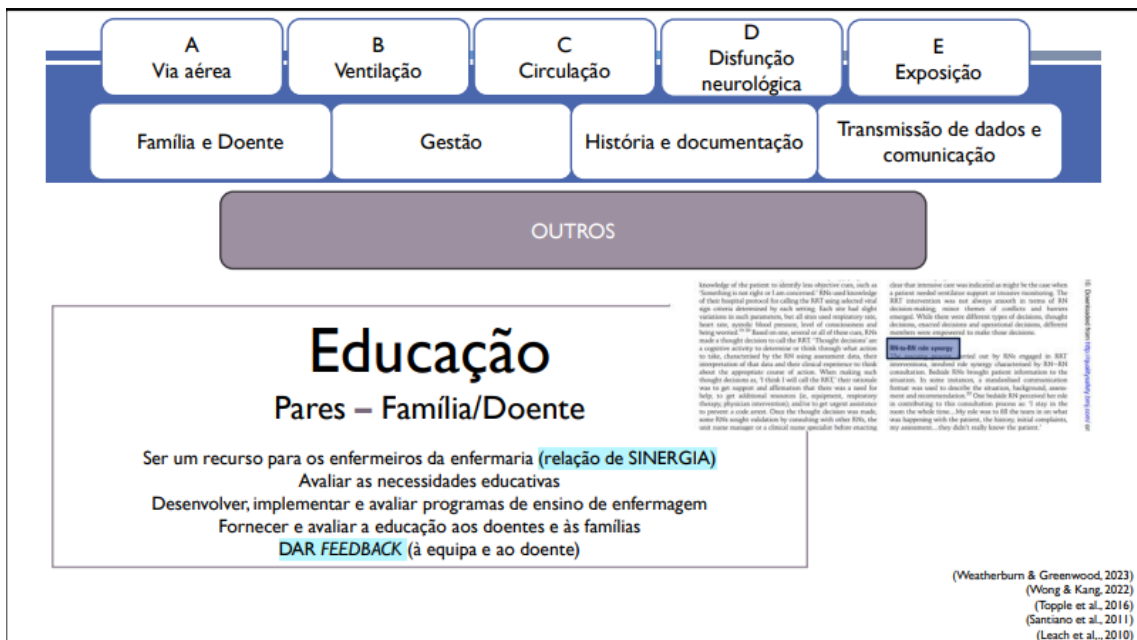
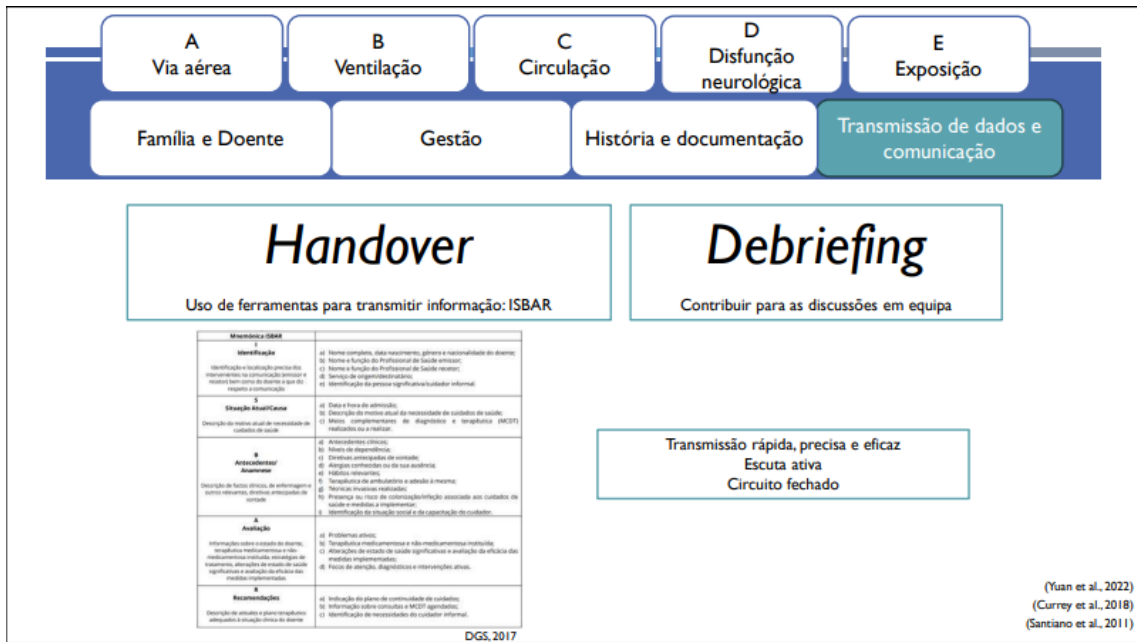
Preparar o material para entubação e o ventilador
Monitorizar a posição do tubo orotraqueal
Monitorizar as complicações da entubação

(Wong & Kang, 2022)
(Topple et al., 2016)









CONCLUSÃO



INTEGRAÇÃO DO CONHECIMENTO e PENSAMENTO CRÍTICO:

Prática baseada na evidência, conhecimento, interpretação e tomada de decisão.

EDUCAÇÃO:

Demonstração de cuidados, instrução de pares e supervisão clínica.

RELAÇÃO e CUIDADO:

Respeito cultural pelo outro, advogar pelo cliente, ética, privacidade e confidencialidade.

COMUNICAÇÃO:

Componente oral, escrita e utilização de tecnologias de informação.

GESTÃO e LIDERANÇA:

Planeamento, delegação e coordenação, colaboração e responsabilidade profissional.

AVALIAÇÃO e INTERVENÇÃO:

Monitorização, colheita de dados, exame físico e intervenções terapêuticas.

PESSOAIS:

Traços de personalidade.

Lenburg et al., 2009

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardo, M. J. (2017). *Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Análise das ativações e da perceção da sua importância pelos enfermeiros*. Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 198/2018, Série II, 27533 (2018). <https://files.dre.pt/2s/2018/10/198000000/2753327534.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Norma no 001/2017—Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (001)*.
- Leach, L. S., Mayo, A., & O'Rourke, M. (2010). How RNs rescue patients: A qualitative study of RNs' perceived involvement in rapid response teams. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), e13–e13. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030494>
- Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). A Comprehensive Framework Designed to Promote Quality Care and Competence for Patient Safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5).
- Topple, M., Ryan, B., Baldwin, I., McKay, R., Blythe, D., Rogan, J., Radford, S., & Jones, D. (2016). Tasks completed by nursing members of a teaching hospital Medical Emergency Team. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.008>
- Weatherburn, C., & Greenwood, M. (2023). The role of the intensive care nurse in the medical emergency team: A constructivist grounded theory study. *Australian Critical Care*, 36(1), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.12.003>
- Won, Y.-H., & Kang, J. (2022). Development of a comprehensive model for the role of the rapid response team nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103136>
- Yuan, X., Wan, S., Chen, Y., & Qin, W. (2022). Competency expectations of nurses in rapid response teams: An interview-based qualitative study. *Annals of Palliative Medicine*, 11(6), 2043–2049. <https://doi.org/10.21037/apm-22-566>

Apêndice VI - Plano de ação da sessão de formação no contexto de Serviço de Urgência

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO
PLANO DE AÇÃO**

Serviço	Serviço de Urgência
----------------	---------------------

Ação de Formação	Equipa de Emergência Intra-hospitalar: Intervenções específicas do Enfermeiro	Data	18/10/2023
-------------------------	--	-------------	------------

Objetivos	Conteúdos	Preletores	Metodologia	Material de apoio	Avaliação
<p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, no âmbito das intervenções específicas do enfermeiro especialista na equipa de emergência médica intra-hospitalar. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever, brevemente, a evolução histórica da Equipa de Emergência Intra-hospitalar; • Enumerar as intervenções específicas do enfermeiro na Equipa de Emergência Intra-Hospitalar; • Descrever as competências dos enfermeiros da Equipa de Emergência Intra-hospitalar. 	<p>Equipa de Emergência Intra-hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contextualização; • Intervenções específicas do enfermeiro da equipa; • Competências do enfermeiros da equipa. 	Nuno Moniz	Expositiva/ Participativa	Computador Projetor de imagem	Formativa

Apêndice VII - Folha de divulgação da sessão de formação no contexto de Serviço de Urgência

FORMAÇÃO EM SERVIÇO
FOLHA DE PUBLICITAÇÃO

Ação de Formação	Equipa de Emergência Intra-hospitalar: Intervenções específicas do Enfermeiro	Data	18/10/2023
Local	Sala de formação 5, Piso 2	Horário	15h00

Preletores	Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa: - Nuno Moniz Enfermeiros orientadores do Serviço de Urgência: - Enfermeira ML
Destinatários	Enfermeiros da Equipa do Serviço de Urgência

Objetivos	<p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, no âmbito das intervenções específicas do enfermeiro especialista na equipa de emergência médica intra-hospitalar. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever, brevemente, a evolução histórica da Equipa de Emergência Intra-hospitalar; • Enumerar as intervenções específicas do enfermeiro na Equipa de Emergência Intra-Hospitalar; • Descrever as competências dos enfermeiros da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.
Metodologia	Expositiva-Participativa
Meios Auxiliares Pedagógicos	Computador Projetor Apresentação com recurso ao <i>Microsoft PowerPoint®</i>

Apêndice VIII - Apresentação em *PowerPoint* “*Debriefing*: Equipe de enfermagem de Suporte Imediato de Vida”

Debriefing

Equipa de enfermagem
de Suporte Imediato de
Vida (SIV)



Objetivo geral

Compreender o processo *debriefing*.

Objetivos específicos

- ❖ Consolidar conhecimentos acerca do *debriefing*;
- ❖ Perceber quais os aspetos a ter em consideração na realização do *debriefing*;
- ❖ Refletir sobre as barreiras limitadoras à realização do *debriefing*;
- ❖ Conhecer a estrutura básica do *debriefing*.

Conceito: *debriefing*

01

Reflexão em grupo guiada, com **partilha de experiências** entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, com vista a melhorar a sua performance.

(Dufrene e Young, 2014)

02

Discussão sobre as ações realizadas e uma **reflexão** sobre os processos, após um evento, no sentido de **melhorar o desempenho** dos indivíduos.

(Mullan et al., 2014)

03

Forma estruturada de conduzir os formandos na **reflexão** sobre a ação, ajudando a consolidar saberes e a **mudar comportamentos errados**.

(Countinho et al., 2014)



Objetivos do *debriefing*

- ❖ Melhorar os cuidados
- ❖ Incentivar a equipa a utilizar protocolos atualizados
- ❖ Prevenção de situações de stress pós-traumático
- ❖ Facilitar a discussão sobre as ações
- ❖ Encorajar a reflexão



Debriefing

Poderosa ferramenta educacional, de modo a modificar o desempenho da equipa e desta forma influenciar positivamente os cuidados prestados aos doentes.

(Kessler et al., 2015)

Aspetos a ter em conta no debriefing

Porquê?	O quê?	Quem?	Como?	Quando?	Onde?
<p>Identificar o que correu bem</p> <p>Aspetos a melhorar na <i>performance</i> da equipa</p> <p>(Não dar espaço a lamentações)</p>	<p>As situações devem ter em conta as necessidades/prioridades do serviço e da equipa</p> <p>Não apenas as situações de desempenho técnico, mas também as relacionais interpessoais</p>	<p>Deve-se encorajar todos os membros da equipa que participaram no evento crítico</p> <p>Pode-se considerar a presença de pessoas externas ao evento, de modo a troca de experiências</p> <p>(A liderança é de extrema importância)</p>	<p>Atmosfera amigável</p> <p>Aberta a questões</p> <p>Diálogo honesto</p>	<p>"quente" – realizada imediatamente após a situação</p> <p>"morno" – algumas horas após a situação</p> <p>"frio" – dias ou semanas depois do evento</p>	<p>Local mais adequado, decidido em equipa</p>

(kessler et al., 2015)

Barreiras à realização do *debriefing*:

- ❖ Falta de pessoas treinadas para liderar este tipo de sessões
- ❖ Falta de tempo
- ❖ Medo de ser criticado
- ❖ Fatores culturais, como a falta de interesse de alguns profissionais
- ❖ Descrença de que o *debriefing* possa ser benéfico para os cuidados prestados

Métodos usados no *debriefing*:

- ◆ Visualização de vídeo do incidente e análise do mesmo
- ◆ Momento de silêncio (15-20 segundos) antes do *debriefing*
- ◆ Reflexões pessoais estruturadas
- ◆ *Debriefings* individuais
- ◆ Discussão em equipa
- ◆ Entre outros...



Guião debriefing: sugestão (com base na Estrutura Básica do Debriefing)



(Bagorrihla, 2020).

Contexto pré-hospitalar

- ◆ Confere significativos **desafios** e os enfermeiros dirigem a sua atuação e **tomada de decisão** tendo em conta os protocolos SIV.
- ◆ Responsabilidade pela **gestão** dos distintos intervenientes que prestam assistência.
- ◆ Pessoas assistidas no pré-hospitalar **confiam no enfermeiro** quer a garantia da sua sobrevivência, como a todos os cuidados prestados.
- ◆ **Líder de equipa** diferenciado com a responsabilidade da manutenção operacional do meio, (...) a elaboração de registos, podendo delegar algumas tarefas se adequado.
- ◆ Trabalho do enfermeiro SIV é **multifacetado, imprevisível**, muitas vezes o único a tomar decisões, **abrange todo o ciclo vital, contextos desconhecidos** (condições completamente complicadas, sem espaço nenhum de trabalho nem de manobra) com elevadas **exigências emocionais**.

(Tavares, 2012)

Identificação de riscos em cada etapa do processo:



Momentos de melhoria da *performance* da equipa

(Esteves, 2022)





Referências bibliográficas

- Bagorriha, T. M. O. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico (Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre).
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A. & Pereira, M. F. C. R. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41-50.
- Dufrene, C. & Young, A. (2014). Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. *Nursing Education Today*, 34, 372-376.
- Esteves, A. C. S. (2022). A Gestão do Risco no Pré-Hospitalar (Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho).
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
- Mullan, P. C., Kessler, D. O. & Cheng, A. (2014). Educational Opportunities With Postevent Debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334.
- Tavares, C. G. (2012). Exercício de Enfermagem Pré-hospitalar: Esforço Contínuo de Afirmação Profissional (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Apêndice IX - Plano de ação da sessão de formação no contexto SIV

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO
PLANO DE AÇÃO**

Serviço	Equipa Suporte Imediato de Vida (SIV)
----------------	---------------------------------------

Ação de Formação	<i>Debriefing</i> da Equipa de Enfermagem Suporte Imediato de Vida (SIV)	Data	29/11/2023
-------------------------	--	-------------	------------

Objetivos	Conteúdos	Preletores	Metodologia	Material de apoio	Avaliação
<p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar, no âmbito da sessão <i>debriefing</i> da equipa SIV. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever, de forma breve, o que é o <i>debriefing</i> e a sua estrutura básica; • Apresentar e discutir em equipa sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vantagens do <i>debriefing</i>; ▪ Barreiras limitadoras à realização do <i>debriefing</i>; • Partilhar e refletir em grupo acerca de experiências e os cuidados prestados, com vista a melhorar a performance dos profissionais. 	<p>Equipa de Suporte Imediato Vida (SIV):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceito: <i>Debriefing</i>; • Objetivos do <i>debriefing</i>; • Aspetos a ter em conta no <i>debriefing</i>; • Barreiras à realização do <i>debriefing</i>; • Métodos usados no <i>debriefing</i>; • Estrutura básica do <i>debriefing</i>; • Discussão em equipa sobre experiências e os cuidados prestados. 	Nuno Moniz	Expositiva/ Participativa Discussão orientada	Computador Projetor de imagem	Formativa

Apêndice X - Folha de divulgação da sessão de formação no contexto SIV

FORMAÇÃO EM SERVIÇO
FOLHA DE PUBLICITAÇÃO

Ação de Formação	<i>Debriefing</i> da Equipa de Enfermagem Suporte Imediato de Vida (SIV)	Data	29/11/2023
Local	Sala de formação do SU	Horário	15h00

Preletores	<p>Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa:</p> <p>- Nuno Moniz</p> <p>Enfermeiros orientadores do Serviço de Urgência:</p> <p>- Enfermeira ML</p>
Destinatários	Equipa de Enfermagem Suporte Imediato de Vida (SIV)

Objetivos	<p>Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar, no âmbito da sessão <i>debriefing</i> da equipa SIV. <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever, de forma breve, o que é o <i>debriefing</i> e a sua estrutura básica; • Apresentar e discutir em equipa sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vantagens do <i>debriefing</i>; ▪ Barreiras limitadoras à realização do <i>debriefing</i>; • Partilhar e refletir em grupo acerca de experiências e os cuidados prestados, com vista a melhorar a performance dos profissionais.
Metodologia	Expositiva-Participativa Discussão em grupo
Meios Auxiliares Pedagógicos	Computador Projector Apresentação com recurso ao <i>Microsoft PowerPoint®</i>

ANEXOS

Anexo I – I Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência: certificado de participação e programa


I Jornadas
de Enfermagem
Serviço de Urgência
do HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

Certificado de

PARTICIPAÇÃO

CERTIFICAMOS QUE:

Nuno Miguel Ferreira Moniz

PARTICIPOU NAS I JORNADAS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA,
QUE DECORRERAM NO DIA 3 DE NOVEMBRO DE 2023 NO HOSPITAL DO DIVINO
ESPIRITO SANTO DE PONTA DELGADA EPER.



Comissão Organizadora





I Jornadas de Enfermagem

Serviço de Urgência
do HOSPITAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

Programa

8h30 - Abertura do Secretariado

9h00 - MESA 1

Qualidade e Segurança no Serviço de Urgência

Moderador: Enf^o João Mendonça

- **Dotações Seguras**
Representante da OE
- **Comunicação Eficaz na Transferência de Informação entre Equipa-ISBAR**
Enf^a Sara Aragão
- **Cuidados Omissos no Serviço de Urgência**
Enf^o Mauro Coelho

10h30 - Sessão Solene de Abertura

11h00 - Coffee Break

11h30 - MESA 2

Catástrofe: Aprender com as Experiências

Moderador: Enf^a Eunice Pires

- **Operacionalidade da Proteção Civil em São Jorge**
Brigadeiro General Eduardo Faria
- **Missão São Jorge USISJ**
Enf^o João Anastácio
- **Missão São Jorge HDES**
Enf^o Carlos Santos
Enf^o Dante Couto
- **Aprender com a Catástrofe Natural de La Palma**
Enf^o Domingo Garcia

13h30 - Almoço Livre

14h30 - MESA 3

Percursos até ao Serviço de Urgência - Desafios

Moderador: Enf^a Filipa Paíga

- **11 anos de Suporte Imediato na R. A. dos Açores**
Dr^o Luis Cabral
- **Realidade do Extra-Hospitalar na R. A. da Madeira**
Enf^o Vitor Correia
- **Realidade do Extra-Hospitalar C. H. Tâmega e Sousa**
Enf^o Pedro Luis Ferreira

16h00 - Coffee Break

16h30 - MESA 4

HOT POINTS

Moderador: Enf^o Luís Ferreira

- **Maus-Tratos no Serviço de Urgência dos Açores**
Enf^a Marisa Pastor
- **Perfil do Utilizador do Serviço de Urgência do HDES**
Enf^a Alexandra Medeiros
Enf^o Luís Picanço
- **Intervenção Não Farmacológica na Gestão da Dor Aguda**
Enf^a Márcia Silva
- **Abordagem Paliativa no Serviço de Urgência**
Enf^o Marco Mendonça

18h00 - Sessão de Encerramento

3 de Novembro 2023
Auditorio HDES