



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**UMA TRAJETÓRIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

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

José Luís da Costa Miranda

Porto, junho 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**UMA TRAJETÓRIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**A TRAJECTORY OF SPECIALISED COMPETENCE
DEVELOPMENT IN NURSING CARE FOR THE CRITICALLY ILL
PERSON**

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

Por: José Luís da Costa Miranda

Sob orientação de: Prof^o Doutor Vasco Silva Neves

Porto, junho 2025

RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", integrada no 17.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, promovido pela Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. O estágio decorreu entre 2/09/2024 e 26/03/2025. Este documento retrata o percurso formativo ao longo da unidade curricular, destacando o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências do Enfermeiro Especialista e o seu impacto na prática clínica. Adotou-se uma metodologia descritiva e reflexiva, com análise crítica da prática, dos objetivos e das atividades realizadas.

Este relatório está organizado em três partes, sendo a primeira dedicada à caracterização dos contextos de estágio — SMIP e INEM (Ambulância SIV) — e à relevância da experiência profissional prévia na consolidação de competências no cuidado à pessoa em situação crítica. A segunda traduz a sustentação teórica do processo de desenvolvimento de competências tendo por base as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros, sendo estas abordadas de forma articulada e contextualizada.

Através de uma abordagem reflexiva e baseada na melhor evidência, foram implementadas intervenções centradas na humanização dos cuidados e na segurança do doente. Destacam-se a revisão da literatura sobre o diário do doente como prevenção do SPICI e a análise das competências não técnicas em contexto extra-hospitalar. Este percurso consolidou competências especializadas, promoveu práticas baseadas na evidência e reforçou o papel do enfermeiro especialista como agente de mudança. A conclusão reflete a evolução na aquisição de conhecimentos e competências em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Desenvolvimento de Competências; Pessoa em situação crítica; Diário do doente; Competências não técnicas; Prática baseada na evidência;

ABSTRACT

This report was prepared as part of the 'Final Internship and Report' course unit, which is part of the 17th Master's Degree in Nursing with a Specialisation in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Critical Conditions, promoted by the Nursing School (Porto) of Universidade Católica Portuguesa. The internship took place between 2 September 2024 and 26 March 2025. This document describes the training process throughout the course unit, highlighting the process of acquiring, developing and consolidating the skills of the Specialist Nurse and their impact on clinical practice. A descriptive and reflective methodology was adopted, with a critical analysis of the practice, objectives and activities carried out.

This report is organised into three parts, the first of which is dedicated to the characterisation of the internship contexts — SMIP and INEM (SIV Ambulance) — and the relevance of previous professional experience in consolidating skills in caring for people in critical situations. The second part reflects the theoretical basis of the skills development process based on the common and specific skills of the specialist nurse, as established by the Order of Nurses, which are addressed in an articulated and contextualised manner.

Through a reflective approach based on the best evidence, interventions focused on the humanisation of care and patient safety were implemented. Of particular note are the review of the literature on the patient diary as a means of preventing SPICI and the analysis of non-technical skills in a pre-hospital context. This process consolidated specialised skills, promoted evidence-based practices and reinforced the role of the specialist nurse as an agent of change. The conclusion reflects the evolution in the acquisition of knowledge and skills in nursing.

Keywords: Specialist Nurse; Skills Development; Person in critical condition; Patient diary; Non-technical skills; Evidence-based practice;

**"A prática de enfermagem exige não apenas mãos que cuidam, mas também
uma mente que pensa e um coração que sente."**

— Patrícia Benner

AGRADECIMENTOS

Neste espaço é meu objetivo expressar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e me ajudaram a torná-lo possível.

Em primeiro lugar, expresso a minha profunda gratidão ao Sr. Professor Doutor Vasco Neves pela excelente orientação e preciosa ajuda, pela capacidade motivacional, na disponibilidade demonstrada na orientação dos Estágios e dos respetivos Relatórios. Aos Enfermeiros tutores de Estágio, Enfermeiro J.P.M. da SIV que sempre me estimulou e me proporcionou experiências do extra-hospitalar num contexto diferente ao que estava habituado e à Sra. Enf.^a A.M. do SMIP pelos ensinamentos e experiências com o doente crítico e com os conhecimentos da prática clínica em cuidados intensivos que me transmitiu.

De igual modo, a todos os Enfermeiros, Técnicos de Ambulâncias de Emergência Extra-hospitalar (TEPHs), Médicos e auxiliares de ação médica que colaboraram e facilitaram a minha integração e processo de aquisição de conhecimentos. Um agradecimento especial a todos os Doentes e Famílias que tornaram o Estágio uma fonte de conhecimento frutuosa ao partilharem momentos de crise, problemas de saúde, medos e momentos de luto da sua vida privada.

Expresso aqui também a minha sincera gratidão e forte amizade para com as minhas colegas de curso e de Serviço, C.C., F.S. e S.S. por toda a ajuda, companheirismo, momentos de partilha e pelas inúmeras palavras de incentivo, desafio e apoio que me deram. Foi sem dúvida alguma uma etapa da minha vida que jamais esquecerei.

Por fim, ao apoio incondicional da minha companheira, aos meus filhos e à minha Mãe que suportaram a pouca e/ou rara disponibilidade para com eles e me apoiaram e incentivaram no desenvolvimento deste projeto pessoal e profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AEM- Ambulância Emergência Médica
APA - American Psychological Association
BPS - Behavioral Pain Scale
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CPCIRA - Comissão de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
CCI- Comissão de controlo da infeção
CNT – Competências não técnicas
CVC – Cateter Venoso Central
DAE- Desfibrilhação automática externa
DeCS- Descritores em ciências da saúde
DNR – Decisão de Não Reanimar
DGS- Direção Geral da Saúde
EE -Enfermeiro Especialista
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPH- Emergência Extra-hospitalar
IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICU – Intensive Care Unit
IH – Intra-Hospitalar
ICN – Internacional Council of Nursing
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
JBI – Joanna Briggs Institute
MeSH -Medical Subject Headings
NAS- Nursing Activity Score
OE -Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial da Saúde
PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica
RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*
REPE – Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem
SIV- Suporte Imediato de Vida
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPICI – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV- Suporte Básico de Vida
SU – Serviço Urgência
TEPH – Técnico de Emergência Extra-hospitalar
TIH – Transporte intra-hospitalar
TSPT- Transtorno de stress pós-traumático
UC – Unidade Curricular
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
UCP – Universidade Católica Portuguesa
ULS – Unidade Local de Saúde
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	17
1.1. Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.....	17
1.2. INEM – Ambulância SIV	21
2.CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	23
2.1 DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	24
2.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	25
2.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	31
2.1.3 Competências do domínio da Gestão de Cuidados	42
2.1.4 Competência do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	47
3.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PSC	52
3.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	53
3.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe.....	64
3.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos.....	67
4. CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE 1	86
Importância do Diário no Doente sedado em Serviços de Medicina Intensiva na prevenção do desenvolvimento do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos	
APÊNDICE 2	122
Competências não técnicas mais relevantes na intervenção do enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida	
APÊNDICE 3	173

Competência não técnicas na intervenção do enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida	
APÊNDICE 4	187
POSTER - A importância do Diário no Doente sedado em SMI na prevenção do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos	
ANEXOS	189
ANEXO 1.....	190
II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM – certificado de participação	
ANEXO 2.....	192
II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM – certificado de organização	
ANEXO 3.....	194
II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM – certificado de moderador	
ANEXO 4.....	196
IV Congresso Internacional Critical Care: CESPÚ'24	
ANEXO 5.....	198
VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar	
ANEXO 6.....	200
2º Seminário do Doente Crítico	
ANEXO 7.....	202
ICE – Internacional Congress on Emergency	

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, do 17.º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e pretende descrever o meu percurso nos estágios no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório que desenvolvi num Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital do Norte de Portugal (02/09/2024 a 23/11/2024), e num meio do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais concretamente numa Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) alocada a um Hospital do Norte de Portugal (02/01/2025 a 26/03/2025).

A minha motivação para a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), surgiu da necessidade de consolidar e aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo de mais de três décadas de exercício profissional em contexto de Serviço de Urgência (SU) e de 17 anos de exercício no Extra-hospitalar na VMER, com o objetivo de me tornar um profissional melhor e com mais competências, no sentido de promover cuidados de enfermagem seguros e de excelência dirigidos ao doente em estado crítico e à sua família. A formação especializada em enfermagem contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, especialmente em contextos de elevada complexidade clínica, onde a tomada de decisão rápida e fundamentada é crucial (Ordem dos Enfermeiros, 2023; Sampaio et al., 2020).

Com 33 anos de experiência no Serviço de Urgência (SU), obtive a creditação do Estágio da Unidade Curricular à Pessoa em situação crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica, através de um relatório que evidenciou o desenvolvimento contínuo de competências clínicas. Apoiada na teoria de Benner (1984), que valoriza a experiência como fonte legítima de conhecimento, destaquei a

progressão até ao nível de “enfermeiro perito”, alcançada pela exposição a contextos complexos e formação complementar em emergência. O Serviço de urgência (SU) foi um espaço-chave para o crescimento técnico, relacional e ético, exigindo sensibilidade clínica, empatia e capacidade de decisão em cenários críticos. Esta vivência consolidou competências essenciais ao exercício como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo reconhecida como estruturante na acreditação da unidade curricular centrada na Pessoa em Situação Crítica.

A seleção dos contextos de estágio resultou de um processo de reflexão ponderada, sustentado na análise crítica das diferentes opções disponíveis. Optei por locais que, à luz das minhas expectativas e objetivos formativos, considerei mais adequados para potenciar o desenvolvimento de competências em múltiplas dimensões – pessoal, profissional e académica. Acreditava que estes contextos representariam um estímulo motivacional importante ao longo do percurso formativo. Esta convicção foi confirmada pela riqueza das experiências vivenciadas, pelas oportunidades de aprendizagem proporcionadas e pelo impacto significativo que tiveram na construção do presente relatório. O desenvolvimento de competências avançadas exige ambientes clínicos estimulantes e supervisionados, onde o enfermeiro possa refletir sobre a prática, integrar saberes e desenvolver raciocínio clínico especializado (Silva et al., 2021).

Para a concretização desta unidade curricular, foi delineado inicialmente um projeto de estágio sustentado nas competências do enfermeiro especialista (EE), conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019, bem como nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, definidas no Regulamento n.º 429/2018, ambos da Ordem dos Enfermeiros. Estes referenciais normativos orientaram a definição dos objetivos que guiaram todo o percurso formativo.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório baseia-se no método descritivo e crítico-reflexivo, uma vez que será feita uma exposição das atividades realizadas ao longo dos estágios, recorrendo paralelamente à análise crítica e reflexiva sobre a minha prática e sobre situações que, de algum modo, foram mais marcantes neste percurso, como um meio facilitador para a tomada de

consciência das minhas capacidades. A reflexão crítica é uma estratégia essencial para transformar a experiência em conhecimento, sendo fundamental no processo de supervisão clínica e no desenvolvimento das competências do enfermeiro. (Mendes, A. J. D., 2019)

Estruturalmente, o presente relatório inicia-se com uma introdução onde se procede ao enquadramento e contextualização da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, apresentando-se a fundamentação das escolhas realizadas ao longo do percurso formativo.

Posteriormente, é realizada a caracterização dos dois contextos de estágio — nomeadamente o Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e o contexto de Emergência Extra-hospitalar — com o intuito de contextualizar as experiências formativas desenvolvidas e enquadrar o processo de aquisição de competências em ambiente de prática especializada. No capítulo seguinte, descreve-se o percurso formativo orientado para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, através da análise crítica das atividades realizadas e do alinhamento com os objetivos definidos no Projeto de Estágio. Este capítulo é guiado pelas experiências vivenciadas ao longo do curso, pelas oportunidades de aprendizagem e por momentos de reflexão que contribuíram não só para o *continuum* da aprendizagem profissional, mas também para o enriquecimento a nível pessoal.

Por fim, na conclusão é efetuada uma síntese final que resume o desenvolvimento profissional à luz das competências do cuidado especializado à PSC, abordando ainda as dificuldades enfrentadas e as perspetivas para o futuro profissional. Os trabalhos desenvolvidos no âmbito desta Unidade Curricular são apresentados em apêndice, complementando o conteúdo teórico e reflexivo aqui exposto.

A elaboração deste trabalho seguiu as normas de referenciação bibliográfica preconizadas pela American Psychological Association (APA), na sua 7.^a edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Este percurso formativo decorreu em dois contextos clínicos particularmente exigentes e diferenciadores no que respeita à complexidade e especificidade dos cuidados prestados ao doente crítico: o Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e a Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), integrada no dispositivo extra-hospitalar do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O SMIP constitui-se como um ambiente altamente tecnológico e humanamente exigente, destinado ao internamento de pessoas em situação crítica, com necessidade de vigilância contínua e suporte de múltiplas funções vitais. A dinâmica deste contexto proporcionou a consolidação de competências técnicas e científicas específicas do EE, particularmente no que se refere à monitorização avançada, gestão da dor e sedação, ventilação invasiva, e comunicação com a pessoa e família em momentos de elevada vulnerabilidade.

Paralelamente, a Ambulância de Suporte Imediato de Vida, no âmbito do INEM, permitiu o contacto direto com a prestação de cuidados em ambiente extra-hospitalar, caracterizado pela imprevisibilidade, urgência e necessidade de resposta rápida e eficaz. Neste cenário, foram desenvolvidas competências críticas ao exercício autónomo e colaborativo do enfermeiro, nomeadamente a capacidade de avaliação rápida, priorização de intervenções, liderança em contexto de emergência, bem como a aplicação das chamadas competências não técnicas, como a comunicação eficaz, o trabalho em equipa e a consciência situacional. Em seguida abordaremos individualmente cada um deles.

1.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE

O primeiro local de estágio foi num Serviço de Medicina Intensiva nível III numa ULS do Norte do País que decorreu no período temporal de 2 de setembro de 2024 a 23 de novembro do mesmo ano. Este teve uma carga horária de 180h em contexto de prática clínica.

As unidades de cuidados intensivos, são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A integração num contexto clínico altamente diferenciado constitui um processo dinâmico que requer tempo, disponibilidade e capacidade de adaptação, permitindo ao profissional ajustar-se quer às dinâmicas da equipa multidisciplinar, quer à organização e cultura institucional do serviço. Com este propósito, procurei desde o início compreender a filosofia, os processos assistenciais e a metodologia de trabalho em vigor, de forma a promover uma adaptação célere e eficaz.

O estágio no cuidado à pessoa em situação crítica permite consolidar conhecimentos dado que a *“prática é em si mesma, um modo de se obter conhecimento”* (Benner, 2001 p.12).

Ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros

“a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.
Ordem dos Enfermeiros, (2018,p.19362),

No primeiro dia de estágio, fui acolhido pela Enfermeira Responsável (em substituição do Enfermeiro Chefe), que me apresentou o serviço, facilitando o reconhecimento das normas básicas de funcionamento, das rotinas assistenciais e do espaço físico da Unidade, incluindo as salas de apoio. Simultaneamente, fui apresentado aos restantes elementos da equipa de Enfermagem presentes e ao Diretor do Serviço, que demonstraram uma postura acolhedora e facilitadora da integração.

O Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) enquadra-se tal como o nome indica numa Unidade Polivalente onde os internamentos podem estar afetos a várias Especialidades Médicas e está estruturado em duas Unidades: uma destinada a doentes de nível II, com capacidade para 15 utentes, e outra para

doentes de nível III, com 14 camas, das quais quatro se encontram em quartos de isolamento com pressão negativa. A equipa de Enfermagem é composta por cerca de 83 profissionais, dos quais, 5 estão a frequentar o Doutoramento, 17 são especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica e 12 estão em formação, 9 são especialistas em enfermagem de reabilitação e os restantes são enfermeiros generalistas. A equipa assegura os cuidados em ambas as Unidades, alternando mensalmente entre elas. Nos turnos da manhã e da tarde existe um enfermeiro de reabilitação que não tem doentes atribuídos e que fica responsável pela cinesiterapia respiratória e reabilitação motora dos doentes. O rácio enfermeiro/doente é de aproximadamente 1:2 na Unidade de nível III e de 1:2-3 na Unidade de nível II, refletindo a complexidade dos cuidados prestados.

Na Unidade de nível III (SMIP 1), cada cama está equipada com um ventilador, monitor de parâmetros hemodinâmicos, dispositivos para monitorização de pressões invasivas e não invasivas, seringas e bombas perfusoras, bomba de nutrição entérica, aspirador de secreções, mesas de apoio, carro de material, estetoscópio, computador e armário com materiais destinados aos cuidados de higiene e conforto, punções, colheitas e aspiração. Esta individualização dos recursos por doente favorece a eficácia na prestação de cuidados e constitui uma estratégia fundamental na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

O primeiro contacto com este ambiente altamente diferenciado evidenciou a exigência de mobilização de conhecimentos teóricos e práticos complexos, especialmente no domínio da monitorização avançada — uma realidade até então pouco vivenciada e que se revelou como um dos principais desafios deste estágio. Segundo Urden, Stacy e Lough (2008), o enfermeiro em contexto de cuidados intensivos deve possuir competências que lhe permitam prestar cuidados altamente qualificados, utilizando tecnologias adequadas e integrando uma abordagem holística e psicossocial, ajustada à situação clínica e ao tempo de resposta necessário.

Após a identificação do Enfermeiro Orientador de estágio, procedi à organização dos horários e iniciei a prática clínica com um período de observação participada. Esta etapa inicial foi fundamental para a adaptação ao contexto, permitindo-me

evoluir progressivamente até uma integração plena na dinâmica da Unidade. Com o tempo, fui adquirindo maior autonomia e segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, consolidando assim o meu desenvolvimento profissional neste contexto altamente exigente.

Reconhecendo que cada Unidade de Cuidados Intensivos possui uma filosofia e uma dinâmica próprias, entendi como essencial realizar a leitura atenta de protocolos, regulamentos e outros documentos normativos do serviço, bem como esclarecer dúvidas com a Enfermeira Tutora e os restantes membros da equipa. Destaco, neste contexto, a consulta do Plano de Emergência da Unidade e do Plano de Catástrofe, uma vez que a capacidade de resposta organizada e célere em emergência e catástrofe integra o leque de competências específicas do EE em Enfermagem à PSC, conforme estipulado no Regulamento n.º 429/2018. O conhecimento aprofundado destes documentos revelou-se crucial para a compreensão da resposta institucional face a cenários de elevada exigência.

Ao longo do estágio, procurei respeitar e cumprir as normas internas, os protocolos e os procedimentos instituídos, tendo conseguido estabelecer relações interpessoais positivas com a equipa, que se revelou recetiva à minha integração e disponível para o esclarecimento de dúvidas, demonstrando uma postura colaborativa e promotora de aprendizagem. Adotei uma atitude proativa no meu processo formativo, pois acredito que a experiência prática, aliada à reflexão crítica, é essencial para a consolidação de saberes e para a interiorização de boas práticas. O apoio constante da Enfermeira Tutora foi determinante para a concretização dos objetivos definidos no projeto de estágio.

Tive ainda a oportunidade de observar a Enfermeira Tutora no desempenho de funções como Enfermeira Responsável de Turno, cargo que exerceu por diversas vezes ao longo do estágio. Acompanhei a execução de tarefas como a participação na passagem de turno médica, a contagem de estupefacientes, a elaboração dos planos de trabalho, a gestão da equipa em função da complexidade clínica dos doentes e do número de admissões, a substituição de elementos em falta, a requisição e empréstimo de materiais e consumíveis, bem como os pedidos à farmácia. Estas funções, associadas à prestação de cuidados

diretos, exigem um elevado grau de organização, responsabilidade e liderança, fundamentais para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Durante o período de estágio, ocorreu a transição da plataforma informática de registos clínicos da aplicação *B-Simple* para o *Patient Care*. Esta mudança representou um desafio adicional no processo de integração, dada a escassez de tempo para familiarização com a nova interface e as dificuldades subsequentes na realização de registos de enfermagem, avaliação inicial do doente, identificação de focos e definição de intervenções. Apesar destes constrangimentos, considero que fui capaz de alcançar de forma positiva os objetivos traçados no projeto, demonstrando capacidade de adaptação e espírito crítico ao longo de todo este processo.

1.2. INEM – AMBULÂNCIA SIV

O estágio opcional que decorreu em ambiente extra-hospitalar numa ambulância SIV de uma ULS do norte do País, representa um contexto dinâmico, imprevisível e frequentemente marcado por situações de alta complexidade, exigindo dos enfermeiros uma tomada de decisão e atuação rápida, eficaz, precisa e segura e onde a capacidade do Enfermeiro para se adaptar a diferentes cenários, com condições adversas e interagir de forma eficiente com equipas multidisciplinares pode impactar diretamente nos desfechos clínicos e na segurança do doente.

A prestação de cuidados de emergência na comunidade expõe o enfermeiro e responsabiliza-o por cuidados avançados de vida, sendo as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) o meio INEM onde o enfermeiro desempenha um papel mais desafiador, exigente, autónomo e de responsabilidade acrescida (Mota et al., 2020).

A emergência em Portugal é estruturada em vários níveis de diferenciação, na qual o enfermeiro é o único profissional presente em todos os meios diferenciados de socorro. Neste meio o Enfermeiro é o elemento mais diferenciado e com nível de responsabilidade acrescido, apesar da sua prática estar suportada por protocolos validados pelo INEM e com a estreita colaboração do médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). A equipa é constituída

por 10 Enfermeiros dos quais 3 fazem parte do quadro de profissionais do INEM e 7 exercem funções no SU do Hospital onde a SIV está alocada e por 4 Técnicos de Emergência Extra-hospitalar (TEPH) dos quadros do INEM. A equipa está sediada numa base com a Ambulância junto do Hospital que funciona assim como base de apoio para reposição de recursos materiais da viatura.

Apesar da intervenção extra-hospitalar não ser uma realidade completamente nova para mim a dinâmica dos cuidados em contexto de Ambulância SIV possui características particulares onde as competências técnicas e não técnicas assumem uma importância preponderante no papel do Enfermeiro quer na identificação e triagem da ocorrência como nas opções e tomadas de decisão que tem de tomar.

A atuação em emergências requer ações e decisões rápidas por parte dos profissionais, que devem articular competências técnicas, como o conhecimento e as habilidades clínicas e competências não técnicas (Rey et al., 2021).

2.CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo constitui um elemento essencial deste relatório que traduz as experiências e as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso na aquisição de competências conducentes ao grau de mestre. Objetiva-se nos próximos sub-capítulos realizar uma análise crítico-reflexiva do processo de aprendizagem realizado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional a par do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à PSC.

Esta componente de formação revela-se fundamental para o desenvolvimento da competência profissional, na medida em que proporciona um contexto de aprendizagem rico e desafiante. Nele, o contacto com a prática — tanto nas suas dimensões previsíveis como imprevisíveis — permite a mobilização integrada e contextualizada de diversos saberes, selecionados conforme a sua relevância para cada situação. Além disso, este processo contribui de forma significativa para a construção e afirmação da identidade profissional do enfermeiro. (Alarcão I., Rua, M. 2025)

A especialização em Enfermagem emerge assim para atender às crescentes necessidades da população a nível mundial e dar resposta à constante transformação e reestruturação dos sistemas de saúde. Neste sentido, o papel do EE surge de uma necessidade identificada para práticas especializadas, em contextos de cuidados cada vez mais complexos e meios complementares de diagnóstico tecnologicamente mais exigentes (International Council of Nurses [ICN], 2020).

A especialização de recursos humanos na saúde reflete-se em ganhos de eficiência e eficácia, elevando a qualidade dos cuidados prestados e acrescentando valor às instituições onde se inserem (Lopes et al., 2018).

2.1 DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em Portugal, a OE reconhece a exigência técnica e científica que acompanham os cuidados de Enfermagem e o EE como aquele a quem é reconhecido competências científicas, técnicas e humanas, manifestando-se como um profissional que demonstra “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4745).

O ICN (2020), define um enfermeiro especialista como aquele que adquiriu através de educação adicional, uma base de conhecimento especializado que o capacita com habilidades e competências técnicas a tomar decisões complexas, em situações em que as características são moldadas aos contextos em que os enfermeiros são credenciados para trabalhar.

A OE diferencia as competências dos enfermeiros especialistas em comuns e em específicas. As competências comuns são competências transversais, independentemente da área de especialidade e as competências específicas que

“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e de campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados as necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento no 140/2019, 2019, p. 4745).

As competências comuns estão organizadas assim em quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Melhoria contínua da qualidade
- Gestão dos cuidados
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Proponho-me assim fazer uma análise crítica e reflexiva do percurso trilhado no desenvolvimento de competências à luz dos domínios comuns às especialidades em enfermagem, aliados às competências específicas do EEEMC na área da PSC. Esta reflexão incide sobre o impacto das atividades desenvolvidas na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de competências nos diversos contextos de prática. A escolha por esta abordagem justifica-se pela sua capacidade de permitir uma visão abrangente e estruturada da construção do meu percurso enquanto Mestre e Enfermeiro Especialista.

2.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio constitui um pilar essencial na prática da enfermagem, refletindo o compromisso do enfermeiro com a prestação de cuidados seguros, humanizados e de elevada qualidade. Este domínio implica o conhecimento e a aplicação consciente dos princípios éticos, legais e deontológicos que norteiam a profissão, assegurando uma atuação fundamentada, responsável e respeitadora dos direitos dos cidadãos.

A responsabilidade profissional exige que o enfermeiro atue de acordo com os padrões definidos pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), pelo Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Esta responsabilidade implica não apenas a competência técnica e científica, mas também a capacidade de tomar decisões informadas, baseadas em juízos éticos, que tenham em conta o bem-estar do cliente, a dignidade humana e o respeito pela sua autonomia. No exercício da enfermagem, estas competências assumem um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade e na proteção dos direitos dos utentes. Segundo o ICN (2021), os profissionais de enfermagem têm a obrigação ética de garantir cuidados seguros, respeitando os direitos humanos e atuando em conformidade com a legislação vigente. Esta responsabilidade não se limita à aplicação técnica dos cuidados, mas estende-se ao compromisso moral com o bem-estar da pessoa cuidada.

No plano ético, o enfermeiro é frequentemente confrontado com dilemas complexos que exigem uma reflexão crítica e ponderada. A tomada de decisão

ética deve estar alicerçada em valores como: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça que constituem os quatro princípios da ética clínica e o respeito pela vontade da pessoa, mesmo em contextos de elevada complexidade clínica, como acontece em unidades de cuidados intensivos ou em situações de fim de vida. Varkey, B. (2021)

Do ponto de vista legal, o enfermeiro deve conhecer e respeitar o enquadramento jurídico da sua atuação, garantindo que os cuidados prestados se encontram dentro dos limites legais e regulamentares, evitando atos de negligência ou omissão. A literacia legal é, por isso, uma componente fundamental do exercício profissional, contribuindo para a proteção do doente, do profissional e da própria instituição. (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Padilha et al., 2016).

O desenvolvimento contínuo destas competências é essencial, exigindo formação, supervisão e reflexão sistemática ao longo da carreira. Só assim é possível garantir uma prática profissional ética, legalmente segura e alinhada com os mais elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Este domínio de competências está relacionado com o processo de tomada de decisão, abrangendo a criação de estratégias que garantem escolhas adequadas e fundamentadas em conhecimentos especializados e nas experiências adquiridas com o apoio da equipa multidisciplinar e, simultaneamente, demonstrando compreensão pelos princípios, valores e normas deontológicas que orientam e sustentam a prática da profissão.

A Deontologia Profissional é definida como um conjunto de princípios e regras fundamentadas na moral e no direito, que orientam o exercício de uma determinada profissão, como é o caso da profissão de Enfermagem. Na área da saúde, a deontologia estabelece os deveres dos profissionais, definindo a liberdade no exercício da profissão, impondo a responsabilidade pelos atos e circunscrevendo a ação através dos limites das qualificações e competências do profissional (Nunes, 2016).

A relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada constitui o alicerce da prestação de cuidados, sendo, por isso, a prática de Enfermagem intrinsecamente ligada a

valores morais. Enquanto profissionais que cuidam de seres humanos, é essencial que a sua atuação se pautem pelo respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos, promovendo uma prática centrada na humanização do cuidado. Estes valores, ajustados às especificidades de cada contexto, conferem à Enfermagem uma dimensão ética indispensável. Como enfermeiros, não podemos descurar a proteção do interesse da pessoa que cuidamos, nem ignorar o seu direito à autodeterminação, assegurando sempre o sigilo profissional e o respeito pela sua dignidade. É igualmente crucial reconhecer a singularidade de cada indivíduo, bem como as suas vivências e circunstâncias.

No entanto em contexto de prática no SMIP, a pessoa em situação crítica encontra-se frequentemente sob sedação, o que provoca alterações no seu estado de consciência. Esta condição compromete a sua autonomia, bem como a capacidade de comunicar e tomar decisões de forma consciente. Tal limitação pode impactar negativamente os profissionais de saúde, aumentando os níveis de ansiedade e stress, sobretudo quando se deparam com sinais clínicos menos convencionais difíceis de interpretar. Este contexto pode gerar um sentimento de frustração ou insuficiência profissional, favorecendo o afastamento de uma abordagem centrada na pessoa e promovendo um cuidado mais técnico e automatizado, em detrimento da dimensão humanista do cuidar. (Cabral et al., 2024).

De acordo com o Estatuto da OE (Lei n.º156/2015), a atuação dos enfermeiros deve seguir um conjunto de princípios orientadores, incluindo a responsabilidade inerente ao seu papel, a salvaguarda dos direitos humanos e a procura contínua pela excelência na prestação de cuidados. É no domínio da responsabilidade profissional ética e legal que a OE prevê que o enfermeiro especialista seja capaz de agir de acordo com as normas legais e princípios éticos e deontológicos da profissão através de um corpo de conhecimento nesse domínio, assim como ter competências na avaliação sistemática das melhores práticas e ter em consideração as preferências do cliente (Regulamento no 140/2019).

A deontologia profissional de Enfermagem, assente num mandato social, inclui também um conjunto de direitos que se fundamentam, por um lado na dignidade

profissional do enfermeiro e, por outro lado, na pretendida excelência do exercício como forma de garantir o direito dos clientes a cuidados de qualidade (OE, 2015).

No âmbito da enfermagem, a ética pode ser entendida como uma orientação filosófica que orienta o comportamento do profissional, sem caráter obrigatório, sendo a sua aplicação determinada pela intenção e consciência individual. Por outro lado, a deontologia ocupa-se da correção da ação profissional, estabelecendo orientações práticas e objetivas de forma imperativa, frequentemente expressas através de enunciados normativos que indicam aquilo que o enfermeiro deve cumprir no exercício da sua atividade. (Deodato 2015)

Depreende-se, deste modo, que a ética em Enfermagem está intimamente relacionada com a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais. Por um lado, a prestação e a garantia, de cuidados de qualidade são um imperativo ético, imposto pelos princípios da beneficência e não maleficência. Por outro lado, de modo a garantir uma elevada qualidade ética dos cuidados de saúde, devem também ser considerados os princípios éticos do respeito pela autonomia do cliente e da justiça (Marckmann & Schildmann, 2022).

Ao longo do estágio, procurou-se identificar situações que promovessem a reflexão crítica sobre os princípios éticos, a deontologia profissional e a forma como os direitos dos clientes são salvaguardados na prática da Enfermagem à PSC. Nesta perspetiva, os desafios enfrentados diariamente na prestação de cuidados tornam-se cada vez mais complexos, sendo essencial não apenas aplicar de forma plena os conhecimentos e competências adquiridos, mas também dispor de tempo e capacidade para refletir criticamente sobre essa aplicação.

Os princípios éticos estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro permeiam toda a prática de Enfermagem. Os enfermeiros especialistas possuem uma responsabilidade ampliada nesse âmbito, já que frequentemente são vistos como exemplos a serem seguidos. O respeito à pessoa, às suas crenças valores, o direito à informação sobre os cuidados prestados, a preservação da privacidade e o reconhecimento do paciente como um ser único, inserido em sua família e comunidade, são fundamentos indispensáveis na formação e atuação de cada

enfermeiro. Tive oportunidade de ao longo do meu estágio, orientar a minha conduta de forma ética e deontológica, respeitando a autonomia e a privacidade de cada doente, sempre atento aos princípios mencionados. Nos casos dos doentes ventilados, impossibilitados de se comunicar verbalmente, adotei estratégias para estabelecer formas de comunicação que minimizassem a ansiedade decorrente dessa limitação.

Mesmo com os pacientes sob sedação, priorizei a comunicação explicando os procedimentos antes de realizá-los, mantendo assim um cuidado centrado na dignidade e no bem-estar de cada indivíduo. Tive a oportunidade de estabelecer estratégia de comunicação com doente acordado, tetraplégico e com traqueostomia e, portanto, impossibilitado de falar e proporcionei-lhe uma régua com o abecedário para conseguir perceber o que queria dizer sinalizando-lhe as letras.

Durante toda esta experiência como formando, as normativas do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Código Deontológico foram sempre assegurados. Na prestação dos cuidados, priorizei a dignidade do paciente, respeitando os seus direitos, condições sociais, raça, ideologia ou religião, assumindo sempre um compromisso ético-legal, estimulando o pensamento crítico e reflexivo para aprimorar competências profissionais e pessoais. Durante o estágio tive ainda a oportunidade de contactar com a realização das primeiras provas de morte num doente em morte encefálica e participar numa reunião com a família do utente no sentido de explicar passo a passo todos os procedimentos que iriam ser feitos dando-lhes todo o apoio emocional possível nestes momentos.

As diretivas antecipadas de vontade são um documento na qual a pessoa manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não receber, caso eventualmente, por qualquer motivo, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal autonomamente. Este documento é válido durante cinco anos e é livremente revogável pelo cliente a qualquer momento. No documento podem constar disposições relativas ao ser submetido a tratamento de suporte artificial de funções vitais, a ser submetido a tratamentos fúteis, inúteis ou

desproporcionados face ao quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente medidas de suporte básico de vida, medidas de alimentação e hidratação artificiais que possam retardar o processo natural de morte e a receber cuidados paliativos adequados no contexto de uma doença grave ou irreversível, em fase avançada. As disposições podem ainda abordar questões relativas à utilização de tratamentos que se encontrem em fase experimental ou a participação em programas de investigação e ensaios clínicos (Lei n.º 25/2012, 2012).

O documento das diretivas antecipadas de vontade deve constar no Registo Nacional do Testamento Vital ou ser entregue pelo procurador de cuidados de saúde à equipa de saúde responsável, sendo que esta deve respeitar e fazer cumprir o mesmo. Em caso de urgência ou perigo imediato de vida, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade caso o acesso às mesmas implique demora e conseqüente agravamento previsível da saúde ou risco para a vida do cliente (Lei n.º 25/2012, 2015).

Segundo um estudo português de Santos & Cerqueira (2022), conclui-se que os profissionais de saúde, ao serem confrontados com as diretivas antecipadas de vontade experienciam uma variabilidade de emoções e sentimentos, fruto do conflito entre aquilo que pensam ser melhor para o cliente e aquilo que o cliente entende ser o melhor para ele. Dentro dessas emoções destaca-se o medo, a impotência, mas também o respeito pela tomada de decisão do cliente. É de referir que neste estudo 73% da amostra dos profissionais de saúde contactava diretamente com a PSC numa UCI, e ainda, que uma percentagem significativa de quase 35% nunca tinha tido contacto com as diretivas antecipadas de vontade

Existe uma necessidade constante de aprofundar conhecimentos, promover a formação contínua, refletir e fomentar o debate em torno destas temáticas, de forma que o enfermeiro, na sua prática clínica, se sinta seguro e capacitado. Só assim poderá centrar-se verdadeiramente no cliente enquanto sujeito dos cuidados, respeitando a sua autonomia e assegurando a sua liberdade de escolha.

Durante este percurso, os temas abordados — bem como outros inseridos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro — foram continuamente valorizados como oportunidades de aprendizagem e crescimento mútuo. Foi dada especial relevância aos documentos orientadores da profissão, nomeadamente o REPE, o Código Deontológico e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

2.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade na prestação de cuidados de saúde tem sido progressivamente reconhecida e valorizada, refletindo uma preocupação crescente. Neste sentido, foi integrada como um dos pilares fundamentais do Plano Nacional de Saúde (Direção Geral da Saúde, 2015a) e reforçada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho nº9390/2021, Diário da República). Esta valorização está diretamente associada à prática de Enfermagem, especialmente no âmbito da especialização, como evidenciado no regulamento das competências comuns do EE. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O perfil do cliente a quem atualmente são prestados cuidados de saúde foi-se alterando ao longo do tempo. Atualmente, os clientes participam em programas de educação para a saúde, demonstram uma maior compreensão sobre a sua condição e sobre os tratamentos disponíveis, refletindo uma maior e melhor adesão aos regimes terapêuticos e de prevenção de complicações. Esta autonomia dos clientes relativamente ao uso dos cuidados de saúde está associada a uma redução de custos e recursos nos sistemas de saúde e revela uma maior satisfação dos mesmos relativamente aos cuidados recebidos (Carolina et al., 2024)

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde constitui um processo dinâmico, contínuo e sistemático, essencial para assegurar a excelência na prática clínica. Esta avaliação não se limita à análise pontual de resultados, mas envolve uma monitorização constante de procedimentos, indicadores de desempenho e experiências dos utentes. Ao permitir a identificação de lacunas ou fragilidades

nos cuidados prestados, este processo viabiliza a definição e implementação de estratégias corretivas ou de melhoria, orientadas para o reforço da segurança, da eficácia e da humanização dos cuidados. Além disso, contribui de forma decisiva para a promoção da satisfação dos utentes, fortalecendo a confiança nas instituições de saúde e a valorização da atuação profissional. (Ferreira, P. L. 2023)

A transformação dos sistemas de saúde assume um papel crucial no reforço da confiança dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Para que essa confiança seja sustentada e fortalecida, torna-se imprescindível a implementação de estratégias sólidas e integradas que assegurem a qualidade, a segurança e a continuidade dos cuidados prestados. Só através de uma abordagem centrada no utente, baseada na evidência e orientada para a melhoria contínua, será possível responder de forma eficaz às exigências e expectativas da população. (Ferreira, P. L. 2023)

A qualidade e segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética dado contribuir para a redução de riscos evitáveis, melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Despacho n.o 5613/2015, 2015). Importa assim definir qualidade em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020) assume não existir uma definição de “qualidade” que seja universalmente aceite, embora haja um entendimento comumente partilhado sobre conceitos básicos que possam abranger a dimensão da sua definição. Esta definição tem por objetivo influenciar positivamente os resultados em saúde a nível individual e populacional e realçar a importância central da evidência e dos conhecimentos profissionais. Deste modo, a qualidade pode ser definida como a medida em que os serviços de saúde prestados às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os conhecimentos atuais. Acrescenta ainda, que de forma a garantir cuidados de saúde de qualidade, estes devem ter em conta as pessoas, ser eficientes, equitativos, integrados, oportunos e seguros (OMS, 2020).

A qualidade está intimamente relacionada com a segurança dos cuidados e é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português (Despacho n.º5613/2015, 2015). A União Europeia e a OMS definiram orientações e políticas, assim como projetos e programas, edificando assim uma cultura de segurança do cliente e incentivando os países à escala mundial a participar.

Para compreender os resultados decorrentes da implementação de medidas associadas à qualidade dos cuidados, é essencial definir indicadores que sejam mensuráveis. Segundo Donabedian (2005), estes indicadores podem ser classificados em três categorias: indicadores de estrutura, que avaliam os recursos disponíveis para a prestação de cuidados; indicadores de processo, que analisam as atividades realizadas no âmbito da prestação dos cuidados de saúde; e indicadores de resultado, que medem as alterações efetivamente alcançadas junto dos utentes em consequência dos cuidados prestados. De acordo com Rocha (2020), esta abordagem permite uma avaliação mais completa e rigorosa da qualidade assistencial.

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 reflete uma preocupação explícita com esta temática, assumindo um compromisso claro com a implementação de políticas e estratégias destinadas à redução de incidentes relacionados com a segurança dos doentes. Esta abordagem é amplamente reconhecida, a nível nacional e internacional, como um elemento fundamental para a obtenção de ganhos em saúde, constituindo, atualmente, uma prioridade indiscutível no setor da saúde. (Despacho no 9390/2021, 2021). Este documento, tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, incluindo contextos como tele saúde e no domicílio, tendo como foco os princípios que sustentam esta área tais como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Este destaca a importância de garantir que os cuidados prestados sejam eficazes e seguros, assegurando uma gestão eficiente dos recursos, com equidade e no tempo oportuno, de modo a responder às necessidades e expectativas dos cidadãos da melhor forma possível. Deste modo, o Plano Nacional para a

Segurança do Doente 2021-2026 continua a servir de ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias, gestores de segurança do cliente e profissionais de saúde, exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização com vista a melhorar a segurança na prestação de cuidados de saúde (DGS,2022).

Os domínios das competências do enfermeiro especialista relativamente à melhoria contínua da qualidade convergem nesse sentido, sendo que este deverá ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento no 140/2019)

No decorrer do estágio, e nos seus diferentes contextos, fui procurando abordar de forma reflexiva as práticas em uso, confrontando-as com a literatura e as orientações normativas disponíveis. Nesse processo, foram identificadas e partilhadas oportunidades de melhoria com o enfermeiro Tutor, o que possibilitou o debate sobre aspetos organizacionais e de cuidados como gestão de recursos humanos e materiais, definição de prioridades e a distribuição dos doentes por enfermeiro, tendo em conta a carga de trabalho e as medidas de prevenção e controlo de infeção. Para além disso foi possível perceber que a qualidade e a segurança do cliente são focos amplamente trabalhados e explorados, havendo grupos de trabalho e projetos implementados adaptados à realidade do serviço no sentido da melhoria contínua da qualidade. A par da busca proativa de oportunidades de aprendizagem relativas a este domínio, foi possível ainda participar em formações promovidas pelo serviço (medidas de prevenção de infeção associadas ao CVC e prevenção da infeção respiratória associada ao TOT), previstas no programa STOP Infeção a decorrer no serviço e que visa o controle de infeção, fomentar o incremento de melhoria contínua, desenvolvimento conhecimento nas áreas relacionadas com a PSC e em última instância inculcar espírito crítico de modo a prestar os melhores cuidados possíveis.

Compete por exemplo ao enfermeiro garantir que a administração de fármacos seja efetuada em segurança e sobretudo com menores riscos, nomeadamente a infeção por via da manipulação distal e proximal de acessos vasculares centrais,

seringas, agulhas, portas de acesso, na substituição de sistemas (Bastos & Barbieri, 2020; Lima, Pinto, Bastos, 2024). A qualidade dos cuidados em Enfermagem não depende somente de práticas avançadas, mas também da forma como os cuidados fundamentais são incorporados e realizados na prestação de cuidados no dia a dia.

Relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem, é importante garantir a continuidade e a segurança dos cuidados de saúde, realçando a sua função, não apenas para a comunicação entre os profissionais de saúde, mas também assegurar a visibilidade dos aspetos resultantes do processo de cuidados. Assim, o processo de enfermagem é uma base documental que sustenta as ações de enfermagem de forma organizada e sistemática, alinhando-as com as necessidades específicas do doente/família.

Durante o meu período de estágio ocorreu a mudança de plataforma informática onde se efetuavam os registos de Enfermagem e da equipa Médica, tendo mudado da aplicação *B-Simple* para o *Patient Care*, situação que não foi um processo facilitador para me integrar completamente dado o tempo escasso que tive para me familiarizar com o mesmo e as dificuldades daí decorrentes na construção do processo de Enfermagem, na realização da avaliação inicial do doente, na definição dos focos e das intervenções.

A metodologia de trabalho implementada no SMIP assenta no modelo de enfermeiro de referência, no qual o profissional de enfermagem responsável pela admissão assume um papel central na gestão do processo de internamento. Cabe-lhe acolher o doente e a sua família, estabelecendo desde o início uma relação de proximidade e confiança. No momento da admissão, procede à recolha de informações relevantes, como os contactos da pessoa de referência e dados específicos sobre procedimentos clínicos. Simultaneamente, identifica-se formalmente, apresenta o serviço e fornece orientações sobre as áreas das instalações que estão acessíveis à família, promovendo uma integração adequada e humanizada no contexto hospitalar.

O enfermeiro de referência também é responsável por informar e esclarecer dúvidas, garantindo um atendimento humanizado e eficiente, explicando

detalhadamente aos familiares os horários e regulamento das visitas incluindo a disponibilização do número de telefone da unidade. Além disso, o enfermeiro de referência elabora um plano individualizado de Cuidados de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem que começa com a recolha de dados, nem sempre foi um processo simples, devido na maioria das vezes ao estado de consciência do doente ou à ausência da família. Após essa etapa, os dados são analisados para identificar os Diagnósticos de Enfermagem, que fundamentam a definição das intervenções necessárias para o cuidado ao doente. Durante os turnos, o plano de cuidados é revisto sempre que necessário, conforme a avaliação do estado do doente e os resultados das intervenções realizadas. Isso permitiu a reformulação de diagnósticos e intervenções, garantindo a atualização contínua do plano.

Para assegurar a continuidade dos cuidados, todos os registos das intervenções foram realizados de forma rigorosa, incluindo notas complementares quando necessário. A transmissão de informações durante a passagem de turno foi feita em parceria com a Enf^a Tutora, inicialmente com o seu apoio e posteriormente, de forma autónoma, assegurando a transmissão precisa de informações relevantes para a continuidade do cuidado segundo a técnica ISBAR ((Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação). Segundo a Norma da Direção Geral da Saúde (DGS) (001/2017) Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde ISBAR, é a ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. Esses momentos foram fundamentais para reflexão, aprendizagem e troca de conhecimentos.

No decurso dos dois estágios curriculares — realizados no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) e no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em ambiente extra-hospitalar — foram desenvolvidas duas revisões da literatura, (Apêndices 1 e 2), orientadas pelo levantamento de necessidades identificadas nos respetivos contextos de prática. No âmbito da minha prática durante o estágio no contexto de Medicina Intensiva, a minha preocupação com a qualidade e segurança dos cuidados revelou-se transversal e estruturante. A melhoria contínua da qualidade, como preconizada no Plano Nacional para a

Segurança do Doente 2021-2026 (DGS, 2022), refletiu-se na adoção de práticas baseadas na evidência, nomeadamente através da implementação de estratégias inovadoras com potencial impacto na experiência e recuperação do doente crítico.

Foi nesse sentido que emergiu a reflexão sobre o uso do diário do doente, elaborando-se assim uma revisão exploratória da literatura que teve como finalidade analisar a “Importância do diário no doente sedado em serviços de medicina intensiva na prevenção do desenvolvimento do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI)”

Esta temática revelou-se particularmente pertinente, uma vez que a estratégia em causa — o uso do diário do doente — não se encontra implementada naquele serviço, apesar da sua comprovada relevância na literatura científica. A proposta foi, no entanto, acolhida positivamente pelo responsável da unidade, tendo sido sinalizada como potencialmente integrável nas práticas futuras da equipa multidisciplinar, mediante avaliação da sua viabilidade e aplicabilidade ao contexto nacional.

Tendo por base a necessidade crescente de implementar intervenções centradas na pessoa e na sua recuperação emocional após episódios críticos de saúde, foi desenvolvida uma revisão da literatura, orientada pela questão de investigação: *“Qual a importância do diário no doente sedado em SMI na prevenção do SPICI?”*.

Entre as estratégias emergentes para mitigar o impacto da SPICI, destaca-se o uso do diário do doente. Os diários inicialmente escritos por enfermeiros para doentes críticos foram implementados em algumas unidades de cuidados intensivos como uma intervenção para construir o “tempo perdido” dos doentes e preencher as suas lacunas na memória. Estudos demonstraram que os diários têm impacto na recuperação psicológica dos doentes após cuidados intensivos. No entanto O Diário é um registo escrito por parte de toda a equipa multidisciplinar, visitas, família/cuidador e até o próprio doente se estiver em condições clínicas. (Barreto B.B., et al, 2019)

A sua construção deve obedecer a guias orientadores para que surta o efeito desejado, devendo este conter detalhes, por ordem cronológica, sobre a

hospitalização e os progressos diários da pessoa. Esta construção pode ser escrita ou mesmo através de fotografias. Ajuda a pessoa a refletir, processar e recuperar de todo o processo de internamento, preenchendo as lacunas de memória e dando sentido às lembranças confusas e delirantes (Torres et al., 2020)

Este diário, operacionalizado hoje pela equipa multidisciplinar, familiares e, eventualmente, pelos próprios pacientes, tem como principal objetivo registar os eventos diários durante o internamento, documentando as intervenções clínicas, sentimentos expressos por familiares, progressos e/ou retrocessos no processo de recuperação. Ao fornecer uma narrativa contínua, o diário ajuda o doente a reconstruir a sua memória do período de internamento, frequentemente fragmentada ou inexistente devido à necessidade de longos períodos de sedação ou ao estado crítico da doença.

A implementação do Diário do Doente em contexto de cuidados intensivos pode ter um impacto positivo na mitigação de sintomas do SPICI entre os familiares e cuidadores. Este recurso promove uma maior inclusão e envolvimento da família no processo de cuidados, favorecendo a relação com a equipa multidisciplinar e contribuindo para que se sintam mais preparados para apoiar a pessoa após a alta hospitalar ou durante o processo de luto (Galazzi et al., 2022).

Entre os benefícios associados à utilização do Diário, destaca-se a possibilidade de reorganizar cronologicamente os eventos vivenciados durante a permanência na unidade de cuidados intensivos, atuando como estratégia preventiva do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), tanto na pessoa internada como na sua família/cuidador, reduzindo a incidência de ansiedade e depressão (Tavares et al., 2019).

Além disso, este instrumento é geralmente valorizado pelas pessoas e seus familiares, pois permite-lhes expressar emoções associadas à experiência da doença e, simultaneamente, reconhecer a atenção e o cuidado individualizado da equipa de saúde, refletido na dedicação em registar a história clínica de forma humanizada.

A metodologia seguiu o modelo PCC (População: doentes sedados; Conceito: diário do doente; Contexto: unidades de cuidados intensivos). A pesquisa foi realizada nas bases de dados B-On, CINAHL, Medline e Cochrane (2010–2024),

com descritores DeCS e MeSH, seguindo o protocolo PRISMA. Dos 18 artigos identificados, cinco foram incluídos após critérios rigorosos de inclusão e avaliação do nível de evidência segundo o JBI (2013).

Os resultados sugerem que o diário consiste numa ferramenta de reabilitação emocional eficaz. Estudos como os de Jones et al. (2010) demonstraram que o uso do diário pode reduzir significativamente a incidência de perturbação de stress pós-traumático (TSPT) nos doentes críticos após três meses da alta, com níveis significativamente mais baixos no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo. Da mesma forma, Johansson et al. (2024) identificaram que os diários proporcionam um cuidado mais humano e personalizado, auxiliando os doentes e familiares no processo de compreensão da experiência vivida e no enfrentamento de questões existenciais.

No entanto, a evidência disponível apresenta limitações. A revisão de Ullman et al. (2013), publicada na *Cochrane Library*, refere que os efeitos positivos dos diários, embora promissores, não são sustentados por dados suficientemente robustos, havendo necessidade de mais ensaios clínicos randomizados bem delineados. Além disso, Exl et al. (2024) alertam que, embora o impacto emocional da leitura ou escrita dos diários possa ser intenso, não foi considerado prejudicial, mas sim uma oportunidade de autorregulação e ressignificação da experiência.

Conclui-se que os diários em UCI representam uma intervenção não farmacológica, de baixo custo e elevado impacto na recuperação emocional do doente e da família. A sua utilização deve ser considerada como uma prática assistencial centrada na pessoa e liderada por enfermeiros, com benefícios no alívio do sofrimento psicológico, na humanização dos cuidados e na transição segura para a vida após a alta (Hackenberger, 2023; Johansson et al., 2024). Ainda assim, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e a escassez de evidência quantitativa de elevada qualidade apontam para a necessidade urgente de mais investigação com metodologias robustas, que validem cientificamente os efeitos desta prática.

No âmbito do estágio em ambiente extra-hospitalar, realizado em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), foi desenvolvida uma revisão exploratória da

literatura centrada nas “competências não técnicas do enfermeiro de emergência extra-hospitalar”, com especial enfoque na prática em ambulância de SIV. A escolha deste tema decorreu da importância crescente atribuída a este conjunto de competências no desempenho clínico eficaz em contextos de elevada imprevisibilidade e exigência. Considerando a filosofia de atuação do enfermeiro no sistema de emergência médica, a identificação e valorização destas competências constitui uma mais-valia para a qualificação dos cuidados e para a segurança da pessoa em situação crítica no extra-hospitalar.

O ambiente extra-hospitalar é caracterizado assim por um elevado nível de imprevisibilidade, exigindo dos Enfermeiros não apenas competências técnicas especializadas, mas também um conjunto de competências não técnicas (CNT) essenciais para a eficácia e sucesso da sua atuação. Essas competências incluem a comunicação eficaz, liderança, trabalho em equipa, tomada de decisão sob pressão e a gestão do stress, inteligência emocional, capacidade de resolução de conflitos e consciência situacional que desempenham um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados em emergências e referem-se a um conjunto de habilidades cognitivas, sociais e interpessoais e que em conjunto contribuem para a melhoria dos desfechos clínicos e para a segurança dos doentes (Pereira et al., 2021).

Esta revisão de literatura teve como um dos principais objetivos identificar e compreender as competências não técnicas (CNT) essenciais ao desempenho profissional do enfermeiro tripulante da Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), nomeadamente no que respeita à tomada de decisão, comunicação e trabalho em equipa. Reconhecendo a crescente complexidade dos contextos extra-hospitalares e a criticidade das intervenções realizadas pelas equipas de emergência, procurou-se aprofundar a forma como estas competências são percebidas e experienciadas pelos próprios profissionais de enfermagem.

Os resultados evidenciaram que as competências não técnicas são determinantes para a eficácia da intervenção do enfermeiro no ambiente extra-hospitalar. A comunicação clara, objetiva e assertiva com os diferentes elementos da equipa e com os utentes foi considerada essencial para a segurança e continuidade dos cuidados. O trabalho em equipa revelou-se igualmente fundamental, sendo

apontado como um fator promotor de confiança, coesão e eficiência operacional. A tomada de decisão, particularmente em situações críticas e sob pressão, emergiu como um domínio que exige elevada capacidade de raciocínio clínico, autocontrolo emocional e competência técnica. (Martins A., 2021c)

Para que estas competências sejam desenvolvidas, destaca-se a necessidade de integrar o treino estruturado de competências não técnicas nos programas formativos dos profissionais da emergência extra-hospitalar, bem como em exercícios simulados e contínuos de atualização. O Enfermeiro de Ambulância SIV como elemento mais diferenciado deste meio, experimenta níveis de responsabilidade e exigência maiores na identificação das ocorrências, apesar de apoiado pelo médico regulador do CODU e sustentado por protocolos validados, a sua intervenção exige respostas rápidas e assertivas, baseados no seu conhecimento, na formação e no seu desenvolvimento contínuo das CNT que se tornam indispensáveis.

A prática simulada, segundo a literatura revista, surge assim como uma estratégia/ ferramenta eficaz para a capacitação dos profissionais, permitindo a exposição a cenários realistas e a experimentação de diferentes estratégias de atuação sem riscos para o paciente. Por meio da simulação, o enfermeiro pode trabalhar e desenvolver a sua capacidade de tomar decisões sob pressão, coordenar equipas, comunicar de forma clara e objetiva com doente/família e demais profissionais e gerir situações de crise de maneira eficiente.

Em síntese, o estudo reforça a relevância das CNT como pilares da prática segura, eficaz e centrada na pessoa em contextos de elevada exigência como o da SIV. Recomenda-se a prática simulada de estratégias de formação contínua e avaliação das CNT como parte integrante do desenvolvimento profissional dos enfermeiros de emergência. (Amendoeira J. 2019)

No final do estágio foi feita uma apresentação da Revisão de literatura *on-line* através da plataforma Zoom, dirigida ao departamento de formação do INEM, a todos os enfermeiros e demais profissionais do INEM interessados, aos quais foi enviado um convite para participação. Durante a sessão, ficou evidente a importância e pertinência do tema e a discussão profícua que se gerou no final da

apresentação reconhecendo-se a necessidade de capacitar os profissionais relativamente a estas competências que são essenciais numa prática que se quer de excelência.

2.1.3 Competências do domínio da Gestão de Cuidados

Os cuidados de saúde estão a atravessar grandes mudanças impostas por desafios económicos, mudanças demográficas e aumento da esperança média de vida associada a doenças de longa duração. Este dinamismo imprevisível exige aos profissionais de saúde que demonstrem capacidades de gestão e liderança eficazes (Lamb et al., 2019).

Neste domínio, destaca-se assim a “Gestão de cuidados” e a “Liderança” como dimensões da competência do EE. A gestão de cuidados está relacionada com as estratégias de gestão clínica, diferenciando-se da gestão de serviços, que se insere num âmbito mais amplo da gestão em enfermagem. Já a liderança, desempenha um papel crucial para inspirar, motivar e orientar a equipa, garantindo que todos os seus membros da equipa estejam orientados para atingir os objetivos e padrões de qualidade estabelecidos (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

O Regulamento n.º 76/2018 (2018), da OE, assume que o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde. O mesmo documento expressa que o enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão tem de integrar, cumulativamente, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, já previamente adquiridas. Depreende-se então que o enfermeiro com uma prática avançada – enfermeiro especialista – deve desenvolver e aplicar competências de gestão e liderança na sua prática.

As competências relacionadas com a gestão de cuidados estão previstas pela OE enquanto competências comuns do enfermeiro especialista. O domínio da gestão não está só relacionado com os cuidados, mas abrange a gestão de recursos humanos e recursos materiais (instalações e equipamentos). O enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados otimizando as respostas de

Enfermagem e da equipa de saúde, assim como consegue adequar os recursos às necessidades de cuidados, implementando um estilo de liderança adequado ao contexto de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados (Regulamento no 140/2019).

Deste modo, torna-se pertinente diferenciar entre gestão de cuidados, gestão de serviços e organizações, e liderança. A gestão de cuidados constitui uma dimensão essencial da prática do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo particularmente relevante no contexto dos cuidados à pessoa em situação crítica. Esta é concebida como um sistema de processos integrados que visa capacitar, apoiar e coordenar os cuidados prestados ao cliente ao longo de um contínuo de serviços de saúde. Esta ocorre em diversos contextos e envolve múltiplos profissionais, devendo ser centrada na pessoa, orientada para a continuidade dos cuidados e para a obtenção de resultados, promovendo sempre uma abordagem em equipa (Urden et al., 2022).

. Durante a prática clínica, a gestão de cuidados envolveu identificar as necessidades específicas da pessoa em situação crítica, articular eficazmente com a equipa multidisciplinar e organizar as intervenções de modo a garantir uma resposta adequada e atempada, promovendo a recuperação e prevenindo complicações. Neste sentido, o desenvolvimento de competências neste domínio encontra-se alinhado com o estipulado pelo Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que define como competência do enfermeiro especialista a gestão eficaz dos processos de cuidados, com enfoque na continuidade, na segurança e na qualidade.

No contexto do doente crítico, atividades desenvolvidas no âmbito da gestão de cuidados por enfermeiros especialistas prendem-se com a gestão direta dos cuidados, envolvendo uma abordagem centrada no cliente e que envolve intervenções como avaliações, procedimentos, interpretação de dados e aconselhamento ao cliente, havendo assim uma gestão e coordenação de todos os elementos relacionados com os cuidados ao cliente crítico (Carter et al., 2022; Pour et al., 2024).

No âmbito da gestão de cuidados, o Enfermeiro Especialista (EE) deve assumir um papel de supervisão da equipa, oferecendo apoio contínuo e orientações claras para a ação. Nesse sentido, é fundamental recorrer a ferramentas de supervisão clínica entre pares, como o acompanhamento das práticas assistenciais dos colegas, a orientação na elaboração dos planos de cuidados e a promoção de momentos de reflexão conjunta — nomeadamente nas passagens de turno e nas reuniões de serviço, de forma a identificar oportunidades de melhoria e valorizar as potencialidades da equipa.

Outro aspeto importante na gestão de recursos humanos é a dotação segura de profissionais de enfermagem que é um fator determinante na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Trata-se da adequação entre o número e o perfil de competências dos enfermeiros disponíveis e as necessidades reais dos utentes num determinado contexto assistencial. Uma dotação segura permite não só responder eficazmente às exigências clínicas e emocionais dos doentes, como também contribui para a prevenção de eventos adversos, a redução da mortalidade hospitalar, a melhoria dos resultados em saúde e a satisfação da equipa de enfermagem.

Segundo Pina R.M. et al (2021), vários estudos têm demonstrado que a escassez de enfermeiros está associada a um aumento de complicações evitáveis, como quedas, infeções associadas aos cuidados de saúde, úlceras de pressão e erros na administração da medicação. Por outro lado, uma dotação adequada promove ambientes de trabalho mais seguros e organizados, facilitando a tomada de decisão clínica, a gestão do tempo e a continuidade dos cuidados.

De acordo com Aiken et al. (2014), "*cada doente adicional atribuído a um enfermeiro está associado a um aumento de 7% na probabilidade de mortalidade hospitalar após cirurgias comuns*", o que reforça a importância da proporção adequada entre profissionais e doentes. Esta evidência destaca o impacto direto da dotação de enfermeiros nos resultados em saúde e na segurança dos utentes.

Por conseguinte, é essencial que as instituições de saúde adotem modelos de planeamento de recursos humanos em enfermagem que considerem não apenas o número de camas ou doentes, mas também a complexidade dos cuidados, a

acuidade clínica, o grau de dependência dos utentes, o perfil da equipa e a natureza da unidade (por exemplo, cuidados intensivos, bloco operatório, internamento médico-cirúrgico, entre outros).

Face a isso, durante o estágio no SMIP um dos registos implementados na unidade era a quantificação do indicador *Nursing Activity Score* (NAS). O NAS mede o tempo de cuidados de enfermagem por doente, sendo usado para avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, especialmente em unidades de cuidados intensivos. O NAS foi inicialmente desenvolvido para avaliar o tempo de cuidados de enfermagem em UCI. Pode ser utilizado em outros contextos de cuidados, para medir a carga de trabalho dos enfermeiros e avaliar as necessidades de recursos humanos por doente. O seu cálculo envolve a avaliação do tempo gasto em diversas atividades de enfermagem, como avaliação do doente, administração de medicamentos, realização de procedimentos e acompanhamento. Um NAS alto indica uma maior carga de trabalho para os enfermeiros, o que pode levar a um aumento da pressão e do risco de erros. O NAS é importante para determinar as dotações adequadas de pessoal de enfermagem, garantindo que haja enfermeiros suficientes para prestar cuidados de qualidade aos doentes

Além disso, a definição de dotações seguras deve estar alinhada com normativos legais, orientações das ordens profissionais e boas práticas internacionais, como as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por entidades reguladoras da enfermagem. O envolvimento dos enfermeiros especialistas e gestores na análise e definição das necessidades da equipa é também um elemento-chave, dado o seu conhecimento profundo do contexto assistencial e das dinâmicas de trabalho.

Por fim, assegurar dotações seguras é um investimento na qualidade dos cuidados e na valorização dos profissionais de enfermagem, refletindo-se em melhores resultados para os utentes, maior retenção de profissionais e sustentabilidade dos serviços de saúde.

A OMS (2020) identificou uma necessidade crescente de liderança de Enfermagem a todos os níveis. A liderança é um conceito muito mais amplo que gestão. A liderança é construída nas relações interpessoais e é um processo de

influência de pensamento, emoções, atitudes e comportamentos de um pequeno ou grande grupo de pessoas. Esta liderança pode ocorrer de forma formal ou informal, sendo um processo implementado de forma voluntária onde as pessoas aderem e cooperam, trabalhando da melhor forma possível de modo a atingir um objetivo comum. Deste modo, os líderes têm uma capacidade de direcionar, motivar e inspirar tendo em conta uma visão comum (Kourkouta et al., 2021; Rocha, 2021).

Os enfermeiros tutores que foram atribuídos nos dois contextos, para além de serem reconhecidos pela sua competência, entre os pares e a restante equipa multidisciplinar, exercem funções de coordenação de equipa. Deste modo, geraram-se condições propícias para observar, acompanhar e aprofundar a dinâmica de enfermeiros especialistas no exercício de funções de gestão e liderança através da supervisão de cuidados, planeamento, organização e controlo de componentes materiais, estruturais e de recursos humanos. Foi também importante identificar e compreender diferentes tipos de liderança utilizados e relacionar as suas intervenções com o desenvolvimento profissional e organizacional de cada serviço.

A nomeação do enfermeiro responsável de turno no SMIP obedece a critérios de nomeação como sejam, a detenção do título de especialista, o seu *Know-how*, capacidade de gestão de conflitos e resolução de problemas, tempo de serviço e características pessoais que convergem num perfil de líder como um conjunto de características que são comuns aos líderes.

O enfermeiro especialista, com frequência, exerce um papel de liderança informal dentro da equipa. Este tipo de liderança é reconhecido pelos colegas pela sua experiência, postura profissional, competência clínica e disponibilidade para partilhar saberes e orientar de forma não oficial, assumindo um papel de mentor. Embora, na maioria das vezes, não lhe seja atribuída uma função formal de gestão, nem esteja diretamente envolvido na administração do serviço, este profissional tem a capacidade de conduzir a equipa de cuidados ao longo do turno, de forma discreta, promovendo um melhor desempenho coletivo e contribuindo para a implementação de mudanças eficazes (Rocha, 2021).

O contacto ao longo do estágio com o enfermeiro gestor do SMIP foi reduzido devido à incompatibilidade de horários, não tendo sido possível acompanhá-los no seu dia a dia de modo a compreender de perto o seu trabalho no domínio da gestão. A reflexão sobre a figura dos líderes informais surgiu da necessidade de compreender quais os elementos, dentro das equipas, que além dos enfermeiros gestores, desempenhavam um papel ativo na motivação, incentivo e desenvolvimento da equipa, contribuindo para a sua coesão e dinamismo. Observou-se que, apesar das diferenças individuais, a equipa de Enfermagem revelava um ponto em comum: a presença de líderes informais. Foi possível identificar profissionais com competências de gestão e liderança que influenciavam positivamente os colegas, promovendo a qualidade e a segurança na prestação de cuidados.

Em geral, estes enfermeiros detinham o título de especialista e estavam associados a um percurso profissional mais maduro e consolidado. Numa perspetiva mais ampla e tendo em consideração as experiências vivenciadas nos contextos de estágio, os enfermeiros especialistas surgem em cada equipa como uma agente de mudança, procurando de forma consistente novas práticas efetivas que conseguissem elevar os cuidados e promover a própria Enfermagem.

2.1.4 Competência do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A formação contínua em enfermagem é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados, promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e responder às constantes mudanças no setor da saúde. (Neves, M. S. 2022)

Inserida nesta perspetiva, a OE sugere que o enfermeiro especialista desenvolva dimensões da área do autoconhecimento, da assertividade e que a sua prática clínica especializada seja baseada na melhor evidência científica (Regulamento n.º 140/2019). Neste âmbito, é imperativo que o enfermeiro especialista adote uma atitude proativa, pautada pelo aprofundamento do autoconhecimento, pela incorporação sistemática da evidência científica na prática assistencial e pelo investimento contínuo no aperfeiçoamento das suas competências técnicas e relacionais.

A transferência do conhecimento para a prática não acontece de forma automática, sendo necessário delinear estratégias específicas que abrangem desde a disseminação ativa da evidência até à sua integração nos sistemas de saúde e nos processos educativos dos profissionais.

O conceito de transferência do conhecimento emergiu na década de 1970, com o intuito de acelerar a aplicação prática das evidências científicas, promovendo, simultaneamente, a avaliação do seu impacto na melhoria dos indicadores de saúde. Esta abordagem visava, numa fase inicial, conferir maior eficiência ao processo de desenvolvimento e disseminação do conhecimento científico na área da saúde. Contudo, compreende-se atualmente que a transferência do conhecimento constitui um processo substancialmente mais amplo e complexo, que ultrapassa a mera transposição de evidência para a prática clínica. Envolve, de forma integrada, a implementação efetiva do conhecimento nos contextos assistenciais e a avaliação sistemática dos seus efeitos, configurando-se como a fase final de um processo dinâmico, contínuo e cíclico (Austin, 2021).

Neste enquadramento, a educação permanente assume um papel central na consolidação da transferência do conhecimento, ao funcionar como um mecanismo facilitador da atualização contínua dos profissionais face às evidências e inovações emergentes.

Segundo Nishio e Kuratomi (2024), esta permite assegurar que os cuidados de enfermagem se baseiem na melhor evidência disponível, promovendo, simultaneamente, o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais que potenciam a eficácia da intervenção clínica. Adicionalmente, a educação permanente contribui para o aumento da satisfação profissional, reforçando a motivação e o compromisso dos enfermeiros com a qualidade dos cuidados prestados.

A formação contínua está intrinsecamente ligada à retenção de profissionais de saúde, contribuindo significativamente para a redução da intenção de turnover. Ao proporcionar oportunidades sistemáticas de atualização e desenvolvimento de competências, esta prática reforça o sentimento de valorização profissional, promovendo o *engagement* e o comprometimento com a organização. Ambientes

de trabalho que investem na qualificação permanente dos seus colaboradores tendem a ser mais estáveis, colaborativos e orientados para a melhoria contínua da prática clínica, o que se traduz numa maior satisfação profissional, menor rotatividade e, conseqüentemente, numa maior qualidade e segurança dos cuidados prestados. (Ribeiro et al, 2024)

Outra estratégia é a integração de tecnologias digitais na formação, como o e-learning, que tem sido destacada como uma estratégia eficaz. Neves (2022) afirma que o e-learning ultrapassa barreiras geográficas e promove a autonomia na aprendizagem, refletindo-se positivamente na prática clínica. No entanto, é importante considerar desafios como problemas técnicos e características individuais dos enfermeiros que podem influenciar a eficácia dessa modalidade.

Em suma, investir na formação contínua dos enfermeiros é fundamental para manter a excelência na prática clínica, melhorar os desfechos dos utentes e criar um ambiente de trabalho mais estável e comprometido. A prática baseada na evidência (PBE) é conceptualizada como uma tomada de decisão clínica que considera as melhores evidências disponíveis, o contexto na qual os cuidados estão a ser prestados, as preferências pessoais dos clientes e a capacidade crítica do profissional de saúde (Jordan et al., 2019).

A reflexão crítica sobre a prática clínica constitui um elemento essencial para o desenvolvimento do raciocínio clínico, da tomada de decisão e do aprofundamento do conhecimento, assumindo-se como um dos pilares da supervisão em contexto formativo (Potter et al., 2021). Durante os estágios (SMIP e INEM), incorporei este exercício de forma sistemática em todos os contextos de prática, realizando no final de cada turno momentos de análise conjunta com os enfermeiros tutores. Esta dinâmica revelou-se fundamental para identificar oportunidades de melhoria, consolidar aprendizagens e promover um desempenho clínico cada vez mais qualificado. Paralelamente, a diversidade de situações clínicas observadas impulsionou a mobilização e atualização constante dos meus conhecimentos teóricos, sustentados em evidência científica atualizada. Esta base permitiu-me discutir com os orientadores as intervenções realizadas, promovendo uma reflexão partilhada sobre a adequação e a eficácia das abordagens adotadas.

Perante a complexidade inerente à condição clínica da pessoa em situação crítica, bem como a necessidade constante de revisão terapêutica e a utilização de múltiplos recursos, torna-se essencial que EEEMC avalie criteriosamente a aplicabilidade da evidência científica no contexto da sua prática (Deutschman & Neligan, 2019). Neste sentido, a própria Deontologia Profissional artigo 109 (alínea c) sustenta esta exigência ao referir que o enfermeiro tem o dever de:

“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” Código Deontológico do Enfermeiro (2017, p. 86).

Complementarmente, o artigo 100.º, (alínea e), reforça que compete ao enfermeiro:

“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através de ações de qualificação profissional” Código Deontológico do Enfermeiro (2017, p. 86).

evidenciando o compromisso ético com a formação contínua e a prática baseada na melhor evidência disponível.

A formação e o desenvolvimento profissional contínuo representam um alicerce fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o reforço do desempenho profissional, refletindo-se diretamente na procura da excelência da prática assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). Neste sentido, e com o objetivo de assegurar uma atuação clínica sustentada na melhor evidência científica, considerei imprescindível realizar uma revisão aprofundada dos documentos reguladores da profissão, com especial enfoque nas áreas específicas relacionadas com a pessoa em situação crítica. Esta abordagem orientou a minha aprendizagem para guidelines e documentos oficiais emitidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS), complementando-se com a pesquisa em bases de dados científicas reconhecidas, de forma a aceder à evidência mais atual e relevante.

Considero que a minha capacidade de autoanálise reflexiva foi determinante ao longo do percurso desenvolvido nos estágios neste domínio, uma vez que me permitiu manter uma orientação consciente e crítica face ao processo de autodesenvolvimento. Esta atitude esteve sempre alinhada com os objetivos delineados no projeto de estágio, centrada no aprofundamento de conhecimentos e no desenvolvimento de capacidades teóricas e técnicas que sustentassem a aquisição de competências para a gestão complexa dos cuidados à PSC e à sua família, especialmente em contexto do SMIP.

Ao longo do presente mestrado, promovi também a minha autoformação tendo participado presencialmente em ações de formação cujas temáticas se inseriam nas diversas dimensões deste percurso formativo, nomeadamente:

- Fórum das Especialidades de Enfermagem da Universidade Católica Porto realizado no dia 27 de março de 2025 subordinada ao tema: A Prática Especializada para a Excelência do Cuidar onde participei com um Póster sobre “A Importância do diário no doente sedado em SMI na prevenção do Síndrome pós internamento pós cuidados intensivos”.

- II Jornadas de Enfermagem do SU do Hospital Santa Maria Maior –Barcelos- Novos Desafios e Oportunidades, realizado nos dias 17 e 18 de outubro de 2023

- IV Congresso Internacional *Critical Care* – CESPU'24, realizado nos dias 11 e 12 de outubro de 2024;

- 2º Seminário do Doente Crítico, CUF Academic Center, realizado no dia 7 e 8 de fevereiro de 2025

- *International Congress on Emergency 2025 (ICE 2025)* realizado no Auditório Prof. Armando Simões dos Santos, Faculdade de Medicina Dentária - Universidade de Lisboa, no passado dia 4 de abril de 2025

3.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PSC

As competências específicas são definidas como “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4745).

Neste sentido, a OE (2018b) definiu as seguintes competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC:

- “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”
- “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe”
- “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos”.

As experiências vivenciadas ao longo do estágio, nos dois contextos de estágio clínico, foram determinantes para o desenvolvimento dos domínios de competência, permitindo consolidar conhecimentos e aperfeiçoar a prática especializada em enfermagem à PSC. De acordo com o modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner (2001), os profissionais evoluem através de um processo de aprendizagem experiencial, construído no seio da prática profissional. Este processo envolve a vivência situacional contínua, a reflexão crítica e a integração dos saberes técnico-científicos, permitindo alcançar níveis mais avançados de proficiência, até ao nível de perito. Neste sentido, a realização de um estágio clínico no âmbito da formação especializada assume um papel fundamental na construção de uma identidade profissional mais sólida, favorecendo a preparação e o desenvolvimento de competências essenciais à prática (Benito et al., 2012).

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

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018, p.19362), “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

O cuidado à PSC e à sua família requer que o enfermeiro especialista EE atue com agilidade e precisão, mobilizando um conjunto alargado de conhecimentos e competências. Esta atuação deve ser célere e eficaz, permitindo dar resposta às exigências associadas à complexidade da condição crítica, desde a antecipação de possíveis instabilidades até à identificação e execução de intervenções especializadas. Tudo isto contribui para a conceção, implementação e avaliação de um plano de cuidados adequado, que acompanha a transição entre os estados de saúde e doença.

Durante os dois estágios clínicos, a prática foi desenvolvida em dois contextos distintos, cada um com tipologias variadas de pessoas em situação crítica (PSC), conforme descrito nas respetivas caracterizações. A diversidade de clientes e patologias observada em cada estágio proporcionou um leque alargado de situações clínicas, que se constituíram como oportunidades singulares de aprendizagem e reflexão. Estas experiências, além de fomentarem o desenvolvimento de competências específicas, permitiram pontos de partida diferenciados para a consolidação do perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Assim, os cuidados de Enfermagem ao doente crítico são contínuos e específicos nas respostas às necessidades afetadas e funções vitais em risco, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste contexto, tornou-se essencial mobilizar conhecimentos atualizados e adequados a cada situação clínica, integrando a compreensão dos diagnósticos, das abordagens terapêuticas, dos procedimentos, dos protocolos de atuação, e

das potenciais complicações associadas. A elaboração e aprofundamento de conhecimentos através de Revisões de Literatura efetuadas ao longo de cada estágio configuraram-se igualmente como uma estratégia pedagógica fundamental para alcançar estes objetivos formativos.

Perante a complexidade dos doentes com falência orgânica, torna-se imprescindível dominar a fisiologia humana, de forma a compreender e interpretar adequadamente a resposta do organismo às medidas terapêuticas, quer estas sejam de carácter compensatório ou corretivo. Esta competência já fazia parte da minha prática diária no contexto do (SU) onde exerço funções, onde a necessidade de atualização constante é impulsionada pelo contínuo avanço científico e tecnológico na área da (PSC). Durante os estágios, confrontei-me com realidades distintas daquelas que até então conhecia, exigindo de mim uma adaptação não só às especificidades de um Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, como também a um meio do extra-hospitalar do INEM diferente também do meio onde exerço a minha prática dirigida ao doente crítico e onde o Enfermeiro assume posição de destaque com um nível de responsabilidade e de tomada de decisão acrescidos mas também aos recursos disponíveis e às dinâmicas próprias de cada equipa. Estas experiências reforçaram a importância de uma aprendizagem contínua, sustentada pela evidência científica atual e pela aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação.

As experiências de doença crítica e eventos de trauma, vivenciadas nos diferentes contextos, SMIP e Ambulância SIV, provoca na pessoa e na sua família sentimentos profundos de fragilidade, vulnerabilidade e angústia. O ambiente nestes contextos é frequentemente pautado por uma constante tensão entre a vida e a morte, sendo a transição entre estes dois estados um momento particularmente sensível. Este cenário exige dos profissionais não apenas conhecimentos técnicos, mas também a capacidade de desenvolver competências como capacidade comunicacional, de tomada de decisão e liderança, flexibilidade, adaptabilidade, gestão emocional e uma postura ética e empática – um verdadeiro saber ser e saber estar. No SMIP a diversidade de diagnósticos foi vasta, desde patologias do foro médico como quadros sépticos, status pós PCRs, falências multiorgânicas com disfunções metabólicas, doentes

do foro neuro cirúrgico como TCE, TVMs, ruturas de aneurismas e malformações arteriovenosas, politraumatizados com situações do âmbito da cirurgia geral, maxilo facial, cirurgia plástica, ortopedia e ORL

A presença da família junto da pessoa em situação crítica assume um papel central no processo de cuidado, funcionando como um elemento estabilizador e de apoio emocional, tanto para o doente como para a própria equipa de saúde. A proximidade familiar contribui para a humanização dos cuidados intensivos, facilita a comunicação e promove a partilha de decisões, respeitando os valores, preferências e história de vida do doente.

Além disso, diversos estudos evidenciam que o envolvimento da família está associado à redução de níveis de ansiedade, medo e desorientação, favorecendo a recuperação clínica e psicológica do doente. Para a família, esta presença permite maior compreensão da situação, promove o alívio da incerteza e facilita o processo de luto, quando aplicável. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental como facilitador da comunicação terapêutica e como elo entre o doente, a família e a equipa multidisciplinar, promovendo um cuidado centrado na pessoa e relacionalmente significativo. Neste sentido, o enfermeiro deve procurar preparar e capacitar a família na prestação e envolvimento nos cuidados de cooperação, de forma a obter uma maior qualidade nos cuidados prestados. (Frade et al, 2021)

Durante este período, surgiram múltiplas oportunidades para treinar e consolidar estratégias eficazes e devidamente estruturadas na abordagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC). A intervenção junto do doente crítico pode ser orientada pela metodologia ABCDE, (A- *Airway*; B- *Breathing*; C- *Circulation*; D- *Disability*; E- *Exposure*) como forma de sistematizar os cuidados iniciais à PSC, tendo em conta que esta estratifica as prioridades de abordagem (Costa P., 2021). Esta é uma ferramenta fundamental que permite organizar e sistematizar as intervenções, estabelecendo prioridades nos cuidados a prestar. Desta forma, os resultados obtidos revelam-se mais adequados às necessidades identificadas na pessoa (American College of Surgeons [ACS], 2018). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010a), esta deve constituir a abordagem inicial a ser adotada em qualquer nível de prestação de cuidados.

Dada a complexidade destas situações clínicas, a aplicação da metodologia ABCDE promove uma resposta mais eficaz por parte dos profissionais de saúde, ao orientar a sua atenção para a identificação e resolução rápida de condições potencialmente fatais. Este algoritmo facilita, ainda, a deteção precoce de lesões que ameaçam a vida da pessoa em situação crítica, permitindo a realização imediata de intervenções essenciais. Após esta abordagem inicial, a avaliação secundária assume um papel crucial na continuidade dos cuidados, possibilitando a adequação das intervenções às necessidades específicas de cada doente (Silva et al., 2019).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica caracterizam-se pela sua continuidade e especificidade, orientando-se para a resposta às necessidades alteradas e para a preservação das funções vitais, com o objetivo de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações, limitar incapacidades e promover a recuperação plena do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Durante os estágios, a partilha contínua de conhecimentos com os enfermeiros tutores revelou-se uma experiência de elevado valor pessoal e profissional. Os diversos momentos de aprendizagem informal e de debate permitiram aprofundar competências técnicas e científicas, destacando-se, entre outros, os diagnósticos médicos e de enfermagem, a montagem e teste de segurança de ventiladores; a abordagem dos diferentes modos ventilatórios (invasivos e não invasivos); a utilização e montagem dos sistemas de técnicas de substituição renal em máquinas de hemofiltração; o manuseio de bombas perfusoras de alimentação entérica e parentérica; a aplicação de hipotermia terapêutica; a gestão e otimização das perfusões farmacológicas em cateteres venosos centrais e periféricos; e a participação em provas de morte cerebral.

A monitorização hemodinâmica assume um papel determinante na qualidade dos cuidados prestados pelo EEEMC, ao possibilitar a identificação precoce de alterações no estado clínico e a aplicação atempada de intervenções preventivas. Deste modo tem como principal finalidade a deteção precoce de alterações fisiológicas que possam comprometer a perfusão e o equilíbrio hemodinâmico do doente. Ao permitir uma vigilância contínua e precisa de parâmetros

cardiovasculares, esta prática possibilita a implementação atempada de intervenções terapêuticas, reduzindo o risco de deterioração clínica progressiva. Desta forma, contribui para a prevenção de complicações graves, como a disfunção multiorgânica e, em última instância, a morte, sendo essencial na gestão de doentes críticos e instáveis. (Muller et, al., 2012).

No âmbito da monitorização invasiva, foi possível consolidar competências na avaliação da pressão arterial invasiva e, especificamente em doentes neurocríticos — por exemplo vítimas de traumatismo cranioencefálico ou de ruturas de aneurismas —, na monitorização de parâmetros críticos como a pressão intracraniana (PIC), a pressão de perfusão cerebral (PPC) e a gestão de drenagens ventriculares externas (DVE). Esta monitorização rigorosa, integrada com a gestão ventilatória, visou a otimização hemodinâmica e neurológica contínua do doente crítico.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, particularmente no cuidado à pessoa com compromisso neurológico grave, desempenha um papel proativo, centrado na prevenção e controlo da hipertensão intracraniana, na promoção da pressão de perfusão cerebral adequada e na prevenção de complicações associadas.

Relativamente à monitorização do nível de sedação, a utilização do Índice Bispectral (BIS) foi sistematicamente realizada em doentes sedados e ventilados. Este sistema, baseado na análise do eletroencefalograma (EEG), permitiu, através da colocação de elétrodos na região frontal, quantificar o nível de sedação numa escala de 0 a 100, sendo esta avaliação realizada e interpretada em conjunto com a enfermeira tutora. Outra escala que era avaliada sistematicamente era a Escala de Agitação/Sedação de Richmond (RASS) onde o score tem um intervalo de +4 a -5 onde o score positivo representa agitação e agressividade e -5 doente não responsivo. (Ely, E. W., et al, 2003)

No domínio da ventilação mecânica, o contacto direto com doentes ventilados em diferentes modalidades ventilatórias, aliado à revisão da literatura científica e às explicações da tutora, permitiu consolidar conhecimentos acerca da ventilação invasiva. Aprendi a manusear o ventilador, realizar pré-oxigenação antes da

aspiração de secreções, interpretar as curvas ventilatórias e compreender as particularidades de cada modo ventilatório. Acompanhei todo o processo de desmame ventilatório até à extubação, reconhecendo a importância da avaliação contínua do doente pelo enfermeiro. A extubação, entendida como a fase final do desmame ventilatório — seja de forma abrupta ou gradual —, deve obedecer a um planeamento precoce e rigoroso (Pereira, Oliveira, Amâncio, & Moraes, 2013).

A interpretação de alarmes dos ventiladores, valores de capnografia e saturação de oxigénio, assim como a preparação e teste dos ventiladores antes da admissão dos doentes, foram também competências desenvolvidas, visando a segurança e eficácia da intervenção.

No que respeita às técnicas de substituição renal, foi possível contactar com a hemofiltração venovenosa contínua e com a diálise sustentada de baixa eficiência (SLED). A colaboração na inserção de cateteres venosos centrais, nomeadamente nas veias femoral, jugular e subclávia, foi acompanhada, permitindo consolidar conhecimentos sobre os cuidados específicos com estes doentes e a monitorização de potenciais complicações associadas às técnicas dialíticas.

Esta colaboração incidiu sobre a realização de técnicas e procedimentos, como a mobilização do doente politraumatizado, a inserção de Cateter Venoso Central (CVC) e linha arterial, a entubação oro traqueal, bem como na gestão complexa de protocolos e terapêutica, pela preparação e administração de medicação específica, nomeadamente terapêutica vasoativa, sedo-analgésica e anti trombótica (Gomes et al., 2023)

No âmbito das transferências Intra ou inter-hospitalares de doentes críticos, participei no planeamento e execução dos mesmos, assegurando a continuidade dos cuidados e a antecipação de complicações durante todo o processo de deslocação, nomeadamente para a realização de cirurgias ou exames complementares de diagnóstico ou na transferência do doente do exterior para o hospital. A transferência inter ou intra-hospitalar da PSC constitui um elemento crucial para a continuidade dos cuidados de saúde, sendo frequentemente necessário para a realização de meios complementares de diagnóstico e/ou

terapêutica, bem como para a transferência para unidades hospitalares mais adequadas às necessidades identificadas. Este processo, contudo, não está isento de riscos, exigindo, por isso, uma coordenação rigorosa por equipas multidisciplinares devidamente capacitadas, de forma a assegurar a segurança e a estabilidade clínica da PSC durante todo o percurso (Lin et al., 2020; Ramires et al., 2023).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017) reforça que os cuidados prestados durante o transporte devem, no mínimo, igualar a qualidade daqueles que são oferecidos na unidade de origem, prevendo ainda a necessidade de intensificar os cuidados sempre que tal se revele necessário para prevenir eventuais complicações.

Adicionalmente, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) definiram orientações específicas para o transporte do doente crítico, estruturando este processo em três fases fundamentais: decisão, planeamento e execução. Na fase de decisão, cabe à equipa médica da unidade de origem, em articulação com a equipa da unidade de destino, proceder à avaliação criteriosa da necessidade e viabilidade do transporte, ponderando cuidadosamente os riscos e os benefícios envolvidos (Ramires et al., 2023). A fase de planeamento do transporte inter-hospitalar deve ser realizada de forma articulada pela equipa multidisciplinar responsável pelo acompanhamento da pessoa em situação crítica (PSC), integrando dimensões essenciais como a coordenação, a comunicação, a estabilização clínica, a seleção do equipamento necessário e a preparação da documentação pertinente. Para além destes aspetos, é fundamental a antecipação e prevenção de potenciais complicações ou eventos adversos que possam surgir durante o processo de transporte.

A fase de efetivação do transporte centra-se na atuação da equipa designada para a transferência, cuja responsabilidade técnica e legal apenas se extingue com a entrega segura da PSC à equipa do hospital de destino. De forma a minimizar o risco clínico, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) recomendam a utilização de instrumentos padronizados de avaliação, como grelhas específicas, que auxiliam na determinação da composição da equipa, do nível de monitorização requerido e dos equipamentos a utilizar.

O enfermeiro responsável pelo TIH da PSC desempenha um papel determinante em todas as etapas do processo. Para além da realização de intervenções técnicas especializadas e da monitorização contínua do estado clínico, o enfermeiro assume um papel ativo na gestão do transporte, garantindo a continuidade dos cuidados e a prevenção de complicações.

De acordo com Williams et al. (2020), o enfermeiro deve coordenar o transporte desde a fase de decisão até à execução, assessorando a equipa multidisciplinar e delineando estratégias que visem a mitigação dos riscos associados. No exercício da sua prática, o enfermeiro mobiliza intervenções autónomas e interdependentes, detendo autonomia para a sua implementação, fundamentada em sólidos conhecimentos técnico-científicos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), o profissional mais habilitado para integrar equipas de transporte de doentes críticos é, preferencialmente, o EEEMC, dada a sua capacidade de antecipar instabilidades e complicações clínicas, administrar a terapêutica necessária, utilizar o equipamento adequado e executar intervenções específicas que garantam a segurança e a estabilidade da pessoa transportada. Esta recomendação é igualmente sustentada pela Ordem dos Médicos e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), que defendem que o transporte de doentes com instabilidade fisiológica, e que possam requerer intervenções emergentes ou urgentes, deve ser realizado por uma equipa composta por um médico e um enfermeiro – preferencialmente um EEEMC na área da pessoa em situação crítica –, ambos com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e experiência comprovada no transporte de doentes críticos.

Durante os contextos de estágio, foi possível observar que o enfermeiro coordenador de turno assegurava que o transporte da PSC fosse efetuado por um profissional da equipa detentor do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica, reforçando, assim, a segurança e a qualidade do processo.

A autonomia na gestão de terapêutica analgésica, terapêutica vasoativa, com ação cronotrópica, inotrópica e vagolítica. ou outra, também foi algo que tive

oportunidade de perceber na dinâmica de cuidados. A vigilância contínua e a antecipação de instabilidades foram premissas fundamentais para a prática clínica no estágio, baseadas na observação sistemática e na interpretação crítica dos dados obtidos pela monitorização e exame físico.

A gestão da dor foi uma preocupação constante, atendendo à elevada vulnerabilidade do doente crítico a este fenómeno, independentemente do seu nível de consciência. A dor foi avaliada sistematicamente, utilizando a *Behavioral Pain Scale* (BPS) em doentes sedados e a escala numérica de dor em doentes conscientes. A avaliação clínica era complementada pela observação de sinais hemodinâmicos como taquicardia e hipertensão, possibilitando intervenções adequadas e reavaliações contínuas.

A organização dos cuidados no SMIP baseava-se no modelo do enfermeiro de referência, responsabilizando-se este pela admissão, acolhimento e gestão inicial do plano individualizado de cuidados, além de assegurar a comunicação contínua e humanizada com a família.

O Processo de Enfermagem iniciava-se com a recolha e análise de dados, frequentemente dificultada pelo estado de consciência dos doentes, seguida da formulação de Diagnósticos de Enfermagem que orientavam a definição de intervenções específicas. O plano de cuidados era sistematicamente revisto e atualizado de acordo com a evolução clínica do doente.

A comunicação eficaz foi assegurada, nomeadamente através da técnica ISBAR, reconhecida pela Direção-Geral da Saúde como promotora da segurança do doente nas transições de cuidados (DGS, 2017).

Ao longo de toda a experiência, as normas ético-legais, o Código Deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros foram integralmente respeitados, assegurando a dignidade e os direitos dos doentes em todas as intervenções realizadas.

Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar a realização de provas de diagnóstico de morte cerebral, bem como os procedimentos clínicos subsequentes, direcionados à preservação da viabilidade dos órgãos

potencialmente elegíveis para doação. Este processo evidencia o papel essencial da equipa de enfermagem, cuja intervenção é determinante para garantir a estabilidade hemodinâmica do dador, assegurar uma hidratação adequada, manter a homeostasia metabólica e realizar cuidados específicos, como a proteção da córnea. A atuação criteriosa e protocolada dos profissionais de enfermagem é, assim, um fator decisivo para a otimização das condições dos órgãos a serem doados, contribuindo para o sucesso do processo de transplante e para a preservação da dignidade do dador.

Outro aspeto importante e que se encontra no cerne do cuidar humanizado é a comunicação, que não sendo eficaz, pode comprometer o tratamento, a recuperação e a reabilitação dos clientes, dificultando a resposta às suas necessidades (Silva et al., 2024).

Torna-se pertinente enfatizar que a pessoa em situação crítica (PSC) deve ser compreendida de forma integrada no seu enquadramento familiar e social, considerando que estes constituem dimensões indissociáveis e determinantes na qualidade da prestação de cuidados. Os familiares, enquanto elementos integrantes da rede de suporte da PSC, assumem um papel determinante, não apenas ao nível do apoio emocional e físico, mas também no âmbito da participação nos processos de tomada de decisão e, em determinadas circunstâncias, na execução de cuidados diretos. O reconhecimento da importância do papel da família nos cuidados à PSC levou a *Society for Critical Care Medicine* a incluir nas suas *guidelines* o “F” de “envolvimento e empoderamento familiar”, incorporando-o no feixe de cuidados ABCDEF (Marra et al., 2017).

A mesma *guideline* refere que através do envolvimento da família é possível reduzir a ansiedade dos familiares e dos clientes, identificar as preferências do cliente e incutir uma maior compreensão destes relativamente aos cuidados prestados pela equipa de saúde (Marra et al., 2017).

Duong et al. (2024) na sua revisão sistemática, evidenciam que a introdução de intervenções centradas nos familiares, no contexto dos cuidados à PSC, levou a melhorias nos sintomas de saúde mental dos clientes internados, na qualidade de

vida relacionada com fatores de saúde, bem como em indicadores fisiológicos, na duração da VMI e no tempo de internamento. As intervenções centradas na família que foram identificadas relacionaram-se com a presença regular de familiares ou pessoas significativas, a integração destes na prestação dos cuidados como por exemplo nos cuidados de higiene e na alimentação; a comunicação e facilitação de informação e o atendimento às suas próprias necessidades. No SMIP as visitas iniciavam-se às 12h e terminavam às 20h.

Ao longo dos diversos contextos de estágio, este domínio foi desenvolvido de forma transversal, concretizando-se através da realização de ensinamentos e orientações aquando da alta hospitalar, da disponibilização de informação sempre que solicitada, bem como, em determinadas circunstâncias, da autorização para a presença contínua e sem limitações numéricas dos elementos da rede de suporte junto da pessoa em situação crítica (PSC), em especial em situações de fim de vida ou de paragem cardiorrespiratória (PCR) não revertida. A vulnerabilidade intrínseca a estes contextos impõe ao enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica a necessidade de consolidar competências específicas de comunicação, empatia e relação interpessoal, permitindo-lhe, assim, prestar cuidados de excelência não apenas à PSC, mas também ao respetivo sistema de suporte, o qual poderá incluir ou não a família nuclear, em função das necessidades identificadas. Ademais, no âmbito do contexto extra-hospitalar, onde a comunicação de más notícias constitui, por vezes, uma constante, a presença dos familiares junto da pessoa intervencionada assume um papel fundamental, potenciando a compreensão e valorização das intervenções realizadas em contexto de emergência, favorecendo a perceção do seu grau de complexidade e contribuindo para o início do processo de elaboração do luto.

A reflexão crítica sobre o meu desempenho foi uma atividade realizada no final de cada dia de estágio, no sentido de ir melhorando progressivamente a minha prática e facilitar a elaboração deste relatório. Em suma, considero que foi possível desenvolver de forma eficaz esta competência na prestação de cuidados à PSC, adotando uma metodologia que facilitasse a identificação precoce dos problemas existentes do doente e/ou família, permitindo a adequada priorização das intervenções.

3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

A recorrência de desastres e eventos de emergência a nível mundial, quer de origem humana, quer de origem climática, geológica ou relacionado com microrganismos, confirma a necessidade dos enfermeiros estarem preparados com um conhecimento comum de como atuar na preparação, na resposta e no período pós evento (ICN, 2019).

Em Portugal, a par do que acontece no resto do mundo, os cenários de alterações climáticas preveem um aumento significativo das condições meteorológicas e consequentemente um aumento do número de ocorrências de ondas de calor, da sua duração e intensidade; um aumento do número e da intensidade dos grandes incêndios rurais, e fenómenos meteorológicos extremos, imprevisíveis, intensos e localizados, como chuva torrencial, granizo, ciclones e tornados (Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas, 2015). Estes aumentos significativos de catástrofes em território nacional acarretam feridos, vítimas mortais e um impacto negativo a nível económico, social e psicológico (Ferreira et al., 2024).

No âmbito do estágio, as atividades dirigidas ao desenvolvimento desta competência focaram-se na análise crítica dos planos de emergência e catástrofe da instituição, bem como na revisão dos respetivos planos de contingência, associadas a momentos de reflexão conjunta com a equipa de Enfermagem.

A capacitação dos enfermeiros para a atuação em contextos de catástrofe reveste-se de importância estratégica, uma vez que permite assegurar uma resposta rápida, coordenada e tecnicamente eficaz face a eventos de grande magnitude e imprevisibilidade. A formação específica nesta área contribui para que os profissionais estejam preparados para intervir de forma segura, reduzindo a morbilidade e a mortalidade associadas a estas situações. A resposta de emergência deve ser orientada por protocolos previamente definidos e

amplamente treinados, garantindo uma atuação sistematizada, integrada e ágil por parte das equipas multidisciplinares. Esta preparação é essencial para mitigar o impacto negativo nas populações afetadas, promover a continuidade dos cuidados essenciais e reforçar a resiliência dos serviços de saúde perante cenários de crise. (Pereira, 2018)

A recente experiência vivida com a pandemia por Covid-19 evidenciou, de forma inequívoca, a importância crítica dos enfermeiros na gestão de situações de emergência, exceção e catástrofe. Este fenómeno global gerou um consenso alargado quanto ao reconhecimento público e institucional das competências técnicas, científicas e humanas dos profissionais de enfermagem na resposta a contextos altamente exigentes e imprevisíveis. No entanto, apesar deste reconhecimento, tornou-se igualmente evidente, no seio das equipas de saúde, a necessidade de reforçar a formação contínua e de promover um investimento estratégico e sustentado na área da preparação para catástrofes. A capacitação sistemática dos enfermeiros é essencial para consolidar a resiliência das equipas, otimizar os tempos de resposta, e assegurar a eficácia das intervenções perante crises futuras, contribuindo, assim, para a segurança das populações e a robustez dos sistemas de saúde. (Santos, P., & Rabiais, I., 2015)

De acordo com Ferreira et al. (2024), num estudo português que analisou a perceção dos enfermeiros, sobre a sua preparação para atuar em situações de catástrofe, revelou que estes não se sentiam preparados para intervir numa situação de catástrofe.

Os resultados do referido estudo evidenciam diferenças significativas nos valores do score global, bem como nas competências associadas ao “saber” e à “gestão do pós-catástrofe”, entre os enfermeiros que possuem formação avançada em áreas que incluem conteúdos relacionados com o atendimento em emergência e catástrofe. Os mesmos autores defendem que por se tratar de situações incertas e imprevisíveis, é necessário apostar numa fase de pré-preparação que contemple o planeamento e a prevenção, o treino contínuo dos profissionais, a educação e sensibilização para o tema e riscos, sem esquecer as restantes fases da gestão de catástrofe, incluindo o planeamento do suporte emocional contínuo após o evento. Só deste modo é possível garantir uma resposta operacional

adequada e eficaz perante as situações de catástrofe e aumentar a probabilidade de sobrevivência das vítimas (Ferreira et al., 2024).

A maioria dos enfermeiros reconhece que não está adequadamente preparada para atuar em situações de catástrofe, evidenciando a necessidade de formação contínua e específica nesta área. A falta de formação e o desconhecimento dos mecanismos de ativação de um plano de emergência são fatores críticos que comprometem a eficácia da resposta em situações de catástrofe. (Santos & Rabiais, 2015).

A crescente complexidade e frequência dos desastres naturais e das emergências em saúde pública reforçam a necessidade de promover e desenvolver a formação dos enfermeiros na resposta a situações de catástrofe, bem como de estabelecer uma regulamentação mais inclusiva e objetiva nesta área específica da prática profissional. Nesse sentido, a integração de conteúdos relacionados com catástrofes nos planos curriculares dos cursos de licenciatura em Enfermagem, em Portugal, constitui uma medida essencial para assegurar a preparação adequada dos futuros profissionais (Santos et al., 2021).

Contudo, a perceção dos enfermeiros atualmente no exercício da prática revela lacunas significativas no que diz respeito à sua preparação para intervir em contextos de catástrofe, o que evidencia a urgência de implementar formação específica e contínua, orientada para as exigências reais destes cenários (Nunes, 2022).

Neste contexto, importa sublinhar que a preparação para situações de catástrofe compreende um conjunto de atividades e estratégias planeadas antecipadamente, com o objetivo de garantir uma resposta eficiente. Entre estas estratégias incluem-se a emissão de alertas precoces, a organização de planos de evacuação e a criação de sistemas de resposta estruturados, de modo a minimizar os impactos humanos e materiais antes mesmo da ocorrência do evento (Said & Chiang, 2020).

Quando o plano de catástrofe é ativado, está definida a criação imediata de um gabinete de crise, cujo objetivo é atuar como centro de comando do plano de emergência, sendo formado pelo coordenador do plano e pelos elementos por si

designados. Diante de um evento catastrófico, há um aumento significativo de admissões no SU e exige uma adaptação em relação ao normal funcionamento do mesmo, nomeadamente no método de triagem. Esta deve ser um processo dinâmico que segue a situação clínica em conformidade com a disponibilidade do atendimento (Direção Geral da Saúde, 2018). A triagem, nestas situações, na maioria dos algoritmos, classifica as vítimas em quatro categorias: morto ou expectante (preto), emergente (vermelho), grave (amarelo) e não grave (verde) (Jenkins et al., 2008). Tem como principal objetivo, a assistência precoce, a utilização de manobras de *life saving*, determinação do nível de urgência, o controlo do fluxo de vítimas, entre outros. Desta forma, assume-se que a adoção do sistema de triagem possibilite salvar tantas vidas quanto as possíveis (Oliveira et al., 2012).

No âmbito do desenvolvimento desta competência, embora não tenha experienciado diretamente uma situação de catástrofe durante o período de estágio, no SMIP tive a oportunidade de analisar, em conjunto com o meu tutor, o Plano de Catástrofe do hospital e o Plano de contingência da Unidade.

3.3 MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são definidas como infeções contraídas pelos utentes durante a prestação de cuidados de saúde ou em resultado dos procedimentos a que são submetidos (Direção-Geral da Saúde, 2017c). Estas infeções constituem atualmente uma das complicações mais relevantes da prática médica contemporânea, com impacto significativo ao nível da morbilidade, mortalidade e dos custos associados (Lobão & Sousa, 2016). Representam uma preocupação crescente para os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), ocorrem anualmente cerca de 670 000 infeções na União Europeia relacionadas com resistência a antibióticos, das quais resultam aproximadamente 33 000 mortes.

De forma geral, os fatores de risco mais relevantes estão relacionados com o uso de dispositivos invasivos, a realização de intervenções cirúrgicas e a presença de

microrganismos multirresistentes, cuja ameaça tem vindo a crescer devido à escassez de opções terapêuticas eficazes. A prevenção e controlo das IACS assentam na adoção rigorosa de boas práticas clínicas, como a aplicação consistente das precauções básicas de segurança, medidas de isolamento e uma utilização criteriosa dos agentes antimicrobianos.

A PSC, devido à sua fragilidade clínica, à eventual disfunção multiorgânica e à necessidade de múltiplas intervenções invasivas, encontra-se especialmente vulnerável. A imunidade comprometida, frequentemente agravada pela resistência antimicrobiana, potencia o risco de infeções por agentes oportunistas e microrganismos multirresistentes. Este contexto reforça a responsabilidade individual de cada profissional de saúde na implementação de medidas eficazes de prevenção e controlo das IACS. (Direção-Geral da Saúde. 2018).

A prevenção e o controlo das (IACS) constituem atualmente, um dos maiores desafios em contexto hospitalar, dado o seu impacto direto no prolongamento do tempo de internamento, no aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, bem como nos custos associados ao tratamento das complicações resultantes (Pittet et al., 2008; WHO, 2022). A sua prevenção é, por isso, uma prioridade estratégica nas instituições de saúde, exigindo uma abordagem sistematizada, multidisciplinar e baseada na evidência.

Com o objetivo de dar resposta a estas problemáticas, foi desenvolvido em 2013 o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), como resultado da integração do Programa Nacional de Controle de Infeções com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos e que conta com um grupo de coordenação local, nomeadamente a Comissão de Controle de Infeção (CCI), presente em cada uma das diferentes instituições de prestação de cuidados. Este programa tem linhas estratégicas que visam a promoção das PBCI, a vigilância epidemiológica permanente e a administração racional dos antibióticos. Em unidades como o SMIP, onde se concentram doentes particularmente vulneráveis, imuno comprometidos e sujeitos a procedimentos invasivos – como terapias de substituição renal, ventilação mecânica e antibioterapia de largo espectro – o risco de desenvolvimento de IACS é significativamente elevado (Vincent et al., 2009).

Esta realidade exige o cumprimento rigoroso de protocolos clínicos e de normas de segurança, com foco na prevenção das infeções mais prevalentes nestes contextos.

No âmbito nacional, destaca-se o projeto STOP Infeção, promovido pela Direção-Geral da Saúde, que visa a implementação de estratégias uniformizadas de prevenção em UCIs (DGS, 2018). Este projeto assenta na aplicação de *Bundles of Care* centrados em quatro principais focos de infeção: pneumonia associada à entubação oro traqueal e à ventilação mecânica invasiva, infeção do local cirúrgico, bacteriémia associada a cateteres centrais e periféricos, infeção urinária associada a cateter vesical.

A aplicação das Bundles implica a execução sistemática de intervenções clínicas baseadas na melhor evidência disponível. No caso da pneumonia associada à ventilação mecânica, por exemplo, as medidas incluem a monitorização da pressão do cuff, aspiração das secreções orais e traqueais, higienização oral com Octinidina, avaliação diária da possibilidade de extubação, elevação da cabeceira da cama a 30° e rigor na higienização das mãos e uso adequado de equipamento de proteção individual, (DGS, 2022).

Na prevenção da infeção associada a cateteres centrais, procede-se à recolha do terço distal do cateter para análise microbiológica no momento da sua remoção ou substituição, normalmente a cada sete dias, sendo também prática instituída a desinfeção rigorosa dos sistemas de perfusão com clorhexidina a 2% sempre que se acede aos mesmos.

Estas práticas são complementadas por outras intervenções específicas, como a desinfeção e higienização adequadas de equipamentos e superfícies, bem como a realização sistemática de rastreios de colonização por microrganismos multirresistentes à admissão dos utentes. Tal abordagem visa não só a deteção precoce, mas também a implementação imediata de medidas de isolamento de contacto quando indicado, especialmente em doentes transferidos de outras instituições. No SMIP onde desenvolvi o estágio existem grupos de trabalho atribuídos a cada uma das *Bundles* que são responsáveis pelo desenvolvimento, supervisão e auditoria das mesmas.

A Comissão de Controlo de Infeção (CCI) assume um papel fundamental neste processo, promovendo a formação contínua dos profissionais e o cumprimento rigoroso das normas institucionais.

Durante o estágio no SMIP, observei a implementação sistemática de medidas de controlo de infeção preconizadas pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI), como a correta higienização das mãos, o uso adequado e contextualizado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), e a monitorização de práticas relacionadas com a manipulação de dispositivos invasivos. A disponibilidade estratégica de soluções antissépticas à base de álcool, bem como a presença de dispositivos que facilitam a lavagem adequada das mãos (como torneiras com sensores), reforçam a cultura de segurança instalada no serviço.

A prática clínica observada, aliada ao conhecimento adquirido nas aulas teóricas, permitiu-me consolidar competências essenciais no âmbito da prevenção e controlo das IACS. Esta vivência reforçou em mim a consciência da responsabilidade profissional e ética associada à segurança do doente, assim como a necessidade de uma atitude proativa e vigilante.

Assim, conclui-se que a prevenção eficaz das IACS depende de uma cultura organizacional centrada na segurança e da cooperação ativa de todos os profissionais de saúde. Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica deve assumir um papel de liderança, não apenas na aplicação das boas práticas clínicas, mas também na promoção de uma cultura de segurança, na supervisão das equipas e na participação ativa na elaboração e atualização de protocolos institucionais (Pina et al., 2021).

O seu contributo é essencial para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes, particularmente em contextos de elevada complexidade como o SMIP. O enfermeiro especialista, pela sua formação avançada e visão sistémica, deve assumir um papel interventivo na definição, implementação e monitorização de práticas seguras, promovendo uma atuação baseada na evidência e orientada para a excelência dos cuidados (Silva et al., 2020).

4. CONCLUSÃO

O presente relatório traduz um percurso formativo exigente e profundamente enriquecedor, realizado no âmbito do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC. Através da articulação entre a prática clínica supervisionada e a reflexão crítica fundamentada, foi possível consolidar competências essenciais ao exercício especializado da enfermagem, respondendo de forma estruturada aos objetivos previamente delineados.

A escolha dos contextos de estágio — o (SMIP) e a Ambulância (SIV) — revelou-se estratégica para o desenvolvimento das competências clínicas em situações de elevada complexidade. Estes cenários, caracterizados pela instabilidade clínica, urgência terapêutica e elevada vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, exigem um desempenho profissional pautado pela vigilância contínua, tomada de decisão célere e competência técnica especializada (Vincent et al., 2009; Benner, 1984).

As experiências descritas ao longo deste relatório ilustram apenas uma fração da complexidade inerente à prática do enfermeiro especialista. O seu âmbito de intervenção integra um conjunto abrangente de competências técnicas, científicas e relacionais, que se interligam de forma dinâmica e complementar, garantindo uma abordagem holística e eficaz na prestação de cuidados.

As unidades curriculares, o estágio e os momentos de orientação tutorial integrados no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC permitiram atingir, na sua generalidade, os objetivos propostos. Este percurso fomentou o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, bem como uma maior autonomia na tomada de decisão, sempre em conformidade com normas e protocolos terapêuticos complexos definidos pela legislação vigente. Além disso, possibilitou o aprimoramento das capacidades de avaliação, diagnóstico, planeamento e implementação de

cuidados à PSC, assim como a identificação precoce e gestão proativa de situações de instabilidade e risco de falência orgânica.

O primeiro objetivo deste percurso foi o de desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, numa abordagem centrada na pessoa e família, com base na evidência científica. A diversidade de intervenções realizadas — desde a gestão ventilatória à estabilização hemodinâmica, passando pelo acompanhamento em situações de falência multiorgânica — permitiu consolidar saberes e práticas sustentadas, indo ao encontro das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2017b). A integração da evidência na tomada de decisão clínica contribuiu para uma prática mais segura e eficaz, em consonância com os princípios da prática baseada na evidência (Jordan et al., 2019).

O segundo objetivo consistiu em refletir criticamente sobre a atuação profissional à luz do referencial de competências do Enfermeiro Especialista, validando aprendizagens adquiridas ao longo de um percurso profissional extenso e significativo. Este exercício permitiu reconhecer a experiência acumulada como um pilar estruturante da prática especializada, tal como defendido por Benner (1984), que sublinha a progressão da competência clínica com base na experiência e na reflexão em contexto real. A creditação da unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica” é, assim, expressão da pertinência formativa desse percurso.

O terceiro objetivo referia-se ao desenvolvimento das competências comuns do EE, como a responsabilidade ética, a melhoria contínua da qualidade e a promoção de ambientes de prática seguros e das competências específicas do EEEMC como cuidar da pessoa e família a vivenciar processo complexo de doença, resposta a situações de emergência e catástrofe e na prevenção e controle da infeção.

A vivência em contexto intensivo e extra-hospitalar evidenciou a importância de práticas colaborativas e integradas, em articulação com equipas multiprofissionais. A literacia científica, aliada à competência relacional, mostrou ser determinante para a eficácia das intervenções em situações críticas e para a

humanização do cuidado, em consonância com os referenciais de qualidade e segurança preconizados pela literatura (Aiken et al., 2014; WHO, 2022).

Do ponto de vista do desenvolvimento científico, a integração de revisões de literatura orientadas para a prática revelou-se um instrumento fundamental de consolidação do conhecimento. A revisão sobre o uso do diário do doente em cuidados intensivos, com foco na sua aplicação em pessoas sedadas, permitiu fundamentar a introdução e valorização desta ferramenta enquanto estratégia de humanização e prevenção do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). A evidência demonstra que, mesmo em contexto de sedação profunda, o diário pode funcionar como um mediador da reconstrução narrativa da experiência do internamento, facilitando a recuperação emocional e a reintegração do doente na sua vivência após a alta. A sua implementação durante o estágio reforçou a importância da comunicação não verbal e do registo sistemático como intervenções com valor terapêutico, envolvendo a equipa multidisciplinar e os familiares como coautores deste processo.

Paralelamente, a revisão centrada nas competências não técnicas dos enfermeiros em contexto extra-hospitalar contribuiu para a compreensão aprofundada das exigências do ambiente de emergência extra-hospitalar. A análise da literatura permitiu identificar competências-chave como a tomada de decisão sob pressão, a liderança operacional, a comunicação eficaz em equipas interdisciplinares e a consciência situacional — elementos imprescindíveis para uma atuação segura e eficiente em contextos de instabilidade e imprevisibilidade. Esta reflexão foi essencial para a valorização das competências transversais do enfermeiro especialista, muitas vezes invisibilizadas, mas determinantes para a segurança do doente e a qualidade da resposta em situações críticas.

Do ponto de vista dos contributos para a melhoria dos cuidados, destaca-se a difusão do conhecimento científico como motor de mudança na prática assistencial. A articulação entre investigação e ação foi materializada através da sensibilização da equipa para práticas baseadas na evidência, da partilha crítica de conhecimentos adquiridos e da participação ativa em processos de decisão clínica. Estas iniciativas traduziram-se numa melhoria na personalização dos cuidados, na promoção do *empowerment* da pessoa e da sua família, e na

qualificação da resposta da equipa de enfermagem a situações de elevada complexidade clínica e emocional.

O percurso realizado caracterizou-se por uma exigência significativa, impondo a conciliação entre o exercício profissional e o compromisso académico inerente ao mestrado. Este processo revelou-se desafiante e exigente em múltiplas dimensões, refletindo as dificuldades de equilibrar a prática clínica com a aprendizagem teórica.

Este percurso foi também marcado por desafios, nomeadamente a readaptação ao contexto académico e a constante exigência de atualização científica. No entanto, a postura reflexiva, a autonomia crescente e a motivação para a excelência foram determinantes para a superação das dificuldades, reforçando a identidade profissional e a consciência do papel do Enfermeiro Especialista enquanto agente de mudança e promotor de práticas seguras e humanizadas (Silva, Santos & Oliveira, 2020; ICN, 2021). Contudo, o percurso académico embora altamente enriquecedor, não esteve isento de desafios, constrangimentos e limitações. A articulação entre as exigências do mestrado, do exercício profissional e a conciliação com a vida pessoal, mostrou-se um dos principais obstáculos, evidenciando a necessidade de estratégias de gestão de tempo. No entanto, considero que ultrapassei estes desafios de forma positiva.

Em síntese, o estágio final permitiu atingir os objetivos delineados, validar as aprendizagens obtidas e reforçar o compromisso com a prática avançada em enfermagem. Este processo representou não apenas a conclusão de uma etapa académica, mas a abertura de uma nova fase profissional, orientada pela excelência, pela ética e pelo cuidado centrado na pessoa em situação crítica e na sua família. O Enfermeiro Especialista, neste contexto, afirma-se como um profissional altamente qualificado, reflexivo, ético e comprometido com a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Atravessar este caminho foi, acima de tudo, um exercício de superação, onde cada desafio se transformou numa oportunidade de crescer e fazer a diferença nos cuidados prestados. A nível pessoal e profissional, este relatório reflete um percurso que se constitui como um marco transformador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373–382.

Almeida, A. M. de, & Oliveira, I. (2022). *A importância da monitorização do Índice Bispectral (BIS) no doente neurocrítico* [Apresentação de conferência]. V Fórum das Especialidades de Enfermagem – I Encontro Internacional das Especialidades de Enfermagem: Os cuidados especializados de Enfermagem nas fronteiras da pandemia, Porto, Portugal.

Austin, C. P. (2021). Opportunities and challenges in translational science. *Clinical and Translational Science*, 14(5), 1629–1647. <https://doi.org/10.1111/cts.13055>

Barreto B.B., Luz M, Rios MNDO, Lopes AA, Gusmao-Flores D. *The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. Critical Care*. 2019;23(1):1–10

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Cabral, A., Silva, D., & Silva, M. (2024). Comunicação com o Doente Crítico no Serviço de Medicina Intensiva. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*,(14e), e32763. <https://doi.org/https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

Carolina, A., Vinícios, M., Fernanda, M., Pereira, G., Medeiros, S., Menezes, T., Ximenes, V., Maros, J., Leituga, R., Teixeira, G. B., Grazielle, A., & Cristina, (2024).

Fomentando autonomia do cuidado para empoderar a educação em saúde. *Caderno Pedagógico*, 21(6), e5097–e5097 <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n6207>

Carter, C., Rooney, M., & Notter, J. (2022). Critical Care Nurse Leadership. In *Covid-19: A Critical Care Textbook*. Elsevier.

Cavalcante, L. P., Ramos, I. C., Araújo, M. Â., Alves, M. D., & Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6). <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307032877012.pdf>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2021). *Código de ética para os enfermeiros* (versão portuguesa). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 53-59). Lisboa: Lidel.

Cunha, C., Fernandes, M. I., & Sousa, P. (2022). *Reflexão crítica e aprendizagem em enfermagem: contributos para a prática profissional*. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV21129>

Deodato, S. (Coord.). (2015). *Deontologia profissional de enfermagem* (2.^a ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Deutschman, C. S., & Neligan, P. J. (2019). *Evidence-based practice of critical care*. Elsevier.

Despacho Normativo n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*: 2ª Série, n.º 187, 96-103.

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). *Diário da República* n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento* (ISBN 972-675-097-0). Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Norma n.º 07/DQS/DQCO - Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015, 16 de dezembro). *Norma DGS 021/2015: “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação*

Direção Geral de Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Programa STOP Infeção! DGS*.

Direção Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Ministério da Saúde.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank quarterly*, 84(3), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Duong, J., Wang, G., Lean, G., Slobod, D., & Goldfarb, M. (2024). Family-centered interventions and patient outcomes in the adult intensive care unit: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Critical Care*, 83, 154829–154829. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2024.154829>

Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., ... & Bernard, G. R. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: Reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983–2991. <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.298>

Exl, M. T., Lotzer, L., Deffner, T., Jeitziner, M.-M., & Nydahl, P. (2024). *Intensive care unit diaries—harmful or harmless: A systematic literature review and*

qualitative data synthesis. Australian Critical Care.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.09.006>

Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (33), 93–112. <https://hdl.handle.net/10316/11712>

Ferreira, P. L. (2023). Transforming to strengthen trust in the NHS. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal*, 32(3), 169–172. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v32.i3.33497>

Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: Perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>

Galazzi, A., Adamini, I., Bazzano, G., Cancelli, L., Fridh, I., Laquintana, D., ... & Bambi, S. (2022). Intensive care unit diaries to help bereaved family members in their grieving process: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103121. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103121>

Governo de Portugal. (2015). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 56/2015, de 30 de julho: Aprova o Quadro Estratégico para a Política Climática, o Programa Nacional para as Alterações Climáticas e a Estratégia Nacional de Adaptação às Alterações Climáticas*. Diário da República n.º 147/2015, Série I.

Graça, S. (2020). *Referencial de competências do enfermeiro (2.ª ed.)*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Hackenberger, A. (2023). *Intensive Care Unit Diaries: A Nurse-Led Program*. *Critical Care Nurse*, 43(1), 20–30. <https://doi.org/10.4037/ccn2023573>

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. International Council of Nurses., https://www.icn.ch/system/files/documents/202004/ICN_APN%20Report_EN_WE

Institute for Healthcare Improvement. (2012). *How-to guide: Prevent ventilator-associated pneumonia*.

Jenkins, J. L., McCarthy, M. L., & Sauer, L. M. (2008). Mass-casualty triage: Time for an evidence-based approach. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(1), 3–8. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00005471>

Johansson, M., Wåhlin, I., Magnusson, L., & Hanson, E. (2024). *The use and application of intensive care unit diaries: An instrumental multiple case study*. PLoS ONE, 19(2), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298538>

Jones, C., et al. (2010). *Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial*. *Critical Care*, 14(5), R168. <https://doi.org/10.1186/cc9260>

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 17(1). <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000155>

Kourkouta, L., Yildirim Kaptanoglu, A., Koukourikos, K., Iliadis, C., Ouzounakis, P., & Tsaloglidou, A. (2021). Leadership and teamwork in nursing. *Journal of Health Care Communications*, 6(2). <https://doi.org/10.36648/2472-1654.21.6.002>

Lei n.o 25/2012 , (2015). Diário da República n.o 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105.

Lin, S. J., Tsan, C.-Y., Su, M.-Y., Wu, C.-L., Chen, L.-C., Hsieh, H.-J., Hsiao, W. L., Cheng, J.-C., Kuo, Y.-W., Jerng, J.-S., Wu, H.-D., & Sun, J.-S. (2020). Improving patient safety during intrahospital transportation of mechanically ventilated patients with critical illness. *BMJ Open*

Marckmann, G., & Schildmann, J. (2022). Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung [Quality and ethics in healthcare]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 65(3), 335–341. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03492-4>

Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in critical care. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225–243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>

Mendes, A. J. D. (2019). Supervisão clínica e desenvolvimento de competências: A reflexão como estratégia de aprendizagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série (20)*, 117–126. <https://doi.org/10.12707/RIV19031>

Muller, J. C., Kennard, J. W., Browne, J. S., Fecher, A. M., & Hayward, T. Z. (2012). Hemodynamic monitoring in the intensive care unit. *Nutrition in Clinical Practice*, 27(3), 340–351. <https://doi.org/10.1177/0884533612443562>

Neves, M. S. (2022). Importância das plataformas de e-learning na formação contínua dos enfermeiros. *SPG Saúde*. <https://spgsaude.pt/spgsweb/importancia-das-plataformas-de-e-learning-na-formacao-continua-dos-enfermeiros/>

Nishio, E., & Kuratomi, S. S. (2024). *Educação permanente e continuada em enfermagem* (2.^a ed.). Dialética.

Nunes, I. I. M. A. (2022). *Preparação do enfermeiro para intervir em situação de catástrofe* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria].

Nunes, L. (2016). Os limites ao agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7–16.

Oliveira, M. S., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, S., & Borges, B. (2012). Situações de exceção. In *Manual TAS*. Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-deExce%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Colégio de Especialidade de Médico-Cirúrgica: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – área de pessoa em situação crítica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Padilha, M. I., Bellaguarda, M. L. R., Nelson, S., & Maia, A. R. A. (2016). *Legislação e prática profissional de enfermagem: desafios éticos e legais*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1195–1199.

Pereira, M. M. F. (2018). *Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora].

Pereira, P. C., Oliveira, L. H., Amâncio, J. S., & Moraes, F. C. (2013). Desmame da ventilação mecânica: Comparação entre pressão de suporte e tubo T – uma revisão de literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 11(1), 500–511. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5033065>

Pina, R. M., Faria, R. M., & Fernandes, C. P. (2021). O papel do enfermeiro especialista na segurança do doente: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 25, 73–80.

Pittet, D., Allegranzi, B., & Storr, J. (2008). Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. *The Journal of Hospital Infection*, 68(4), 285–292.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.

Pour, J., Watson, R., E. Jafaripour, & R. Jafarian. (2024). The roles and responsibilities of advanced practice nurses in intensive care units: A scoping review. *Enfermería Intensiva*

Regulamento n.º 140/2019. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Ribeiro, M. A., Dutra, V. A. M. F., & de Oliveira, L. P. (2024). A relevância da formação contínua e especializações para profissionais de saúde: Garantindo excelência e atualização. *Periódicos Brasil: Pesquisa Científica*. <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/120>

Rocha, A. (2021). Leadership and Management as a Professional Concept. In *Nursing Leadership, Management, and Professional Practice for the LPN/LVN*. F.A. Davis Company.

Said, N. B., & Chiang, V. C. L. (2020). The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 48, 100806. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2019.100806>

Sampaio, F., Silva, A., & Monteiro, M. (2020). Formação avançada em enfermagem e qualidade dos cuidados: Perspetiva dos enfermeiros especialistas. *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, 2(10), 67–76. <https://doi.org/10.29352/mill02010.05>

Santos, L., & Cerqueira, M. (2022). As experiências dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade na prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(No 1). <https://doi.org/10.12707/rv21153>

Santos, P., & Rabiais, I. (2015). *Enfermagem de catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências*. In Atas do 9.º Seminário de Investigação em Enfermagem (p. 49). Universidade Católica Portuguesa.

Santos, P. A. F., & Rabiais, I. M. (2015). Enfermagem de catástrofe: Preparação para o desenvolvimento de competências. In *Atas do 9.º Seminário de Investigação em Enfermagem* (p. 49). Universidade Católica Portuguesa.

Santos, P. A. F., Rabiais, I. C. M., Berenguer, S. M. A. C., & Amendoeira, J. J. P. (2021). Competências dos estudantes de licenciatura em enfermagem em cenários de catástrofe: Das necessidades educativas à regulamentação curricular. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20131>

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Silva Lima, M. L., Assunção Ribeiro, K. R., Ferreira Gonçalves, F. A., Borges, M. M., & Nascimento Guimarães, N. (2019). Service of nursing in intracranial pressure monitoring in patients neurocríticos. *Functional Care Online*, 11(1), 255–262. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.255-262>

Silva, A. M., Santos, L. V., & Oliveira, A. C. (2020). Papel do enfermeiro na prevenção das infeções hospitalares: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1–10.

Silva, M. J., Mendes, F., & Araújo, B. (2021). Ambientes clínicos de aprendizagem e o desenvolvimento de competências em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (25), 53–60. <https://doi.org/10.19131/rpesm.32278>

Silva, M., Cabral, A., & Silva, D. (2024). Comunicação com o doente crítico no serviço de medicina intensiva. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 14e, e32763. <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>

Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M., & Gomes, E. (2019). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), 164–170. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190029>

Torres, L., Nelson, F., & West, G. (2020). Exploring the effects of a nurse-initiated diary intervention on post-critical care posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Nursing*, 120(5), 24–30.

Ullman, A., et al. (2013). *Diaries for recovery from critical illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010468>

Urden, L., Stacy, K. M., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. Lusodidacta.

Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>

Vincent, J. L., Rello, J., Marshall, J., Silva, E., Anzueto, A., Martin, C. D., ... & Reinhart, K. (2009). International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *JAMA*, 302(21), 2323–2329.

World Health Organization. (2022). *Global report on infection prevention and control*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061651>

World Health Organization. (2023). *Global status report on road safety 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

**Importância do Diário no Doente sedado em Serviços de Medicina Intensiva
na prevenção do desenvolvimento do Síndrome Pós Internamento em
Cuidados Intensivos**



CATÓLICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Importância do Diário no Doente sedado em Serviços de Medicina Intensiva na prevenção do desenvolvimento do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

José Luís da Costa Miranda

Novembro de 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**Importância do Diário no doente sedado em Serviços de Medicina
Intensiva na prevenção do desenvolvimento do Síndrome Pós
Internamento em Cuidados Intensivos**

Revisão de Literatura

Orientador: Professor Doutor Vasco Neves

Enfermeira Tutora: Enf^a A.M.

Aluno: José Luís da Costa Miranda

CHAVE DE SIGLAS

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

JBI - Joanna Briggs Institute

MeSH - Medical Subject Headings

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

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI - Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

TSPT- Transtorno de Stress Pós-Traumático

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	94
2-ENQUADRAMENTO TEORICO	95
3-METODOLOGIA	99
4-RESULTADOS	103
5 - DISCUSSÃO	107
6-CONCLUSÕES	111
7-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
8- APÊNDICES	116
APÊNDICE 1 - TABELA DE EVIDÊNCIAS 1 da Revisão sobre Diários de cuidados intensivos reduzem o aparecimento de novas perturbações de stress pós-traumático após doença crítica: um estudo randomizado e controlado	117
APÊNDICE 2 - TABELA DE EVIDÊNCIAS 2 da Revisão sobre Diários para a Recuperação de Doenças Críticas	118
APÊNDICE 3 - TABELA DE EVIDÊNCIAS 3 da Revisão Diários da unidade de cuidados intensivos (prejudicial ou benéfico?): uma revisão sistemática da literatura e síntese de dados qualitativos	119
APÊNDICE 4 - TABELA DE EVIDÊNCIAS 4 da Revisão sobre A utilização e aplicação de diários de unidade de cuidados intensivos: um estudo instrumental de múltiplos casos	120
APÊNDICE 5 - TABELA DE EVIDÊNCIAS 5 da Revisão Diários da Unidade de Cuidados Intensivos: Um programa liderado por enfermeiros	121

RESUMO:

Introdução: A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade exige competências especializadas e baseadas na evidência. Nesse contexto, a utilização do diário do doente sedado em unidades de cuidados intensivos tem-se afirmado como uma estratégia preventiva do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), uma condição que acarreta sequelas físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes.

Objetivo: Identificar vantagens da metodologia do diário do doente em Serviços de Medicina Intensiva (SMI) submetidos a sedação

Metodologia: Para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma revisão da literatura com base numa pesquisa nas bases de dados B-On, CINAHL e Cochrane Database of Systematic Reviews, utilizando os descritores DeCS e MeSH relacionados com “Diary”, “Intensive Care Unit” e “Post Intensive Care Syndrome”, em português e inglês. A partir de 18 artigos identificados, aplicou-se a metodologia PRISMA, da qual resultou a seleção final dos estudos que sustentam esta revisão.

Resultados: Após a aplicação dos critérios de inclusão segundo a metodologia PRISMA, foram incluídos 5 artigos na revisão. Os estudos qualitativos evidenciaram benefícios na utilização do diário do doente sedado em unidades de cuidados intensivos, destacando a sua utilidade na redução do impacto do SPICI a longo prazo. Contudo, não existem atualmente ensaios controlados randomizados que comprovem a eficácia do diário na prevenção e recuperação do SPICI em doentes e familiares.

Conclusão: O diário do doente revela ser uma importante ferramenta na prevenção do SPICI ou minimização dos danos decorrentes do internamento em Unidades de Cuidados Intensivos.

Palavras chave: Diary, Intensive care Unit, Post Intensive Care Syndrome

1-INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa do Porto, que estou a desenvolver num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente de um Hospital no Norte, propus-me enquanto objetivo do meu projeto de estágio, realizar uma Revisão Integrativa da Literatura sobre uma problemática identificada e que fosse pertinente abordar. Assim sendo, defini como questão de Investigação, “A Importância do Diário do doente submetido a sedação no Serviço de Medicina Intensiva na prevenção do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos, (SPICI)”.

Os Serviços de Medicina Intensiva são frequentemente associados a uma experiência traumática para a pessoa doente, que enfrenta situações de risco de vida, isolamento, e perda de autonomia. Durante e após a permanência no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), muitos doentes desenvolvem o Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), que se caracteriza por um conjunto de complicações de ordem física, psicológica e cognitiva que pode comprometer e prejudicar a qualidade de vida no pós alta e a longo prazo.

Este trabalho tem como objetivo explorar o que a literatura diz sobre o impacto do uso do diário do doente como uma ferramenta na prevenção da SPICI, avaliando a sua eficácia em reduzir os sintomas de ansiedade, depressão e stresse pós-traumático, que são frequentemente associados a essa síndrome.

A presente revisão da literatura, encontra-se estruturada em três partes. A primeira parte, refere-se ao enquadramento teórico, descreve o conceito de SPICI e o do diário do doente internado em SMI. A segunda parte integra a metodologia utilizada, os resultados e a discussão dos mesmos. Por último, apresentam-se as conclusões onde se evidenciam as vantagens e dificuldades na sua implementação.

2-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O aparecimento do uso dos diários nas Unidades de Cuidados Intensivos teve início na década de 1980, na Dinamarca, numa época em que os doentes permaneciam com tempos de ventilação mecânica invasiva (VMI) e sedação mais prolongados, paradigma que se alterou nos últimos anos (Backman C., 2011). Recentemente tem-se observado mudanças na abordagem dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI), nomeadamente na sedação e na analgesia. Cada vez mais, defende-se que a retirada da sedação e a mobilização aconteçam tão cedo quanto possível (Schweickert WD, et al. 2009). Esta evolução impõe a adoção de estratégias de vigilância e prevenção de novos problemas a que podem estar sujeitos estes doentes. Apesar dos doentes estarem menos sedados, muitos ainda apresentam memórias escassas ou distorcidas da permanência nos SMI, por vezes agravadas por alucinações, perturbações do sono e pesadelos, com aumento do risco de desenvolvimento de transtorno de stress pós-traumático (TSPT), ansiedade e depressão, inseridas no quadro do síndrome pós-internamento em cuidados intensivos (SPICI) (Samuelson K. et al. 2006).

A SPICI foi descrita pela primeira vez apenas em 2012 por Dale Needham, que tem sido um grande impulsionador para a compreensão e desenvolvimento da temática em ambiente de cuidados intensivos, com mais de 100 artigos publicados sobre o tema. Presentemente, existe uma grande preocupação e empenhamento dos profissionais de saúde, assim como, da entidade reguladora da saúde em Portugal, de diminuir a incidência e prevalência da doença após alta clínica do doente crítico. Neste contexto, estão a ser implementadas medidas específicas para prevenir e mitigar as consequências desta síndrome, através da inclusão de indicadores de qualidade nos serviços de medicina intensiva. No que concerne aos cuidados ao doente crítico, há um incremento de consultas de follow-up nas UCI assim como a criação do processo assistencial do doente crítico (Nuñez et al. 2020).

A SPICI causada pelo transtorno do internamento de um doente em cuidados intensivos, não se resume unicamente ao impacto que tem no doente em estado

crítico. A família é uma parte integrante desse mesmo sofrimento nas vertentes, funcional, organizacional, emocional e também económica. No presente, a consulta de follow-up começa a ser implementada de uma forma generalizada a nível mundial, com especial incidência nos Estados Unidos da América e nos países do norte da Europa, onde os programas de follow-up estão bem documentados (Villa et al. 2021). Em Portugal, também existem algumas unidades de cuidados intensivos que disponibilizam esta consulta. Entre as estratégias emergentes para mitigar o impacto da SPICI, destaca-se o uso do diário do doente. Os diários inicialmente escritos por enfermeiros para doentes críticos foram implementados em algumas unidades de cuidados intensivos como uma intervenção para construir o “tempo perdido” dos doentes e preencher as suas lacunas na memória. Estudos demonstraram que os diários têm impacto na recuperação psicológica dos doentes após cuidados intensivos.

Este diário, operacionalizado hoje pela equipa multidisciplinar, familiares e, eventualmente, pelos próprios pacientes, tem como principal objetivo registar os eventos diários durante o internamento, documentando as intervenções clínicas, sentimentos expressos por familiares, progressos e/ou retrocessos no processo de recuperação. Ao fornecer uma narrativa contínua, o diário ajuda o doente a reconstruir a sua memória do período de internamento, frequentemente fragmentada ou inexistente devido á necessidade de longos períodos de sedação ou ao estado crítico da doença.

A hospitalização em SMI é uma experiência causadora de stress para a pessoa internada e para a família/cuidador devido a uma multiplicidade de fatores. Muitos destes, acabam por desenvolver sintomas de Stress (SPT), que se não forem diagnosticados e tratados atempadamente, geram consequências graves no regresso ao quotidiano e na qualidade de vida. As pessoas que viveram a experiência de terem estado em situação crítica internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) estão particularmente em risco de desenvolver o perturbação SPICI, devido às intervenções e tratamentos a que foram submetidas durante o período de internamento, bem como por se encontrarem num ambiente desconhecido e pela incerteza face ao diagnóstico e prognóstico (Carvalho Moraes, et al. 2024) . O progresso dos tratamentos realizados em medicina intensiva está associado ao decréscimo da mortalidade tanto na UCI como

hospitalar, sendo assim urgente o desenvolvimento de novas estratégias que visem minimizar os efeitos negativos do internamento na UCI no futuro das pessoas.

O SPICI refere-se assim, a um conjunto de sinais e sintomas físicos, psicológicos, cognitivos e problemas de índole social que podem afetar pacientes após uma longa permanência em Serviços de Medicina Intensiva. Esses sintomas podem persistir por semanas, meses ou até anos após a alta do SMI.

1. Sintomas Físicos:

Fraqueza muscular: Devido à imobilidade prolongada, muitos doentes desenvolvem perda de massa muscular e força.

Dificuldades respiratórias: Problemas pulmonares podem surgir devido à ventilação mecânica prolongada.

Fadiga extrema: Sentir-se constantemente cansado, mesmo após pequenos esforços.

Dor: A dor crónica é comum, especialmente nas articulações e músculos.

Problemas de sono: Insónia ou dificuldade em manter um sono de qualidade.

2. Sintomas Cognitivos:

Dificuldade de concentração e memória: Muitos doentes relatam confusão, esquecimento fácil ou dificuldade em manter a atenção.

Problemas de raciocínio: Dificuldades em resolver problemas ou executar tarefas quotidianas.

Delirium: Alguns pacientes podem ter episódios de confusão mental,

3. Sintomas Psicológicos:

Ansiedade: A incerteza e o stresse do período de internamento podem deixar o paciente ansioso.

Depressão: O isolamento e a gravidade da situação podem desencadear sentimentos depressivos.

Transtorno de Stresse Pós-Traumático (TEPT): Experiências traumáticas vividas na UTI, como procedimentos invasivos e a sensação de falta de controle, podem resultar em TEPT.

4. Problemas Sociais e de Qualidade de Vida:

Isolamento social: Alguns pacientes têm dificuldades em retomar suas vidas sociais e profissionais.

Dificuldades financeiras: Os altos custos dos cuidados e a incapacidade de trabalhar podem agravar o impacto económico-social.

Esses sintomas podem variar em gravidade e duração dos mesmos e nem todos os pacientes desenvolverão todos os sintomas. A reabilitação precoce e o acompanhamento multidisciplinar podem ajudar a mitigar os efeitos do SPICI.

3-METODOLOGIA

Uma *questão de investigação* (ou *research question*) é um elemento central na formulação de um projeto de pesquisa, pois orienta o estudo e define o foco da investigação. Segundo Creswell, as questões de investigação precisam ser claras, específicas e direcionadas, ajudando o pesquisador a delimitar o que exatamente ele quer entender ou descobrir e orientar as escolhas metodológicas subsequentes (John Creswell, 2018).

Partindo deste pressuposto para a construção da questão de investigação recorreu-se aos termos de pesquisa tendo em conta as orientações da terminologia PCC - População, Conceito, Contexto, conforme se descreve no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação – Terminologia PCC	
POPULAÇÃO	Doentes submetidos a sedação suscetíveis de desenvolver SPICI
CONCEITO	Diário do doente
CONTEXTO	Serviços de Medicina Intensiva

Deste modo formulou-se a seguinte pergunta de investigação: “Importância do Diário no doente sedado em Serviços de Medicina Intensiva na prevenção do desenvolvimento do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos”.

Os DeCS e MeSH selecionados foram agrupados de acordo com a expressão Booleana (“Diary”) OR (“Intensive care Unit”) OR (“Post Intensive Care Syndrome”), e os seus correspondentes em Português. A pesquisa foi realizada nas bases de dados B-on, Cinahl e Cochrane Data Base of Systematic Reviews, no período temporal compreendido entre 2010 e 2024, obtendo-se um total de 18 artigos, de acordo com os critérios de inclusão definidos no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Critérios de inclusão dos artigos analisados na revisão da literatura	
Critérios de inclusão dos artigos analisados na revisão integrativa da literatura	Acesso livre
	Artigos sobre o Diário do doente
	Contexto de Serviço de Medicina Intensiva
	Artigos sobre SPICI
	Artigos publicados entre 2010 e 2024
	Artigos em Inglês e Português

No que diz respeito ao nível de evidência, foi utilizada a classificação do JBI (Joanna Briggs Institute 2013) para submeter os artigos incluídos na revisão. Tendo em conta o volume de artigos que poderiam ser incluídos após a aplicação dos critérios de inclusão, o presente trabalho preconiza a revisão crítica de apenas cinco artigos, o nível de evidência e qualidade metodológica dos artigos foram também considerados para a seleção dos mesmos, conforme apresentado no quadro 3. Assim, foi possível selecionar os artigos de melhor qualidade e com o mais alto nível de evidência.

No que diz respeito ao nível de evidência, foi utilizada a classificação do JBI (2013) para evidência de eficácia.

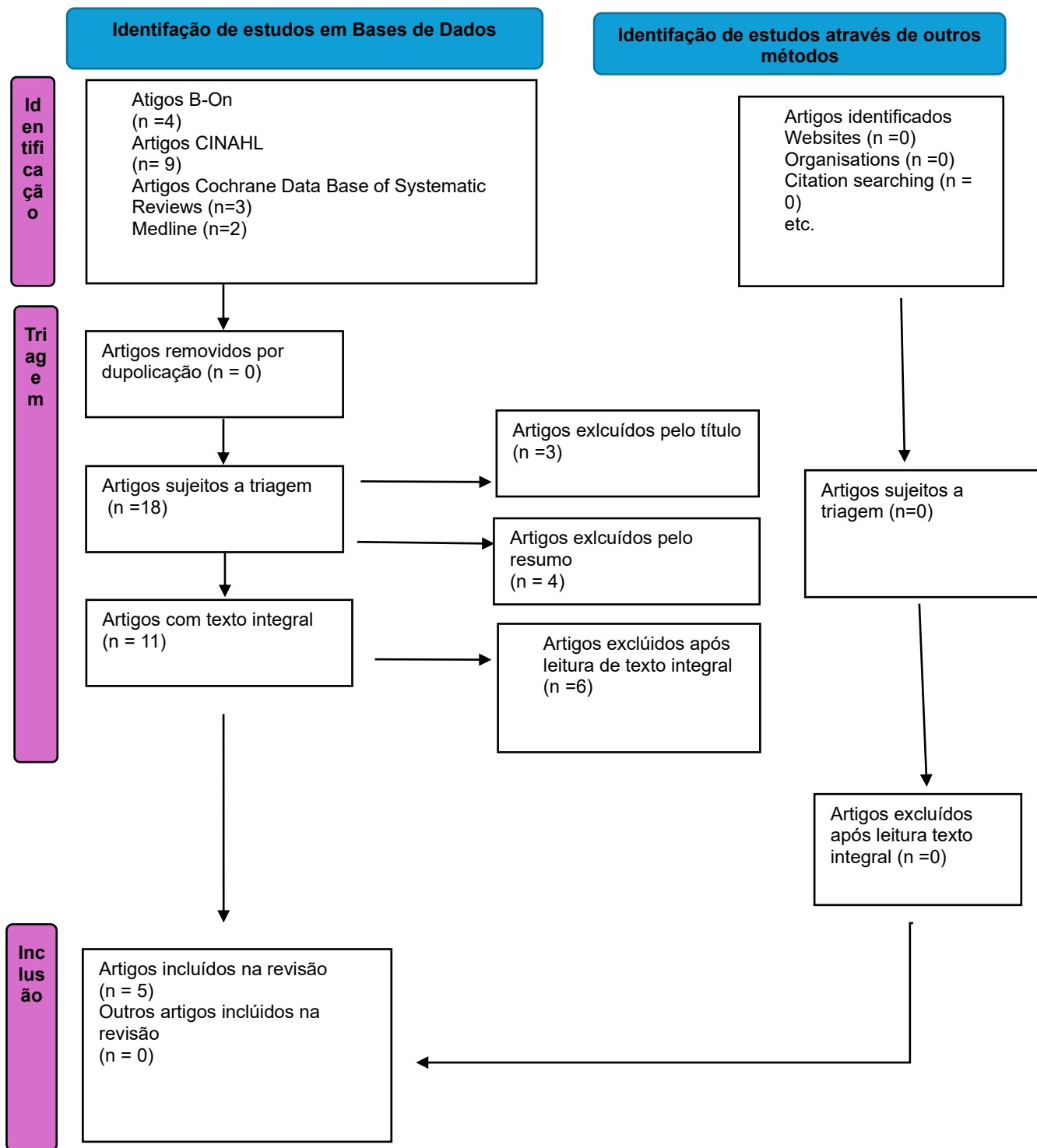
Avaliação do nível de evidência dos estudos: QUADRO 3

Título	Nível de Evidência
Diaries for recovery from critical illness (Ullman et al., 2013)	1b Systematic review of RCTs and other study designs
Intensive care diaries reduce new onset post-traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial (Jones et al., 2010)	1c RCT
Intensive care unit diaries—harmful or harmless: A systematic literature review and qualitative data synthesis (Mathias Thomas Exl et al., 2024)	1 Qualitative or mixed-methods systematic review (níveis de evidência para estudos de significado)
The use and application of intensive care unit diaries: An instrumental multiple case study (Johansson et al., 2024)	3 Qualitative study (níveis de evidência para estudos de significado)
Intensive Care Unit Diaries: A Nurse-Led Program. Critical Care Nurse, (Hackenberger, A. 2023).	5 Evidence derived from descriptive studies or clinical experiences reports

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

Após a seleção dos 18 artigos, não tivemos necessidade de remover nenhum artigo por duplicação, posto isto, foram sujeitos a triagem os 18 artigos encontrados, tendo sido excluídos pelo título um total de 3 artigos e pela leitura do resumo 4 artigos. Desta forma, para leitura de texto integral foram totalizados 11 artigos, tendo sido excluído 6 artigos após a sua leitura, conferindo um total de 5 artigos para a elaboração da revisão da literatura

Figura 1: Diagrama PRISMA



4-RESULTADOS

Após a seleção dos artigos incluídos na revisão extraíram-se os resultados que se encontram plasmados nas 5 tabelas de extração de dados que se encontram como Apêndice desta Revisão. Estas encontram-se organizadas pelo título; autores; ano de publicação e resultados relevantes para a questão de investigação do presente trabalho.

O feedback dos doentes sobre os diários foi muito positivo, sendo que os principais resultados no ECR “Diários de cuidados intensivos reduzem o aparecimento de novas perturbações de stress pós-traumático após doença crítica”, dos autores (Jones C. et al. 2010) foram:

TSPT pré-existente: 11 doentes (3 de controle, 8 de intervenção) apresentavam TSPT crônico não diagnosticado antes do estudo.

Novos casos de TSPT: Após três meses, a incidência de TSPT foi significativamente menor no grupo de intervenção (5% contra 13,1% no controle, $p=0,02$).

Memórias delirantes: Associadas a maiores pontuações de sintomas de TSPT, com impacto negativo independente da intervenção.

Aceitação dos diários: 87% dos doentes da intervenção receberam e leram o diário, com uma média de três leituras (variação de 0 a 20). O feedback foi amplamente positivo:

Utilidade percebida: 49% destacaram o texto do diário como mais útil, 36% a combinação de texto e fotos, e 15% preferiram as fotos.

Leitura compartilhada: 84% dos doentes da intervenção compartilharam seus diários, principalmente com familiares (100%).

O estudo conduzido por Ullman e colaboradores, publicado na Cochrane Library, investigou os diários em UCI como uma ferramenta para promover a recuperação psicológica dos doentes críticos e seus familiares. Os diários documentam os

eventos diários vivenciados pelo doente durante o internamento, ajudando-o a explicar o motivo da hospitalização e os cuidados realizados, o que pode auxiliar no processo de recuperação após a alta.

Impacto nos doentes:

Evidências limitadas e de qualidade baixa a muito baixa mostraram que os diários podem não ter um impacto claro sobre a redução de sintomas de transtorno de stresse pós-traumático (TSPT), ansiedade ou depressão em doentes de UCI.

Não foram observadas diferenças significativas nos sintomas de memória delirante ou na qualidade de vida entre os pacientes que receberam diários e aqueles que não receberam. Nos familiares, o estudo identificou uma possível redução nos sintomas de stresse pós-traumático entre familiares que tiveram acesso aos diários, indicando que esses registos podem ser benéficos para familiares na recuperação psicológica.

No entanto o estudo tem limitações e a maioria dos estudos incluídos apresentava alto risco de viés e utilizou amostras pequenas. Não houve dados suficientes para avaliar o impacto em custos, qualidade de vida ou outros indicadores amplos de recuperação.

O artigo “Diários da unidade de cuidados intensivos (prejudicial ou benéfico?): uma revisão sistemática da literatura e síntese de dados qualitativo, faz revisão do impacto dos diários em unidades de cuidados intensivos (UCI) na recuperação de pacientes e seus familiares. Esses diários, frequentemente mantidos por profissionais de saúde ou familiares, visam preencher lacunas de memória e promover a recuperação psicológica.

A revisão encontrou resultados mistos: alguns estudos sugerem que os diários podem reduzir sintomas de TSPT e depressão, enquanto outros não observaram benefícios claros. Além disso, limitações metodológicas nas pesquisas existentes dificultam conclusões definitivas sobre a eficácia dessa prática.

O estudo "A utilização e aplicação de diários de unidade de cuidados intensivos: um estudo instrumental de múltiplos casos", conduzido por (Maria Johansson et al.. 2024), investigou a prática e o impacto do uso de diários em unidades de

cuidados intensivos (UCIs) na Suécia. Este método visa ajudar na recuperação psicológica de doentes críticos e suas famílias.

E os Principais resultados:

Diferenças nos usos dos diários: Foram observadas variações significativas entre as unidades no formato e na implementação dos diários, incluindo o uso de fotografias e o momento de início da escrita.

Temas identificados sobre o uso dos diários:

- Servem para compreender e processar a experiência da UCI.

- Proporcionam um cuidado personalizado, caloroso e humano.

- Auxiliam no enfrentamento de questões existenciais.

- Funcionam como ferramenta em atividades cotidianas.

- Impacto positivo: Os diários demonstraram ser instrumentos valiosos na recuperação emocional e na criação de conexões significativas entre doentes, familiares e profissionais de saúde.

O estudo propôs diretrizes para padronizar a estrutura e o conteúdo dos diários nas UCIs, destacando sua importância como intervenção terapêutica para mitigar os efeitos psicológicos do internamento em cuidados intensivos.

Segundo Hackenberger (2023) a implementação de um programa piloto de diários em uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), liderado por enfermeiros incluem os seguintes resultados::

Benefícios para doentes e famílias:

- Os diários ajudaram os doentes a preencher lacunas de memória durante sua estadia na UCI, especialmente aqueles submetidos à ventilação mecânica por mais de 24 horas.

- As famílias expressaram gratidão pelo programa, indicando que ele proporcionou maior aceitação da experiência na UCI.

Impacto no trabalho dos enfermeiros:

- A inclusão dos diários não aumentou significativamente a carga de trabalho dos enfermeiros.
- O programa facilitou a comunicação entre a equipe e as famílias, além de oferecer um meio para os enfermeiros lidarem melhor com o stress.

Resultados gerais:

- Foram completados 20 diários, distribuídos no momento da alta da UCI.
- As avaliações por meio de ligações de acompanhamento e sessões de feedback indicaram que o programa foi bem-sucedido, sendo de baixo custo e apresentando benefícios para doentes, famílias e equipa de enfermagem.
- O estudo destaca que programas semelhantes podem ser implementados com investimentos modestos, trazendo melhorias na experiência e nos resultados de cuidados intensivos.

5 - DISCUSSÃO

Com base nos resultados dos artigos selecionados pode dizer-se que a implementação do uso dos diários nas Unidades de Cuidados Intensivos tem na maioria das vezes um efeito positivo na prevenção e recuperação do doente e família após um episódio traumático como seja o vivenciar uma situação crítica que ponha em risco a vida do doente. Os doentes referem que o uso do diário é um instrumento que ajuda e colmata a necessidade de explicações no pós alta relativo ao período em que o doente esteve sedado e ajuda a que os próprios colaborem no seu processo de recuperação.

Para Jones C. et al. (2010) o diário da UCI, descrevendo diariamente a permanência dos doentes na UCI, disponibilizado um mês após a recuperação dos doentes, ajuda a reduzir a incidência de SPICl de início agudo, reduzindo o seu impacto na qualidade de vida a longo prazo dos doentes. Os resultados dos estudos sobre o uso de diários em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) mostram impactos positivos tanto para pacientes quanto para familiares. Em geral, os diários são preenchidos por profissionais ou familiares para registar a evolução diária dos pacientes, com o objetivo de reduzir o stress e a confusão após alta, especialmente em doentes que são submetidos a sedação prolongada. Eles ajudam os doentes a preencher lacunas de memória e a lidar com experiências difíceis, promovendo uma recuperação psicológica mais equilibrada.

Este estudo indica que os diários podem ainda ter efeitos terapêuticos, como redução dos níveis de ansiedade e depressão após o internamento, embora alguns estudos apontem variação nos benefícios em relação ao stress pós-traumático. A utilização de fotos e a personalização do conteúdo são fatores valorizados, proporcionando segurança ao paciente sobre o cuidado recebido. Foi uma oportunidade para o doente perceber e assimilar o atendimento caloroso e os cuidados personalizados e humanos a que foi sujeito por parte da equipa multidisciplinar.

Muitos referem que a leitura dos diários foi acompanhada de emoções, como choro e angústia ao tomarem consciência das situações passadas nas UCIs. No

entanto ao refletirem sobre o que estava escrito consideraram libertador e um alívio para os sintomas depressivos, pesadelos e insónias, contribuindo assim para um equilíbrio dos sistemas de autorregulação. Foi também um fator de fortalecimento de laços familiares dado que o diário permitiu aos familiares a expressão de sentimentos em momentos de crise. Os doentes, familiares e profissionais de saúde que mencionaram efeitos negativos dos diários e experienciaram emoções intensas ao escrever e ler um diário, não as categorizaram como prejudiciais e apenas os estudos de investigação qualitativa referem esses benefícios

Para Ullman et al. (2014), que investigou os diários em UCIs, o efeito dessas ferramentas na recuperação psicológica de doentes e familiares após internamento, preenchidos pela equipe de saúde com descrições diárias do internamento, têm como objetivo ajudar na compreensão dos eventos passados e reduzir a ocorrência de sintomas de stress pós-traumático (TSPT), ansiedade e depressão. O estudo fez revisão de ensaios clínicos controlados, comparando grupos que usaram diários com aqueles que não usaram, mas constatou evidências limitadas e de baixa qualidade sobre a eficácia dos diários.

Embora um dos estudos tenha mostrado uma leve redução nos sintomas de TSPT em familiares que receberam os diários, não houve evidências significativas de melhoria no bem-estar psicológico dos próprios doentes. Além disso, a metodologia variou entre os estudos, dificultando a padronização dos resultados. A revisão concluiu que há uma necessidade de mais estudos de alta qualidade para confirmar o papel dos diários na recuperação dos doentes críticos e seus familiares, particularmente no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida e à diminuição dos custos em saúde.

Para Matthias Thomas et al. (2024), os diários de UCIs podem ser benéficos ou prejudiciais para doentes, familiares e profissionais de saúde. Esta revisão sistemática e síntese qualitativa revelou que, embora muitos pacientes e familiares relatem benefícios como preenchimento de lacunas de memória e apoio emocional, os diários também podem reavivar lembranças traumáticas em alguns casos. A pesquisa sugere que a implementação de diários na UCI deve considerar

os contextos individuais para maximizar os benefícios e minimizar possíveis impactos psicológicos adversos.

Para Johansson, M., et al. (2024), os diários ajudaram doentes e familiares a entender melhor a situação de saúde crítica, promovendo uma sensação de cuidado humanizado e ajudando no enfrentamento de questões existenciais. Contudo, o uso dos diários variou entre as unidades, especialmente em termos de conteúdo, como o uso de fotos e o momento de início do diário. O estudo sugere que diretrizes mais padronizadas sobre o uso desses diários poderiam melhorar seu impacto positivo na recuperação dos doentes e no suporte emocional aos familiares. A pesquisa envolveu quatro UCIs em hospitais suecos, onde os diários foram analisados quanto às práticas de uso e percepções dos doentes, familiares e enfermeiros e como poderiam ser melhorados para apoio psicológico de doentes críticos.

Para Hackenberger, A. (2023), os diários foram bem recebidos e apreciados tanto pelos doentes quer pelas famílias, especialmente porque ajudaram a preencher lacunas de memória durante o período de internamento. Esse método contribuiu para a aceitação da experiência e para o bem-estar psicológico dos envolvidos. Além disso, enfermeiros relataram que o programa não aumentou significativamente a carga de trabalho e facilitou a comunicação e o enfrentamento emocional, tanto para a equipa como para as famílias.

O programa foi desenvolvido numa unidade com 24 camas, onde enfermeiros e familiares faziam anotações diárias sobre o progresso dos doentes que estavam em ventilação mecânica com estadias previstas superiores a 24 horas.

A implementação desse programa foi considerada um sucesso, com baixo custo para a instituição e benefícios psicossociais para doentes e profissionais de saúde envolvidos.

Dos artigos incluídos nesta revisão devemos salientar que não há um consenso ou unanimidade quanto às vantagens do uso do diário no doente crítico internado em UCI, e constatou em alguns estudos evidências limitadas e de baixa qualidade sobre a eficácia dos diários. Alguns estudos sugerem a realização de mais estudos de investigação de alta qualidade para confirmar as vantagens do uso do diário.

No entanto a maioria dos estudos refere que o uso do diário no doente crítico e sedado em UCI traz benefícios para o doente e família na recuperação emocional e psicológica no pós alta reduzindo o aparecimento de sintomatologia que condicione a qualidade de vida dos doentes e família.

6-CONCLUSÃO

A evidência analisada sugere que a utilização de diários em unidades de cuidados intensivos (UCI) constitui uma estratégia potencialmente eficaz na redução da incidência de perturbações de stress pós-traumático (TSPT) em doentes críticos. Alguns estudos demonstram que os diários ajudam os doentes a entender e processar a experiência traumática na UCI, proporcionando uma maneira de reconstruir e relembrar os acontecimentos durante o período de recuperação e ajudam a reduzir o impacto psicológico a longo prazo, promovendo a adaptação e recuperação emocional dos doentes.

Esses achados são significativos para a prática clínica, pois sugerem que incluir a manutenção de diários como parte do cuidado oferecido em UCIs pode beneficiar a saúde mental dos doentes, ajudando-os a superar traumas e facilitar a transição de volta à vida quotidiana. Em conclusão, o uso de diários pode ser uma intervenção simples e de baixo custo que oferece um impacto positivo substancial na recuperação emocional e psicológica de doentes críticos.

Destaca-se ainda que o uso de diários em unidades de cuidados intensivos (UCI) apresenta tanto benefícios potenciais quanto desafios, dependendo de como são implementados e da experiência de cada paciente. Os diários podem ser ferramentas benéficas para a recuperação emocional e psicológica, pois auxiliam na reconstrução da memória e na compreensão da experiência durante a UCI. No entanto, também alerta que, em alguns casos, os diários podem desencadear emoções negativas ou reviver traumas, especialmente em pacientes com experiências particularmente intensas ou traumáticas.

Alguns artigos fornecem uma análise prática de como os diários são implementados em diferentes contextos de UCI. Ele revela que o impacto positivo dos diários depende amplamente de sua aplicação cuidadosa e do apoio oferecido ao paciente durante a leitura e reflexão sobre os eventos descritos. Este estudo destaca que a personalização e a consideração das necessidades individuais dos pacientes são cruciais para que os diários sejam uma ferramenta terapêutica eficaz.

Os estudos sugerem que os diários de UCI podem ser benéficos para a recuperação, mas o seu uso deve ser sensível e adaptado a cada doente para minimizar o risco de reviver traumas. A implementação cuidadosa e o suporte profissional são essenciais para maximizar os efeitos positivos dos diários e garantir que eles contribuam para a recuperação psicológica e emocional dos pacientes após um evento crítico.

A presente revisão permite também concluir que a implementação de diários em unidades de cuidados intensivos, quando liderada por enfermeiros, pode desempenhar um papel significativo na recuperação psicológica e emocional dos pacientes. Os enfermeiros têm um papel central e diferenciado na criação, manutenção e entrega dos diários, uma vez que estão em contacto direto e contínuo com os doentes e suas famílias. Esse envolvimento permite que os diários sejam personalizados e preenchidos de forma sensível e atenta, aumentando seu valor terapêutico para os doentes após a alta.

Os enfermeiros mostraram serem eficazes em ajudar os doentes a processar e compreender as suas experiências na UCI, auxiliando na redução do risco de transtornos psicológicos, como o stress pós-traumático. A conclusão enfatiza que o envolvimento da equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso deste tipo de intervenção, sugerindo que, ao integrar os diários ao cuidado oferecido, os enfermeiros contribuem significativamente para a recuperação holística do paciente.

7-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia, A. S., & Ruivo, A. (2023). EFEITO DO DIÁRIO DA PESSOA INTERNADA EM UCI NA PREVENÇÃO DE DISTÚRBO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento*, 9(4),8–22. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(4\).613.8-22](https://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(4).613.8-22)
- Eklind, S., Olby, K., & Åkerman, E. (2022). The Intensive Care Unit Diary — a Significant Complement in the Recovery after Intensive care. a Focus Group Study. *Intensive and Critical Care Nursing*,74, 103337. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103337>
- Galazzi, A., Adamini, I., Bazzano, G., Cancelli, L., Fridh, I., Laquintana, D., Lusignani, M., & Rasero, L.(2021). Intensive care unit diaries to help bereaved family members in their grieving process: asystematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103121. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103121>
- Galazzi, A., Bruno, M., Binda, F., Caddeo, G., Chierichetti, M., Roselli, P., Grasselli, G., & Laquintana, D. (2023). Thematic analysis of intensive care unit diaries kept by staff: insights for caring. *Intensive and Critical Care Nursing*, 76, 103392. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103392>
- Gundersen, S., Siri Blikstad-Løkkevik, Brenna, G., Steindal, S. A., & Monica Evelyn Kvande. (2024). Critical care nurses' assessment of writing diaries for adult patients in the intensive care unit – Aqualitative study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.02.010>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., & O'Connor, D. B. (2024). Could breaks reduce general practitioner burnout and improve safety? A daily diary study. *PLoS ONE*, 19(8), e0307513–e0307513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307513>

- Hackenberger, A. (2023). *Intensive Care Unit Diaries: A Nurse-Led Program*. *Critical Care Nurse*, 43(1), 20–30. <https://doi.org/10.4037/ccn2023573>
- Johansson, M., Wåhlin, I., Magnusson, L., & Hanson, E. (2024). The use and application of intensive care unit diaries: An instrumental multiple case study: PLoS ONE. *PLoS ONE*, 19(2), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298538>
- Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., Rylander, C., Griffiths, R. D., & RACHEL group, T. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168. <https://doi.org/10.1186/cc9260>
- Maagaard, C. A., & Laerkner, E. (2022). Writing a Diary for “You” — Intensive care nurses’ narrative practices in diaries for patients: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 136, 104363. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104363>
- Matthias Thomas Exl, Lotzer, L., Deffner, T., Marie-Madlen Jeitziner, & Nydahl, P. (2024). Intensive care unit diaries—harmful or harmless: A systematic literature review and qualitative data synthesis. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.09.006>
- Moraes, S. C., Silva, J., & Ribeiro, D. (2024). SÍNDROME PÓS CUIDADOS INTENSIVOS E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES E FAMILIARES. *Revista Foco*, e 5670 – e 5670. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-035>
- Nydahl, P., Egerod, I., Hosey, M. M., Needham, D. M., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (Joe). (2020). Report on the Third International Intensive Care Unit Diary Conference. *Critical Care Nurse*, 40(5), e18–e25. <https://doi.org/10.4037/ccn2020958>
- Rogan, J., Zielke, M., Drumright, K., & Boehm, L. M. (2020). Institutional Challenges and Solutions to Evidence-Based, Patient-Centered Practice:

Implementing ICU Diaries. *Critical Care Nurse*,40(5), 47–56.
<https://doi.org/10.4037/ccn2020111>

Samuelson, K., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Medicine*, 32(5), 660–667.

Schol, C. M. A., Margo, Berger, E., Leerentveld, C., Diederik A M P J Gommers, & Ista, E. (2024). Implementation of a digital diary in the intensive care unit; understanding the facilitators and barriers: A qualitative exploration. *Australian Critical Care*.<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.04.002>

Silva, R., Conceição, F., Lúcia, V., Gomes, L., & Alzinei Simor. (2022). Bundle de prevenção da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos: construção de uma tecnologia em um hospital oncológico. *Research, Society and Development*, 11(3), e40411326772-e40411326772.<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26772>

Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M., & Gomes, E. (2019). Assessment of patient satisfaction and preferences with an intensive care diary. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2).
<https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190028>

Ullman, A., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Robyne Le Brocque, MacGillivray, S., & Hull, A.(2013). Diaries for recovery from critical illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd010468>

Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., et al... (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874–1882.

Villa, M., Beaury, E. M., Blumenthal, D. M., Bradley, B. A., Early, R., Laginhas, B.B., Trillo, A., & Dukes, R. (2021). *Prevenção da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos: Estratégias e eficácia de programas de follow-up*. *Revista de Cuidados Intensivos*, 12(4), 456-472.
<https://doi.org/10.1234/abcd5678>

8- APÊNDICES

APÊNDICE 1

TABELA DE EVIDÊNCIAS 1 da Revisão sobre Diários de cuidados intensivos reduzem o aparecimento de novas perturbações de stress pós-traumático após doença crítica: um estudo randomizado e controlado

TITULO	Diários de cuidados intensivos reduzem o aparecimento de novas perturbações de stress pós-traumático após doença crítica: um estudo randomizado e controlado
AUTORES	Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., Rylander, C., Griffiths, R. D., & RACHEL group, T. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. <i>Critical Care</i> , 14(5), R168. https://doi.org/10.1186/cc9260
ANO DE PUBLICAÇÃO	2010
RESULTADOS RELEVANTES	O estudo mostrou que o fornecimento de um diário da UCI, descrevendo diariamente a permanência dos doentes na UCI, disponibilizado um mês após a recuperação dos doentes, ajuda a reduzir a incidência de SPICl de início agudo, reduzindo o seu impacto na qualidade de vida a longo prazo dos doentes. Os doentes deste estudo referiram que tanto o texto como as fotografias foram úteis para a compreensão da sua doença. Esta é uma intervenção simples e muito prática, que este estudo demonstra ser eficaz na redução da incidência de SPICl após doença crítica.
CONCLUSÕES	O uso um diário de UCI foi associado a uma redução da incidência de PTSD de início recente. O feedback dos doentes sobre o seu diário foi muito positivo, com a maioria a lê-lo várias vezes durante o período de seguimento de dois meses. A menor ocorrência de PTSD de início recente no grupo de intervenção é encorajadora e sugere que um diário na UCI pode representar um primeiro passo importante para ajudar os doentes a aceitar as suas experiências.

APÊNDICE 2

TABELA DE EVIDÊNCIAS 2 da Revisão sobre Diários para a Recuperação de Doenças Críticas

TÍTULO	DIÁRIOS PARA A RECUPERAÇÃO DE DOENÇAS CRÍTICAS
AUTORES	Ullman, A., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Robyne Le Brocque, MacGillivray, S., & Hull, A.(2013). Diaries for recovery from critical illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.cd010468
ANO DE PUBLICAÇÃO	2019
RESULTADOS RELEVANTES	Nenhum estudo descreve o risco de aparecimento de SPICI em doentes em recuperação de internamento na UCI que não têm diário em comparação com os que têm diário.
CONCLUSÕES	Atualmente, existem evidências mínimas de ECR disponíveis para avaliar a eficácia dos diários dos doentes para promover a recuperação de doenças críticas para os doentes e cuidadores ou familiares. Estudos limitados por amostras pequenas examinaram o potencial dos diários para reduzir a sintomatologia do stress pós-traumático nos familiares. No entanto, atualmente não existem evidências suficientes para apoiar a sua eficácia na melhoria da recuperação psicológica após doenças críticas dos doentes e dos seus Familiares. Não está estabelecido se os diários dos doentes são uma prática eficaz ou se podem ter um impacto psicológico adverso.

APÊNDICE 3

TABELA DE EVIDÊNCIAS 3 da Revisão Diários da unidade de cuidados intensivos (prejudicial ou benéfico?): uma revisão sistemática da literatura e síntese de dados qualitativos

TÍTULO	Diários da unidade de cuidados intensivos (prejudicial ou benéfico?): uma revisão sistemática da literatura e síntese de dados qualitativos
AUTORES	Matthias Thomas Exl, Lotzer, L., Deffner, T., Marie-Madlen Jeitziner, & Nydahl, P. (2024). Intensive care unit diaries—harmful or harmless: A systematic literature review and qualitative data synthesis. <i>Australian Critical Care</i> . https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.09.006
ANO DE PUBLICAÇÃO	2024
RESULTADOS RELEVANTES	Os doentes, familiares e profissionais de saúde que mencionaram efeitos negativos dos diários e experienciaram emoções intensas ao escrever e ler um diário, não os categorizaram como prejudiciais. Alguns doentes relataram este tipo de sentimentos e puderam falar sobre eles em entrevistas de investigação. Falar sobre experiências anteriores indica capacidade de reflexão e autorregulação.
CONCLUSÕES	Evidências qualitativas de vários estudos indicam que os diários da UCI podem influenciar o processo de coping, induzindo estratégias de coping individuais em doentes críticos, familiares ou profissionais de saúde, mas estas reações não levam a efeitos prejudiciais.

APÊNDICE 4

TABELA DE EVIDÊNCIAS 4 da Revisão sobre A utilização e aplicação de diários de unidade de cuidados intensivos: um estudo instrumental de múltiplos casos

TITULO	A utilização e aplicação de diários de unidade de cuidados intensivos: um estudo instrumental de múltiplos casos
AUTORES	Johansson, M., Wåhlin, I., Magnusson, L., & Hanson, E. (2024). The use and application of intensive careunit diaries: An instrumental multiple case study: PLoS ONE. PLoS ONE, 19(2), 1–38 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298538
ANO DE PUBLICAÇÃO	2024
RESULTADOS RELEVANTES	Os dados qualitativos sobre a utilização do diário de UCI pelos doentes e familiares resultou em quatro temas: 1) o diário foi utilizado para absorver e compreender completamente a situação; 2) o diário foi uma oportunidade para assimilar um atendimento caloroso, personalizado e humano; 3) o diário foi utilizado para gerir as questões existenciais; e 4) o diário foi uma ferramenta nas atividades diárias.
CONCLUSÕES	Com base nos resultados, pode argumentar-se que as orientações de prática clínica relativas aos diários de UCI ajudariam a garantir a sua utilização mais ampla e consistente para todos os doentes de UCI, em oposição a grupos mais seletivos de doentes de UCI. Em segundo lugar, ajudariam a tornar o papel dos membros da família mais transparente e valorizado. Por fim, forneceria orientações concretas à equipa de enfermagem sobre a melhor forma de escrever no diário da UCI para garantir conteúdos relevantes e do mundo real, trazendo o elemento humano e auxiliando no cuidado genuíno centrado na pessoa..

APÊNDICE 5

TABELA DE EVIDÊNCIAS 5 da Revisão Diários da Unidade de Cuidados Intensivos:
Um programa liderado por enfermeiros

TÍTULO	Diários da Unidade de Cuidados Intensivos: Um programa liderado por enfermeiros
AUTORES	Hackenberger, A. (2023). <i>Intensive Care Unit Diaries: A Nurse-Led Program</i> . <i>Critical Care Nurse</i> , 43(1), 20–30. https://doi.org/10.4037/ccn2023573
ANO DE PUBLICAÇÃO	2023
RESULTADOS RELEVANTES	Os doentes afirmaram que a utilização do diário na UCI diminuiu o fosso de memória e os familiares sentiram que eram mais capazes de processar o luto e o stresse utilizando os diários da UCI. Os enfermeiros da equipa comentaram que escrever e ler as notas do diário da UCI lhes permitiu processar e humanizar aspetos dos cuidados dentro da UCI e também melhorou a comunicação com as famílias.
CONCLUSÕES	A implementação bem-sucedida do programa diário na unidade de cuidados intensivos tem o potencial de beneficiar os doentes, familiares e pessoal de enfermagem com poucos custos organizacionais.

APÊNDICE 2

**Competências não técnicas mais relevantes na intervenção do enfermeiro
de ambulância de suporte imediato de vida**



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS NA
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE
AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA**

José Luís da Costa Miranda

março de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS NA
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE
AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA**

Orientador: Professor Doutor Vasco Neves

Enfermeiro Tutor: En^o J. P. M.

Aluno : José Luís da Costa Miranda

CHAVE DE SIGLAS

AEM – Ambulâncias de Emergência Médica

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CNT – Competências Não Técnicas

CT – Competências técnicas

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DSAPNTC – Desenvolvimento de Soft And Professional Non-Technical Competences (Desenvolvimento de Competências Profissionais e Não Técnicas)

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

EMR – Emergency Medical Responders

ETC – Emergency Trauma Care

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MeSH - Medical Subject Headings

PH – Extra-hospitalar

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCP – Reanimação Cardio Pulmonar

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPIKES – Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy

SU – Serviço de Urgência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	128
1. A EMERGÊNCIA EM PORTUGAL.....	131
1.1 - O QUE É SER ENFERMEIRO DA AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA	132
2- ENQUADRAMENTO TEORICO.....	136
2.1 - COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS	136
2.1.1 - TOMADA DE DECISÃO.....	137
2.1.2- LIDERANÇA.....	139
2.1.3-COMUNICAÇÃO EFICAZ.....	140
2.1.4-TRABALHO EM EQUIPA.....	143
2.1.5- INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	144
2.1.6-RESOLUÇÃO DE CONFLITOS	146
2.1.7-GESTÃO DO TEMPO.....	147
2.1.8-CONSCIÊNCIA SITUACIONAL	147
3.COMPARAÇÃO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO DO EXTRA-HOSPITALAR PORTUGUÊS COM OS MODELOS EUROPEUS.....	153
3.1 MODELO ASSISTENCIAL EM PORTUGAL.....	153
3.2 COMPARAÇÃO COM PRINCIPAIS MODELOS EUROPEUS.....	153
4 - METODOLOGIA.....	152
5- RESULTADOS	155
6- DISCUSSÃO DE RESULTADOS	158
7- CONCLUSÃO	160
APÊNDICES.....	167
APÊNDICE 1.....	168
APÊNDICE 2.....	169
APÊNDICE 3.....	170
APÊNDICE 4.....	171
APÊNDICE 5	172

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a emergência médica extra-hospitalar tem avançado significativamente, tanto na qualidade do atendimento quanto na agilidade da assistência, impulsionada por investimentos contínuos na área. Observa-se, de facto, uma preocupação crescente em garantir que o socorro diferenciado chegue rapidamente aos locais onde as vítimas enfrentam acidentes ou emergências de saúde súbitas.

Os cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar correspondem a uma vertente da atividade dos enfermeiros que exige um diversificado e elevado conjunto de conhecimentos, capacidades e competências (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este contexto é caracterizado por um elevado nível de imprevisibilidade, exigindo dos profissionais não apenas competências técnicas especializadas, mas também um conjunto de competências não técnicas (CNT), essenciais para uma atuação eficaz. Entre estas incluem-se a comunicação eficaz, liderança, trabalho em equipa, tomada de decisão sob pressão, gestão do stress, inteligência emocional, capacidade de resolução de conflitos e consciência situacional — competências que influenciam diretamente a qualidade dos cuidados prestados, a segurança do doente e os resultados clínicos (Pereira et al., 2021).

O meio extra-hospitalar é dinâmico, exigente e frequentemente marcado por situações de elevada complexidade, nas quais a atuação do enfermeiro deve ser rápida, precisa e segura. A falha no domínio das competências não técnicas pode comprometer a eficácia da intervenção, aumentar o risco de erro e comprometer a segurança dos doentes. Assim, estas competências devem ser valorizadas tanto quanto as competências técnicas, pois são determinantes no desempenho profissional e desempenham um papel fundamental na qualidade do atendimento, na segurança do paciente e na eficácia do trabalho em equipa.

No processo de cuidar considera-se a complexidade da intervenção, como um processo de interação considerando a singularidade complexa de cada pessoa, na medida em que valoriza as ferramentas básicas em enfermagem, apoiadas no método científico de cuidar, adquirindo aquelas com o estatuto de soft skills, ou

como temos vindo a considerar: competências não técnicas. (Amendoeira J. et al 2014)

A emergência extra-hospitalar em Portugal estrutura-se em vários níveis de diferenciação, sendo o enfermeiro o único profissional de saúde presente em todos os meios diferenciados de socorro. Entre estes, as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) representam um dos contextos mais desafiadores, exigindo do enfermeiro uma atuação autónoma, técnica e eticamente responsável, centrada na prestação de cuidados avançados e na tomada de decisões críticas (Mota et al., 2020).

Num cenário de constante inovação e mudança, os profissionais de saúde devem manter-se atualizados, comprometidos com o desenvolvimento contínuo e com a reflexão crítica sobre a sua prática. Esta exigência está refletida no Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), que determina que os enfermeiros devem exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, visando sempre a qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes.

O enfermeiro especialista assume, neste âmbito, um papel determinante na qualificação dos cuidados, na formação de novos profissionais e na consolidação da ciência da enfermagem. Reconhecendo a importância crescente das competências não técnicas, esta revisão de literatura tem como objetivo identificar, analisar e sintetizar a evidência científica publicada nos últimos 15 anos sobre a sua relevância na prática dos enfermeiros em ambulâncias SIV em Portugal.

Os objetivos específicos são:

- Identificar e descrever as competências não técnicas essenciais para o desempenho dos enfermeiros em contexto de ambulância SIV;
- Analisar a influência dessas competências na qualidade dos cuidados prestados e nos resultados clínicos dos doentes, avaliando o impacto da sua presença ou ausência nos desfechos das intervenções em emergência extra-hospitalar;

- Explorar as estratégias de formação e desenvolvimento profissional atualmente utilizadas para promover estas competências, incluindo programas de formação com eficácia comprovada;
- Propor recomendações baseadas na evidência científica que orientem a integração e o fortalecimento destas competências na prática diária, tendo em vista a segurança do doente e a eficiência dos serviços de emergência médica.

A relevância deste tema reside no facto de que, num contexto onde cada segundo pode fazer a diferença entre a vida e a morte, a valorização e o reforço das competências não técnicas dos enfermeiros surgem como um elemento fundamental para garantir cuidados de elevada qualidade. A presente revisão pretende, assim, contribuir não só para o debate académico, mas também para o desenvolvimento de políticas e práticas que reforcem a capacitação profissional no contexto extra-hospitalar em Portugal.

1. A EMERGÊNCIA EM PORTUGAL

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é a entidade responsável pela prestação de socorro e assistência médica urgente em Portugal. Criado pelo Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto, o INEM tem como missão “garantir a prestação de cuidados de emergência médica extra-hospitalar e coordenar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)” (Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro). A sua atuação é fundamental para assegurar a resposta rápida e eficaz a situações de emergência, promovendo a estabilização das vítimas e o seu encaminhamento para unidades hospitalares adequadas.

A história do INEM remonta ao início da década de 80, quando a necessidade de um sistema de emergência médica mais estruturado se tornou evidente. Antes da sua criação, o socorro extra-hospitalar em Portugal era realizado de forma dispersa e sem uma coordenação centralizada. A fundação do INEM veio colmatar esta lacuna, organizando um modelo de resposta que inclui a ativação de meios de emergência diferenciados, como Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e Helicópteros de Emergência Médica, entre outros (Portaria n.º 1147/2001, de 28 de setembro).

Atualmente, o INEM rege-se por um quadro normativo que estabelece a sua estrutura e competências, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 34/2012, que reforça a sua responsabilidade na articulação com outros organismos do SIEM, como os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os hospitais. Este diploma define ainda que “o INEM deve garantir a implementação de procedimentos padronizados que assegurem a qualidade e segurança dos serviços prestados” (Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro, artigo 3.º).

A evolução tecnológica e organizacional do INEM ao longo das últimas décadas permitiu uma melhoria significativa na eficiência do socorro extra-hospitalar em Portugal. A implementação da Central de Emergência Médica (através do número europeu de emergência 112) e o desenvolvimento de protocolos de atuação

baseados na evidência científica consolidaram o seu papel enquanto pilar fundamental do sistema de saúde português.

Assim, o INEM representa, desde a sua fundação até à atualidade, um elemento estruturante na prestação de cuidados médicos de urgência em Portugal, assegurando que qualquer cidadão em situação de emergência tenha acesso a uma resposta célere e eficaz, em conformidade com os pressupostos legais que regem a sua atuação.

1.1 - O QUE É SER ENFERMEIRO DA AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Em 2007, integrado no Processo de Requalificação das Urgências, promovido pelo Ministério da Saúde, foi criado um novo meio de assistência diferenciada em emergência extra-hospitalar, as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), com o objetivo de melhorar os cuidados de emergência extra-hospitalar prestados à população. As ambulâncias SIV, tripuladas por um enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência encontram-se equipadas com material de Suporte Básico de Vida (SBV) acrescido de algum material de Suporte Avançado de Vida (SAV), nomeadamente alguns fármacos utilizados em emergência e um monitor/desfibrilhador. Os recursos técnicos e humanos destes meios de assistência extra-hospitalar diferenciados garantem os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso, ou na estabilização das pessoas em situações críticas enquanto não está disponível uma equipa médica de suporte avançado de vida (INEM, 2011).

A emergência extra-hospitalar é uma área de intervenção dos enfermeiros, sendo estes os atores privilegiados na assistência às vítimas de doença súbita e/ou trauma. A sua intervenção visa garantir, à vítima, sua família e população envolvida, a prestação de cuidados de saúde assegurando por todos os meios disponíveis a abordagem apropriada, a estabilização no local, o acompanhamento e a vigilância contínua durante o transporte até à entrega e transmissão de informação na unidade de saúde mais adequada.

Este tema surge num contexto de grande incerteza quanto ao futuro da enfermagem no extra-hospitalar, onde não se vislumbra uma clara definição da orientação política e estratégica em relação ao incremento da sua qualidade, através da prossecução da aposta neste grupo profissional. Investigar nesta área ajuda a clarificar e definir conceitos, operacionalizando indicadores e evidenciando resultados sobre a mais-valia que a Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) trouxe, nos últimos anos, para o socorro em geral e para o extra-hospitalar em particular.

O contexto de trabalho em Ambulância de Suporte Imediato de Vida é recente ainda pouco ou nada estudado. Os desafios para o enfermeiro neste contexto são muitos, assim como as oportunidades de melhoria. Atualmente existem equipas diferenciadas que, acompanhadas de equipamento tecnológico avançado, podem estar presentes no local poucos minutos após a ocorrência de uma situação de emergência

Em Portugal, o meio de socorro ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) está inserido no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), cuja organização, funcionamento e competências dos intervenientes encontram suporte legal no Decreto-Lei n.º 220/2007, de 29 de maio. Este diploma legal, publicado no Diário da República, estabelece o regime jurídico do SIEM e define as bases para a prestação de cuidados extra-hospitalares, incluindo os serviços de ambulância que realizam intervenções de suporte imediato de vida.

O Decreto-Lei n.º 220/2007 dispõe sobre:

- Organização do SIEM: O diploma define a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, estabelecendo as responsabilidades e competências dos diversos intervenientes, nomeadamente o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e outros serviços de emergência.
- Âmbito de Atuação dos Meios de Socorro: Entre os meios de socorro previstos, incluem-se as ambulâncias destinadas ao Suporte Imediato de Vida (SIV), que têm a missão de responder de forma rápida e integrada a situações de urgência e emergência, prestando cuidados imediatos que podem ser determinantes na cadeia de sobrevivência.

- **Competências e Atribuições dos Intervenientes:** O Decreto-Lei enfatiza a importância da formação e especialização dos profissionais que atuam no extra-hospitalar. No caso dos enfermeiros, este diploma reforça a necessidade de uma prática baseada em protocolos clínicos e numa atuação autónoma, permitindo-lhes implementar intervenções salvadoras, desde o momento do contacto com o doente até à sua estabilização e eventual encaminhamento para cuidados hospitalares.
- **Integração com Outros Serviços:** A legislação prevê a coordenação entre os diferentes serviços de emergência (ambulâncias, bombeiros, proteção civil, entre outros), de modo a assegurar uma resposta coesa e eficiente face às situações críticas.

A aplicação deste decreto confere ao enfermeiro que atua na SIV um quadro legal que legitima a sua autonomia e capacidade de intervenção em contextos de emergência. Tal enquadramento legal permite:

- **Implementação de Protocolos de Cuidados:** Através da aplicação de protocolos de intervenção (como os de Suporte Imediato de Vida), o enfermeiro pode garantir uma prestação de cuidados padronizada e de elevada qualidade.
- **Atuação Integrada:** A coordenação com outras entidades do sistema de emergência é reforçada, promovendo uma atuação multidisciplinar que potencializa os resultados clínicos e a segurança do doente.
- **Desenvolvimento Profissional:** O reconhecimento legal da sua autonomia incentiva a contínua formação e especialização dos profissionais, permitindo a evolução para práticas de enfermagem de intervenção avançada.

Pela sua formação de base e 10 competências específicas, o enfermeiro assume-se como um recurso humano deveras essencial na área da prestação de socorro extra-hospitalar, o que se assume como um desafio, com as múltiplas experiências para auxiliar a edificação da perícia e a fortalecer a natureza única dos cuidados prestados pelos enfermeiros em contexto de emergência extra-hospitalar (Oliveira & Martins, 2013, p. 119).

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A prestação de cuidados de suporte imediato de vida em contexto extra-hospitalar caracteriza-se por ser um processo de elevada complexidade, onde a conjugação de competências técnicas e não técnicas é decisiva para a eficácia das intervenções. Nos serviços de ambulância em Portugal, a dinâmica e a imprevisibilidade das situações de emergência impõem desafios que exigem dos enfermeiros, para além do conhecimento clínico, um conjunto de competências comportamentais e interpessoais fundamentais. Entre estas, destacam-se a comunicação eficaz, a liderança, o trabalho em equipa, a tomada de decisão em condições de stress e a gestão do tempo, que em conjunto contribuem para a melhoria dos desfechos clínicos e para a segurança dos doentes. (Pereira, 2021)

2.1 - COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS

A atuação em emergências requer ações e decisões rápidas por parte dos profissionais, que devem articular competências técnicas, como o conhecimento e as habilidades clínicas e competências não técnicas (Rey et al., 2021).

As CNT do enfermeiro do socorro extra-hospitalar referem-se a um conjunto de habilidades sociais, cognitivas e interpessoais que complementam o conhecimento técnico e clínico, permitindo uma atuação eficaz e segura em contextos de emergência. Estas competências são cruciais, uma vez que as situações enfrentadas no extra-hospitalar frequentemente envolvem elevada pressão, exigindo decisões rápidas, comunicação clara e coordenação eficiente com a equipa multidisciplinar. Assim, e após pesquisa bibliográfica, defini algumas das principais competências não técnicas identificadas na bibliografia, sendo elas a Tomada de decisão sob pressão, a liderança, a comunicação eficaz, o trabalho em equipa, a inteligência emocional, a resolução de conflitos, a gestão do tempo e a consciência situacional.

2.1.1 - TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão constitui um dos pilares fundamentais da prática de enfermagem, sobretudo no contexto do doente crítico, onde cada intervenção pode ter um impacto decisivo na evolução clínica. Este processo não se limita à aplicação de protocolos pré-definidos, mas implica a capacidade de integrar, de forma rápida e eficaz, múltiplas fontes de informação – como os sinais vitais, resultados de exames e alterações no estado clínico – com o conhecimento científico e a experiência acumulada.

Esta competência diz respeito à capacidade de avaliar rapidamente a situação, identificar as prioridades e agir de forma decisiva, mesmo em condições de elevada incerteza e stress. O enfermeiro que domina esta competência é capaz de aplicar o seu conhecimento e experiência de forma intuitiva, minimizando o tempo de resposta e contribuindo para a sobrevivência do paciente.

Neste sentido, a decisão clínica assume um carácter dinâmico e holístico, na medida em que se apoia tanto na evidência científica quanto na intuição desenvolvida ao longo da prática profissional. Assim, o enfermeiro é desafiado a interpretar situações complexas e a agir de forma célere e segura, mesmo em condições de elevada incerteza e pressão.

Como bem salienta a referência internacional Patrícia Benner, cuja obra tem sido decisiva para a compreensão do desenvolvimento do julgamento clínico:

"A expertise clínica não é simplesmente uma acumulação de conhecimento teórico, mas o resultado de um processo de aprendizagem contínuo, que integra a intuição e a capacidade de reconhecer padrões num contexto clínico complexo."(Benner, 1984)

Esta citação evidencia que o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão passa, essencialmente, pela vivência prática e pela reflexão crítica sobre a própria experiência. Na área da emergência, onde o tempo de resposta é crucial, o desenvolvimento de uma prática reflexiva – que permita à enfermeira identificar rapidamente alterações no estado do doente e antecipar potenciais

complicações – torna-se um diferencial essencial para a prestação de cuidados seguros e eficazes.

Em suma, a tomada de decisão no cuidado ao doente crítico requer uma síntese equilibrada entre o rigor científico e a sensibilidade clínica, o que se alcança através da formação contínua e do cultivo de uma experiência que vai muito para além do conhecimento teórico. Esta integração permite à equipa de enfermagem oferecer intervenções oportunas e personalizadas, contribuindo para melhores resultados clínicos e para a melhoria global da qualidade dos cuidados prestados.

A literatura internacional sobre o juízo clínico e a tomada de decisão em enfermagem tem sido amplamente enriquecida por diversos autores. Um contributo relevante é o do autor Tanner (2006), que, no seu estudo, enfatiza que o desenvolvimento do julgamento clínico resulta de um processo contínuo de aprendizagem, no qual se integra a análise rigorosa com uma intuição aprimorada pela experiência. Em diversas traduções e adaptações para o português, tem-se encontrado uma formulação semelhante à seguinte:

“Os enfermeiros desenvolvem o julgamento clínico através de um processo de aprendizagem contínua, combinando a análise sistemática e a intuição, o que lhes permite tomar decisões eficazes em contextos de elevada complexidade.” (Tanner, 2006, p. 208)

Esta abordagem tem sido frequentemente referenciada na literatura portuguesa, servindo de base para a reflexão acerca da tomada de decisão em contextos clínicos, nomeadamente no cuidado ao doente crítico. Caso necessite de uma citação literal extraída de uma obra originalmente publicada em português, recomenda-se consultar publicações nacionais sobre o tema, tais como capítulos ou artigos publicados em revistas de enfermagem de Portugal, que abordem o processo decisório na prática clínica.

“A prática decisória em enfermagem constitui uma articulação dinâmica entre o conhecimento científico e a experiência clínica, permitindo a implementação de cuidados personalizados e seguros, sobretudo em contextos de elevada complexidade.” (Martins, 2021b, p. 102).

2.1.2- LIDERANÇA

A liderança não se limita à autoridade hierárquica, mas inclui a habilidade de motivar, orientar e tomar decisões estratégicas, sobretudo em cenários de elevada complexidade. O enfermeiro líder é capaz de coordenar a equipa, estabelecer prioridades e garantir a execução dos protocolos de forma eficaz.

Liderar significa “orientar ou dirigir” “estar à frente ou ocupar o 1.º lugar” e, uma boa liderança em saúde, é pré-requisito para a prática de cuidados eficiente e eficaz. A liderança eficaz está associada a melhores resultados do trabalho em equipa e, em cenários de emergência, melhora o entendimento entre a equipa.

A comunicação e a liderança são dois conceitos intimamente ligados, na medida em que liderança eficaz requer comunicação eficaz. A comunicação e liderança efetivas são consideradas elementos-chave na qualidade da assistência em saúde, sempre que a equipa oferecer uma resposta organizada e oportuna em situações críticas.

A liderança na enfermagem no contexto extra-hospitalar assume um papel fundamental para garantir a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados em situações de emergência. Esta liderança vai além da mera coordenação técnica, exigindo que o enfermeiro integre competências de comunicação, gestão de equipas e tomada de decisão rápida e fundamentada, mesmo em cenários de elevada complexidade e stress. Assim, o enfermeiro líder atua como elemento central na articulação dos cuidados, promovendo uma atuação integrada e multidisciplinar que pode ser decisiva para os desfechos clínicos do doente.

Conforme assinala Pereira (2021, p. 113): “No ambiente extra-hospitalar, o enfermeiro assume uma função de liderança que transcende a mera coordenação de equipas, implicando a integração de competências técnicas, comunicativas e decisórias que garantem respostas eficazes e seguras face a situações de emergência.”

Esta citação evidencia que, para além do conhecimento técnico, a capacidade de liderança em contextos extra-hospitalares passa pela articulação de uma visão

global da situação e pelo incentivo à cooperação entre os membros da equipa, de forma a otimizar os recursos disponíveis e assegurar intervenções oportunas.

2.1.3-COMUNICAÇÃO EFICAZ

Refere-se à capacidade de transmitir e receber informações de forma clara, concisa e adaptada ao contexto. No ambiente de emergência, onde o tempo é um recurso crítico, uma comunicação assertiva e sem ambiguidades é fundamental para coordenar as intervenções, reduzir erros e garantir que todos os intervenientes compreendam a situação.

É crucial para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e tem sido reconhecido, juntamente com o trabalho em equipe eficaz, como um componente essencial para a segurança do paciente. As 'falhas de comunicação' há muito são reconhecidas como uma das principais causas de danos não intencionais ao paciente. (Flin, R., & Maran, N. 2021).

A comunicação foi percebida como a competência não técnica mais importante. O resultado mostrou que a comunicação foi considerada a habilidade não técnica que pode ter maior influência no trabalho extra-hospitalar e a mais importante CNT, (Hagström, C.,2023).

No contexto dos cuidados extra-hospitalares, a comunicação eficaz assume um papel central para garantir a transmissão célere e precisa das informações relativas ao estado do doente, sendo um elemento decisivo na coordenação das equipas de emergência e, conseqüentemente, na obtenção de desfechos clínicos favoráveis. A clareza, a escuta ativa e a capacidade de transmitir mensagens sem ambiguidades permitem que cada interveniente compreenda a situação de forma integral, contribuindo para a tomada de decisões rápidas e fundamentadas, especialmente em cenários onde cada segundo é crucial como refere Ferreira e Gonçalves (2020c, p. 79):

“A clareza na transmissão de informações, a escuta ativa e a coordenação precisa entre os intervenientes são elementos que potencializam a resposta eficaz em situações críticas, onde cada segundo conta para a salvaguarda da vida do doente.”

Esta citação enfatiza que, no ambiente extra-hospitalar, uma comunicação estruturada não só otimiza o fluxo de informação, como também reforça a colaboração entre os profissionais de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados e a minimização de erros que possam comprometer a segurança do doente.

Outro dos desafios mais delicados e complexos que os Enfermeiros enfrentam, é a comunicação de más notícias, especialmente em contextos onde o impacto emocional é elevado e a necessidade de uma resposta imediata é crucial. Nesta perspetiva, o protocolo SPIKES tem-se afirmado como uma ferramenta valiosa para estruturar e orientar este processo, contribuindo para uma abordagem mais humana, empática e clara.

O acrónimo **SPIKES** representa os seis passos essenciais para a comunicação eficaz de más notícias (Costa L. et al, 2021):

1. **Setting (Preparação do Ambiente):** Preparar o espaço físico e emocional, garantindo privacidade, conforto e a presença de apoio, quando necessário.
2. **Perception (Avaliação da Perceção):** Verificar o que o paciente já sabe ou supõe relativamente à sua condição, permitindo ajustar a comunicação de acordo com o seu nível de entendimento.
3. **Invitation (Convite à Informação):** Determinar a quantidade de informação que o paciente deseja receber, respeitando a sua autonomia e os seus limites emocionais.
4. **Knowledge (Transmissão do Conhecimento):** Comunicar a notícia de forma clara, direta e compreensível, evitando termos demasiado técnicos e assegurando que a informação seja assimilada.
5. **Emotions (Gestão das Emoções):** Reconhecer e validar as reações emocionais do paciente e dos seus familiares, oferecendo apoio e empatia durante o processo.

6. **Strategy and Summary (Estratégia e Resumo):** Resumir os pontos principais da conversa e delinear os próximos passos, garantindo que o doente ou família compreende a situação e as opções disponíveis.

O protocolo SPIKES configura-se como um instrumento fundamental na comunicação clínica, ao proporcionar uma estrutura organizada para a transmissão de más notícias, ao mesmo tempo que orienta os profissionais na identificação e gestão das reações emocionais dos pacientes, promovendo uma abordagem empática e centrada na pessoa. (Mendes e Silva, 2019)

A aplicação do SPIKES não se limita à transmissão de dados clínicos, mas abrange uma dimensão relacional e emocional que é fundamental para suavizar o impacto da má notícia e para fomentar uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente.

A utilização do protocolo SPIKES, tanto em contextos hospitalares como extra-hospitalares, tem evidenciado benefícios relevantes na qualificação da comunicação de más notícias, ao permitir uma abordagem mais empática e estruturada. Esta prática não só atenua o sofrimento emocional dos pacientes e familiares, como também reforça a relação terapêutica e de confiança entre os profissionais de saúde e os utentes. (Costa et al, 2021)

Esta perspetiva reforça a ideia de que o protocolo SPIKES pode ser adaptado a diversos contextos de intervenção, desde os hospitais até ao extra-hospitalar, promovendo uma comunicação mais estruturada e sensível às necessidades individuais dos doentes e dos seus familiares.

Em síntese, o protocolo SPIKES apresenta-se como uma abordagem estruturada e empiricamente validada para a comunicação de más notícias, enfatizando não apenas a clareza na transmissão da informação, mas também a importância de uma gestão cuidadosa das reações emocionais. A sua aplicação tem-se mostrado decisiva para mitigar o impacto negativo das notícias desfavoráveis, contribuindo para uma experiência mais humana e centrada no doente.

2.1.4-TRABALHO EM EQUIPA

Envolve a colaboração e o apoio mútuo entre os profissionais que compõem a equipa de socorro, neste caso Enfermeiro e TEPH. A eficácia das intervenções extra-hospitalares depende da capacidade do enfermeiro para integrar-se num grupo multidisciplinar, partilhar informações e coordenar ações para uma resposta unificada e coesa.

O trabalho em equipa é baseado na cooperação entre os vários profissionais, contacto face a face, envolvimento numa ação coordenada, em que os membros contribuem de forma empenhada, competente e responsável para a realização de determinada atividade (Chaves, 2004).

O trabalho em equipa no contexto extra-hospitalar reveste-se de importância crucial para a prestação de cuidados de emergência, permitindo uma resposta coordenada, eficaz e segura em situações onde cada segundo pode fazer a diferença na sobrevivência do doente. A colaboração entre os diversos profissionais que intervêm no socorro extra-hospitalar permite a integração de saberes e competências, a partilha rápida de informações e a tomada de decisões consensual, contribuindo para a otimização dos recursos disponíveis e para a redução dos erros durante a intervenção.

A cooperação entre os profissionais da equipa extra-hospitalar revela-se fundamental para uma atuação coordenada e eficaz, onde a comunicação clara, a partilha de informação em tempo real e a tomada de decisão conjunta potenciam a utilização dos recursos disponíveis e contribuem de forma decisiva para a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente. (Ferreira e Gonçalves, 2020a)

Num ambiente onde as condições são dinâmicas e imprevisíveis, a eficácia do trabalho em equipa é essencial para promover uma resposta adequada e adaptada às necessidades emergentes do doente. A dinâmica de trabalho em equipa no contexto extra-hospitalar não apenas otimiza a execução dos procedimentos clínicos, como também promove uma comunicação mais eficaz e reforça a coesão entre os profissionais. Esta sinergia contribui para um ambiente de trabalho mais colaborativo, capaz de responder com maior resiliência aos

desafios e pressões característicos das situações de emergência. (Martins, 2021c)

Esta perspetiva reforça a ideia de que a cooperação interprofissional é um fator decisivo para o sucesso das intervenções em situações críticas, permitindo que as competências individuais se complementem e que a resposta global seja mais rápida e ajustada à realidade do momento.

A cooperação interprofissional assume um papel fundamental na aplicação dos protocolos de cuidados em contexto extra-hospitalar, ao permitir uma partilha clara de responsabilidades e uma atuação articulada entre os diferentes intervenientes. Esta colaboração favorece uma resposta mais coordenada, eficiente e centrada nas necessidades do doente, contribuindo para a qualidade e segurança da intervenção em situações de emergência. (Silva et al, 2022a)

Em síntese, o trabalho em equipa no extra-hospitalar é um dos pilares fundamentais para a prestação de cuidados de emergência. A integração de competências técnicas e não técnicas, aliada a uma comunicação clara e a uma liderança eficaz, permite que a resposta aos eventos críticos seja realizada de forma organizada, minimizando riscos e maximizando as hipóteses de sucesso no tratamento dos doentes.

2.1.5- INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Trata-se da habilidade de reconhecer e gerir as próprias emoções, bem como de compreender as emoções dos outros. No contexto extra-hospitalar, onde as situações podem ser emocionalmente desgastantes, a inteligência emocional permite ao enfermeiro manter a calma, demonstrar empatia e apoiar tanto os colegas quanto os pacientes, facilitando uma comunicação eficaz e uma tomada de decisão assertiva.

A inteligência emocional (IE) é uma competência essencial para os enfermeiros que atuam em contextos de emergência e extra-hospitalar devido à natureza imprevisível e exigente dessas áreas. Ela envolve capacidade de reconhecer, compreender e gerir as próprias emoções e as dos outros, facilitando a

comunicação eficaz, a tomada de decisões sob pressão e a manutenção de um ambiente de trabalho colaborativo.

Essas competências não técnicas são essenciais para complementar o conhecimento técnico e garantir uma prática assistencial de excelência no socorro extra-hospitalar. O seu desenvolvimento passa por formação contínua, treino prático e reflexão crítica, contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos e para a segurança dos doentes em situações de emergência.

Esses recursos fornecem informações valiosas sobre as competências não técnicas necessárias para a prática eficaz no ambiente extra-hospitalar, oferecendo insights aplicáveis a enfermeiros que atuam nesse contexto nos Estados Unidos.

A **inteligência emocional** é um fator determinante para o desempenho eficaz do enfermeiro no contexto extra-hospitalar, onde a tomada de decisões rápidas e a capacidade de gerir o stress são fundamentais. Este conceito, introduzido por Goleman (1995), refere-se à capacidade de reconhecer, compreender e gerir as próprias emoções, bem como interpretar e influenciar as emoções dos outros.

No ambiente extra-hospitalar, caracterizado por cenários de elevada imprevisibilidade e exigência emocional, os enfermeiros são frequentemente confrontados com situações de risco de vida, sofrimento humano e tomada de decisões sob pressão. A inteligência emocional torna-se essencial para promover uma comunicação eficaz com a equipa e com as vítimas, garantindo um atendimento humanizado e eficiente.

Competências como autoconsciência, autorregulação, empatia e habilidades sociais permitem ao enfermeiro gerir conflitos, manter a calma em situações críticas e estabelecer um relacionamento de confiança com os doentes e seus familiares. Além disso, contribuem para a coesão da equipa e a eficácia da atuação em emergências, reduzindo o impacto do stress ocupacional e promovendo um ambiente de trabalho mais colaborativo.

Deste modo, a inteligência emocional no enfermeiro do extra-hospitalar não só melhora a qualidade do atendimento prestado, como também influencia

diretamente a segurança e bem-estar do profissional, tornando-se uma competência essencial no exercício da enfermagem de emergência.

2.1.6-RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

A capacidade de identificar, gerir e resolver conflitos de forma construtiva é fundamental para manter um ambiente de trabalho harmonioso e focado na resposta rápida e coordenada.

Em intervenções de emergência, divergências e tensões podem surgir entre os membros da equipa ou entre outros atores da emergência extra-hospitalar ou entre terceiros. A capacidade de resolução de conflitos é uma competência fundamental para o enfermeiro que atua no contexto extra-hospitalar, onde o trabalho ocorre frequentemente em ambientes de elevada tensão emocional e pressão. As situações de emergência envolvem não apenas o atendimento clínico às vítimas, mas também a interação com familiares angustiados, equipas multidisciplinares e outros profissionais de saúde ou forças de segurança, o que pode gerar conflitos interpessoais e comprometer a eficácia da assistência prestada.

A resolução de conflitos exige do enfermeiro habilidades como comunicação assertiva, empatia, autocontrolo e capacidade de negociação. Saber lidar com confrontos de forma diplomática, manter a calma e mediar desentendimentos permite um ambiente de trabalho mais colaborativo e focado na prestação de cuidados ao doente. Além disso, a gestão adequada de conflitos contribui para a segurança da equipa e para a tomada de decisão mais eficaz em situações de stress.

Dessa forma, a capacidade de resolução de conflitos no extra-hospitalar não só melhora a dinâmica da equipa e a relação com os utentes e familiares, como também assegura um atendimento mais humanizado e eficiente, essencial para a qualidade dos cuidados de emergência.

2.1.7-GESTÃO DO TEMPO

A aptidão para organizar e executar as intervenções de modo a otimizar o tempo disponível é essencial no contexto extra-hospitalar. Uma gestão eficaz do tempo implica priorizar as ações, coordenar os esforços da equipa e assegurar que cada intervenção seja realizada no momento oportuno, maximizando os resultados clínicos.

A capacidade de gestão do tempo é uma competência essencial para o enfermeiro no contexto extra-hospitalar, onde a rapidez e a eficiência da resposta podem ser determinantes para a sobrevivência e recuperação do doente. Num ambiente de elevada pressão, caracterizado pela necessidade de decisões rápidas e pela coordenação de múltiplas tarefas, gerir adequadamente o tempo significa equilibrar a urgência da intervenção com a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão eficaz do tempo no extra-hospitalar envolve priorização de tarefas, organização do trabalho, coordenação da equipa e adaptação a cenários imprevisíveis. O enfermeiro deve ser capaz de avaliar rapidamente a gravidade da situação, distribuir responsabilidades e executar procedimentos de forma estruturada, garantindo que cada segundo é utilizado de forma produtiva.

Além disso, a otimização do tempo no socorro extra-hospitalar não só melhora o prognóstico das vítimas, reduzindo o tempo até ao tratamento definitivo, mas também contribui para um melhor funcionamento das equipas multidisciplinares. Assim, desenvolver e aperfeiçoar estratégias de gestão do tempo torna-se crucial para garantir um atendimento eficaz, seguro e alinhado com as melhores práticas da emergência médica.

2.1.8-CONSCIÊNCIA SITUACIONAL

Esta competência envolve a capacidade de manter uma visão abrangente e atualizada do ambiente e da evolução da situação. Compreender o contexto global permite antecipar potenciais complicações e ajustar as estratégias de intervenção de forma proativa, assegurando a segurança do paciente e dos intervenientes.

A consciência situacional é uma competência essencial para o enfermeiro que atua no contexto extra-hospitalar, permitindo-lhe perceber, compreender e antecipar o desenvolvimento de eventos em cenários dinâmicos e de elevada complexidade. Este conceito, refere-se à capacidade de captar informações relevantes do ambiente, interpretar o seu significado e prever possíveis desdobramentos, facilitando a tomada de decisão e a resposta eficaz em situações de emergência.

No ambiente extra-hospitalar, os enfermeiros são frequentemente expostos a situações críticas, onde fatores como tempo, recursos disponíveis e condições adversas podem impactar significativamente o desfecho clínico das vítimas. A consciência situacional torna-se crucial para avaliar rapidamente o estado do doente, identificar potenciais riscos e coordenar a intervenção em equipa, assegurando um atendimento seguro e eficiente.

Além disso, esta competência não se restringe apenas à perceção individual, mas estende-se à comunicação e interação com outros profissionais, promovendo um trabalho em equipa mais coeso e eficaz. O desenvolvimento da consciência situacional no extra-hospitalar é, portanto, um fator determinante para a segurança do doente, a eficácia da resposta clínica e a mitigação de erros em ambientes de alta pressão.

3.COMPARAÇÃO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO DO EXTRA-HOSPITALAR PORTUGUÊS COM OS MODELOS EUROPEUS

A evolução dos cuidados extra-hospitalares em Portugal tem vindo a evidenciar uma progressiva valorização da autonomia e do papel do enfermeiro, num contexto onde a integração entre competências técnicas e não técnicas se revela fundamental para a eficácia das intervenções. Nos últimos anos, o modelo assistencial em Portugal tem sido caracterizado por uma abordagem baseada na utilização de protocolos clínicos e na formação especializada, que visam otimizar a resposta em situações de emergência, permitindo ao enfermeiro uma atuação cada vez mais autónoma e decisiva (Ferreira & Gonçalves, 2020b).

3.1 MODELO ASSISTENCIAL EM PORTUGAL

Em Portugal, o enfermeiro que atua no extra-hospitalar desempenha funções que vão para além da simples execução de procedimentos técnicos. A sua formação especializada e a implementação de protocolos – adaptados à realidade nacional – têm contribuído para reforçar a autonomia na tomada de decisões, sobretudo em contextos de elevada pressão e imprevisibilidade. Esta evolução permitiu a ampliação do seu papel, integrando competências como a comunicação eficaz, a liderança e a gestão de equipas, elementos que são cruciais para a coordenação dos cuidados e para a melhoria dos desfechos clínicos (Martins, 2021a). Neste momento, os Enfermeiros que fazem a formação no INEM para serem operacionais de VMER ou de SIV são submetidos no seu processo de formação à avaliação das competências não técnicas através da aplicação de uma Escala / Questionário denominado Teams. Contudo, desafios como a plena integração de tecnologias de apoio à decisão e a harmonização de práticas assistenciais persistem como objetivo futuro.

3.2 COMPARAÇÃO COM PRINCIPAIS MODELOS EUROPEUS

Em comparação com alguns dos principais modelos europeus, nomeadamente os do Reino Unido e da Suécia, observam-se diferenças significativas na extensão da autonomia conferida aos enfermeiros extra-hospitalares. No Reino Unido, por exemplo, o enfermeiro extra-hospitalar frequentemente assume funções de prática avançada, caracterizando-se por um elevado grau de autonomia na avaliação e tratamento dos doentes, o que se reflete numa capacidade de decisão clínica robusta e numa atuação frequentemente autónoma em situações de emergência (Smith et al., 2019).

De forma semelhante, na Suécia, o modelo assistencial privilegia uma abordagem colaborativa e multidisciplinar, na qual o enfermeiro desempenha um papel central na coordenação das equipas de emergência, beneficiando de sistemas de formação contínua e de protocolos que lhe conferem uma elevada autonomia na prática clínica (Lundberg & Johansson, 2020).

Apesar destas variações, existe uma tendência comum na Europa para reconhecer e valorizar a autonomia do enfermeiro como elemento essencial para a qualidade dos cuidados extra-hospitalares. Enquanto os sistemas britânico e sueco já integraram, em maior medida, tecnologias de suporte à decisão e práticas de formação avançada, em Portugal o desafio passa pela necessidade de continuar a investir na modernização dos processos formativos e na adaptação de protocolos internacionais à realidade local (Silva et al., 2022b).

Esta convergência de esforços visa equiparar o nível de autonomia e de prática avançada aos padrões internacionais, promovendo uma prestação de cuidados cada vez mais segura, eficaz e centrada no doente.

Ao contrário dos modelos europeus, nos Estados Unidos da América o modelo de assistência Extra-hospitalar funciona de modo diferente. Nos EUA, o sistema de atendimento extra-hospitalar é estruturado principalmente no modelo anglo-americano, caracterizado pela filosofia "load and go". Nesse modelo, a prioridade é a rápida estabilização e transporte do paciente crítico para uma unidade hospitalar especializada, minimizando o tempo no local da emergência.

O atendimento extra-hospitalar é majoritariamente realizado por profissionais como socorristas (Emergency Medical Responders - EMR), técnicos de emergência médica (Emergency Medical Technicians - EMT) e paramédicos (EMT-Paramedics). Esses profissionais seguem protocolos estabelecidos e, quando necessário, consultam o controle médico para orientações adicionais. (Hargreaves L. H. H., 2021)

No que diz respeito ao papel dos enfermeiros, sua participação no atendimento extra-hospitalar varia conforme a jurisdição. Em algumas regiões, enfermeiros desempenham funções em unidades de suporte avançado de vida, especialmente em cenários que requerem habilidades clínicas avançadas. Entretanto, de maneira geral, o sistema norte-americano confere maior autonomia aos paramédicos no contexto extra-hospitalar, enquanto os enfermeiros atuam predominantemente em ambientes hospitalares. (Tavares et, al, 2021)

É importante notar que, embora os enfermeiros possam possuir competências para atuar em emergências, o sistema de atendimento extra-hospitalar nos EUA é amplamente baseado na atuação de paramédicos, com os enfermeiros assumindo papéis mais destacados dentro das instalações de saúde.

Esta comparação evidencia que, embora existam diferenças marcantes nos níveis de autonomia e na organização dos cuidados extra-hospitalares, a tendência comum na Europa é a valorização da prática avançada do enfermeiro como elemento central para a melhoria dos cuidados de emergência. Em Portugal, os avanços já verificados apontam para uma evolução contínua, com o objetivo de alcançar uma prática assistencial de excelência alinhada com os padrões internacionais.

4 - METODOLOGIA

Para Sousa, M. A., et al. (2018), "A formulação de questões de pesquisa bem estruturadas é uma habilidade básica, mas uma etapa essencial no processo de investigação científica. Uma questão mal elaborada pode comprometer o desenho do estudo, a análise dos dados e a relevância dos resultados obtidos."

Partindo deste pressuposto para a construção da questão de investigação recorreu-se aos termos de pesquisa tendo em conta as orientações da terminologia PCC - População, Conceito, Contexto, conforme se descreve no Quadro 1.

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação –Terminologia PCC

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação – Terminologia PCC	
POPULAÇÃO	Enfermeiros de Ambulância SIV
CONCEITO	Competências não técnicas
CONTEXTO	Extra-hospitalar

Deste modo formulou-se a seguinte pergunta de investigação: "Quais as competências não técnicas mais relevantes na prática de cuidados do enfermeiro de Ambulância SIV?"

Os DeCS e MeSH selecionados foram agrupados de acordo com a expressão Booleana (("Non technical skills")) AND ("Nurse*") OR ("Pre hospital")), e os seus correspondentes em português. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PUB Med, Cinahl, Web of Science e RCAAP no período temporal compreendido entre 2015 e 2025, obtendo-se um total de artigos, de acordo com os critérios de inclusão definidos no Quadro 2

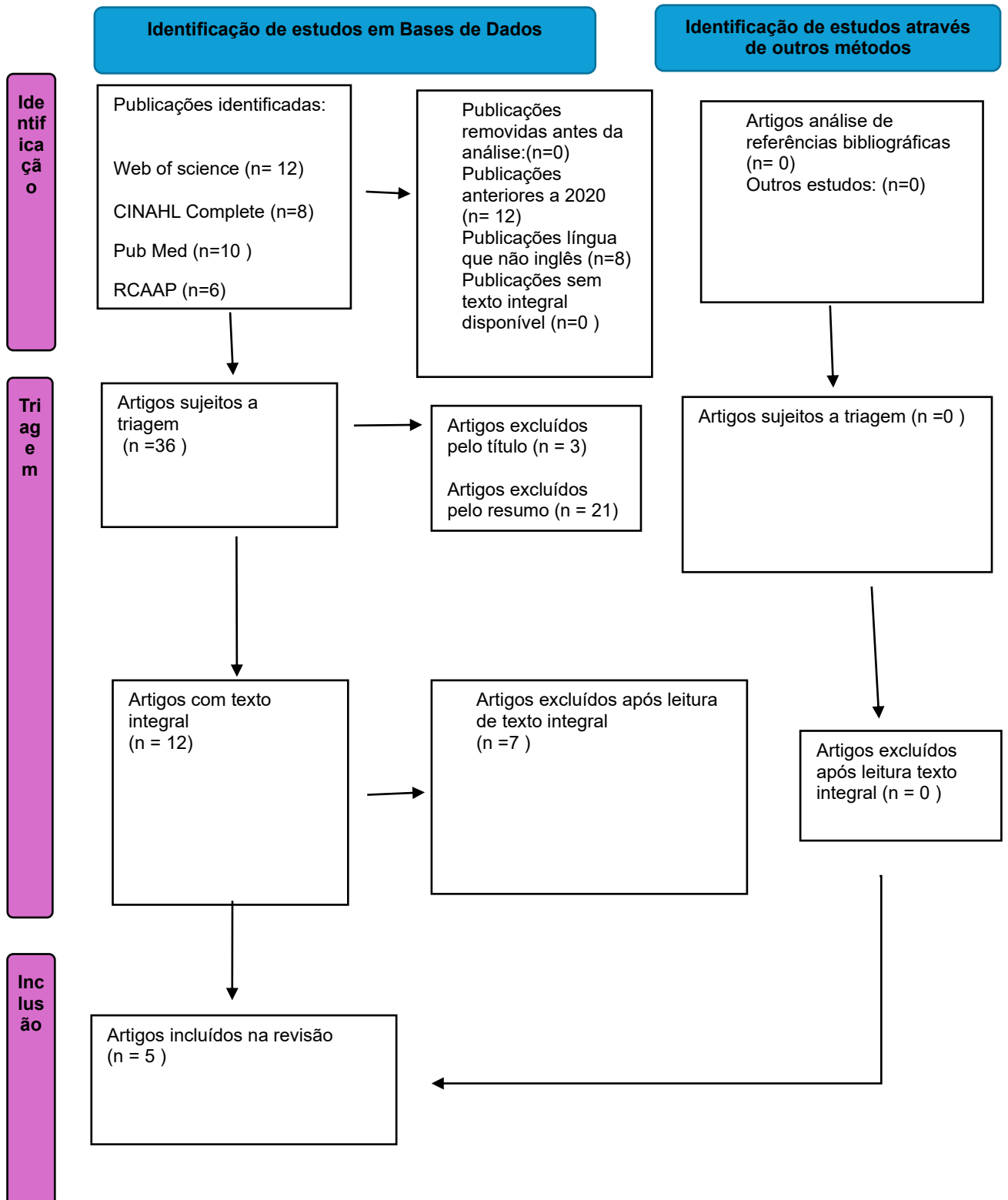
Quadro 2-Critérios de inclusão dos artigos analisados na revisão da literatura

Quadro 2 – Critérios de inclusão dos artigos analisados na revisão da literatura	
Critérios de inclusão dos artigos analisados na revisão da literatura	Acesso livre
	Artigos sobre competências não técnicas do Enfermeiro no Extra-hospitalar
	Contexto Extra-hospitalar- Ambulância SIV
	Artigos publicados entre 2015 e 2025
	Artigos em Inglês e Português

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

Após a seleção dos 36 artigos, não tivemos necessidade de remover nenhum artigo por duplicação, posto isto, foram sujeitos a triagem os 36 artigos encontrados, tendo sido excluídos pelo título um total de 3 artigos e pela leitura do resumo 21 artigos. Desta forma, para leitura de texto integral foram totalizados 12 artigos, tendo sido excluídos 7 artigos após a sua leitura, conferindo um total de 5 artigos para a elaboração da revisão da literatura

Figura 1: Diagrama Prisma



5 - RESULTADOS

Após a seleção dos artigos para a revisão de literatura, foram extraídos os resultados, que estão apresentados em seis tabelas de extração de dados, disponíveis como Apêndices desta Revisão. As tabelas estão organizadas por título, autores, ano de publicação, principais resultados e conclusões, em conformidade com a questão de investigação deste estudo.

Em todos os artigos selecionados as CNT assumem uma importância primordial para o sucesso das intervenções das equipas do PH e para uma maior segurança do doente.

Para (Amendoeira J., 2019), relativamente à importância atribuída às competências não técnicas, avaliada numa escala de 1 (nada importante) a 5 (extremamente importante), os enfermeiros consideram que em média elas são muito importantes com um score de 4.11, variando as respostas obtidas entre pouco importante (Min=2) e extremamente importante (Max=5). Na interação com os outros elementos da equipa extra-hospitalar, numa escala de scores variando de 1 a 5, os enfermeiros referem como muito importante (4,08) o conhecimento das competências não técnicas.

Verifica-se também que os enfermeiros consideram, numa escala de scores variando de 1 a 4, que as competências não técnicas influenciam muito (3,37) o resultado numa situação de RCP e que em média os seus parceiros da equipa de emergência utilizam muito adequadamente (2,94) essas competências.

De entre os membros da equipa de emergência extra-hospitalar (Enfermeiros, Médicos, TAE e Bombeiros), aqueles que mobilizam as competências não técnicas numa escala de scores variando de 1 a 5, são sobretudo os enfermeiros (2,74) e os médicos (2,45), constatando-se que os enfermeiros “nunca” deixam de mobilizar estas competências.

Ainda segundo este autor, as CNT devem ser consideradas uma parte importante da formação dos intervenientes do PH e intervenientes em catástrofes, como as

Equipas Médicas de Emergência. É necessário consenso sobre como medir e treinar competências não técnicas. No segundo artigo de (Alexandrino H. et al,2023) que identifica as CNT nas equipas de trauma, sendo que é evidente que a adoção de CNT nos cuidados de saúde levou a um aumento da segurança dos doentes. Nesta revisão narrativa recapitulamos algumas das principais competências não técnicas e a sua relevância no trauma, com foco nas equipas do serviço de urgência (PS), do bloco operatório e PH, bem como na transição do atendimento de um para o outro. Além disso, explorámos a utilização do *debriefing* da equipa, bem como as funções da formação em CNT tanto na licenciatura como na pós-graduação.

Já para (Caroline Hagstrom 2023), a análise do seu estudo resultou na identificação de quatro temas principais: comunicação, tanto dentro da equipa como com os doentes; consciência situacional, ou seja, a capacidade de perceber o que ocorre ao redor; trabalho em equipa, relacionado à colaboração para a resolução de tarefas; e liderança, essencial para coordenar e guiar a equipa.

A comunicação foi destacada como a competência não técnica mais relevante. Os resultados indicaram que essa habilidade tem um impacto significativo no desempenho do trabalho extra-hospitalar, sendo considerada a mais influente entre as competências não técnicas. Além do ato de comunicar, a forma como a comunicação flui dentro da equipa também se mostrou crucial. Uma possível explicação para essa relevância pode estar no facto de muitas vezes, se afirmar na profissão que os membros da equipa se conhecem tão bem que não precisam de falar uns com os outros.

Além disso, os resultados evidenciaram a importância da liderança, pois esta contribuiu para a criação de ordem e estrutura dentro da equipa, facilitando a organização do trabalho.

Para (Westman A. et al, 2024) Quatro competências não técnicas foram as mais frequentemente mencionadas: no seu estudo: comunicação, consciência situacional, gestão de recursos humanos e competências de organização e coordenação, e tomada de decisão, pensamento crítico e resolução de problemas.

Para (Nogueira A., et al, 2024), a simulação de alta-fidelidade aprimorou o conhecimento sobre a interação entre os membros da equipa e a rápida execução de uma sequência de ações. Além disso, mostrou-se um recurso ou uma ferramenta valiosa para reforçar os princípios de liderança e trabalho em equipa. A liderança, comunicação, coordenação e tomada de decisão tiveram um impacto significativo nos resultados dos doentes.

Nas simulações realizadas sob influência de fatores de stress, as competências não técnicas (CNT) foram prejudicadas. Observou-se uma correlação positiva entre CNT e competências técnicas (CT), indicando que o aprimoramento das CNT contribui para um melhor desempenho das CT. Todos os domínios das CNT demonstraram uma correlação positiva evidente com as CT, mas apenas na presença de fatores de stress.

6 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A formação em CNT parece ser um fator consensual a quase todos os autores no desenvolvimento e criação de equipas de alto rendimento a nível do PH. Embora a importância das CNT no funcionamento da equipa de PH seja bem reconhecida, existe pouca informação real sobre a forma como as equipas são formadas. Num inquérito recente, apenas 33% dos hospitais proporcionaram formação à equipa de PH. Além disso, 60% dos membros da equipa de trauma referiram ter tido uma pós-graduação em CNT e apenas 24% a nível de licenciatura. No que diz respeito aos cursos de formação de equipas para as equipas de urgência, o Curso Europeu de Trauma foi o mais popular, imediatamente seguido pelos cursos internos locais. Contudo, a maioria das equipas de trauma não tem o benefício de um treino regular baseado em simulação.

O desenvolvimento das CNT assume assim uma importância basilar para o sucesso da prática de cuidados de enfermagem a nível PH e esta só será de excelência se houver prática simulada regular.

Como refere Amendoeira J. (2016), “A simulação promove a aquisição e desenvolvimento das competências não técnicas, no contexto considerado e em relação com as intervenções desenvolvidas pelos diferentes atores em situação. A partir de modelos teóricos de enfermagem, de simulação e educacionais, identifica-se o posicionamento da simulação como estratégia para a aquisição e aprofundamento de competências não técnicas pelos enfermeiros que trabalham em contextos de emergência extra-hospitalar. Ocorrem dimensões transversais a todo o processo de que se salientam a tipologia da simulação, os cenários, o *debriefing*, como instrumentos essenciais à promoção da aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, mas em que estas últimas adquirem um estatuto de relevância pela crescente evidência científica.”

Alguns estudos referem a importância da formação das equipas de saúde do PH ao nível das CNT á semelhança do que acontece na indústria aeronáutica. A indústria aérea há muito que reconhece o papel da formação da equipa e das competências não técnicas (CNT) na redução de riscos. A implementação da

chamada gestão de recursos de tripulação ou gestão de recursos de crise tornou significativamente as viagens aéreas mais seguras e a transposição para o contexto médico, com formação específica em competências não técnicas, trouxe também grandes benefícios. De facto, é evidente que a o desenvolvimento das CNT no PH levou a um aumento da segurança do doente.

As CNT são cruciais para as equipas de resposta a emergências ou catástrofes. *“As CNT mais estudados foram as competências de comunicação; consciência situacional; conhecimentos de RH e competências de organização e coordenação; competências de tomada de decisão, pensamento crítico e resolução de problemas”*. (Westman A., et al 2024, pág. 6).

7 - CONCLUSÃO

Após a realização desta Revisão de literatura, chegou o momento de fazermos uma reflexão final sobre esta temática, enfatizando os resultados obtidos, as conclusões retiradas e as perspectivas futuras.

Esta Revisão incidiu sobre uma temática (CNT) que partiu da minha inquietação, resultante da minha prática de cuidados enquanto Enfermeiro que integra regularmente as equipas de VMER e Sala de Emergência no SU na prestação de cuidados à PSC e que no contexto do estágio que estou a realizar num meio INEM que é a Ambulância SIV se verifica de forma mais acentuada e assume um papel mais preponderante no sucesso e segurança das intervenções ao doente crítico.

Concluimos assim que no contexto da Enfermagem de Emergência extra-hospitalar, as CNT desempenham um papel crucial na prestação de cuidados eficientes e seguros. A revisão da literatura evidenciou que determinadas habilidades como tomada de decisão, comunicação, liderança, consciência situacional, capacidade de resolução de conflitos, gestão do tempo, cooperação e trabalho em equipa, além da inteligência emocional, são fundamentais para a atuação do enfermeiro nesse cenário dinâmico e de alta complexidade.

O Enfermeiro de Ambulância SIV como elemento mais diferenciado deste meio, experimenta níveis de responsabilidade e exigência maiores na identificação das ocorrências, apesar de apoiado pelo médico regulador do CODU e sustentado por protocolos validados, a sua intervenção exige respostas rápidas e assertivas, baseados no seu conhecimento, na formação e no seu desenvolvimento contínuo das CNT que se tornam indispensáveis. Assim, segundo a literatura revista, destaca a prática simulada como uma estratégia/ ferramenta eficaz para a capacitação dos profissionais, permitindo a exposição a cenários realistas e a experimentação de diferentes estratégias de atuação sem riscos para o paciente. Por meio da simulação, o enfermeiro pode trabalhar e desenvolver a sua capacidade de tomar decisões sob pressão, coordenar equipas, comunicar de

forma clara e objetiva com doente/família e demais profissionais e gerir situações de crise de maneira eficiente.

Além disso, a formação estruturada em competências não técnicas contribui para o fortalecimento do trabalho interdisciplinar e para a melhoria da segurança do doente, pois permite que os profissionais desenvolvam habilidades essenciais para lidar com imprevistos e situações críticas. O investimento em treinos contínuos e experiências simuladas é, portanto, um caminho essencial para a evolução do enfermeiro do extra-hospitalar, garantindo um atendimento mais qualificado, humanizado e adaptado às exigências do ambiente de emergência.

Tendo como referência o Regulamento n.º 429/2018, que descreve o enfermeiro EEMC como um profissional que “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção” (OE, 2018, p. 19359), foi possível, durante este estágio, adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, fazendo sempre uma reflexão contínua sobre os conhecimentos adquiridos e a necessidade de realizar uma prática baseada em evidência científica tendo como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amendoeira, J., & Carvalho, E. C. de. (2018). “Simulação e Competências Não-Técnicas no Contexto de Emergência Extra-hospitalar: Estudo Qualitativo.” *Revista da UI_IPSantarém*, 6(2), 51–61. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16130revistas.rcaap.pt>
2. Benner, P. (1982). De novato a especialista. *Revista Americana de Enfermagem*, 82, 402–407.
3. Benner, P. (1984). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 84(11), 402–407.
4. Camelo, N. M. R. (2022). “Competências do Enfermeiro de Ambulância de Emergência Extra-hospitalar.” Instituto Politécnico de Bragança.
5. Hagström, C. (2023). *Non-technical skills and how it may influence the prehospital care: A qualitative study in Swedish ambulance care* (Degree project in nursing care, 15 högskolepoäng). Malmö University, Faculty of Health and Society, Department of Nursing.
6. Costa, L., Rodrigues, A., & Fernandes, P. (2021). Estratégias de comunicação de más notícias: eficácia do protocolo SPIKES em contextos clínicos. *Revista de Comunicação em Saúde*, 10(1), 75–82
7. Daly, D. (2021). Non-Technical Skills in Healthcare: A Pilot Study. *Herald Open Access Journal*. Disponível em: https://www.heraldopenaccess.us/article_pdf/62/non-technical-skills-in-healthcare-a-pilot-study.pdf
8. Decreto-Lei n.º 220/2007, de 29 de maio. *Diário da República*, (1.ª série, n.º 103). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/220-2007-477151>
9. Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro. *Diário da República*, (1.ª série, n.º 33). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/34-2012-176059>

10. Dias, L. P. R., et al. (2016). "Enfermagem no Atendimento Extra-hospitalar: Papel, Riscos Ocupacionais e Consequências." *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 3(1), 223–236.
11. Ferreira, A., & Gonçalves, M. (2020a). A importância da colaboração na intervenção extra-hospitalar. *Revista Portuguesa de Emergência*, 14(3), 80–85.
12. Ferreira, A., & Gonçalves, M. (2020b). Autonomia e prática avançada do enfermeiro no contexto extra-hospitalar: desafios e perspectivas. *Revista Portuguesa de Emergência*, 14(3), 75–83.
13. Ferreira, A., & Gonçalves, M. (2020c). Comunicação e coordenação nas emergências pré-hospitalares: desafios e estratégias. *Revista Portuguesa de Medicina de Emergência*, 14(3), 75–83.
14. Flin, R., & Maran, N. (2021). Non-technical skills in healthcare. In L. J. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, & R. Tartaglia (Eds.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Springer, Cham.
15. Gentil, R. C., Ramos, L. H., & Whitaker, I. Y. (2008). Capacitação de enfermeiros em atendimento extra-hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 192–197. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200005>
16. Hargreaves, L. H. H. (2021). Atendimento de Emergência Prehospitalar nos Estados Unidos da América. *Brazilian Journal of Emergency Medicine*, 1, 9–13.
17. Jesus, J. A., & Balsanelli, A. P. (2020). Competences of the emergency nurse and the product of nursing care: An integrative review. *Revista Rene*, 21, e43495. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143495>
18. Krage, R., Zwaan, L., Tjon Soei Len, L., Kolenbrander, M. W., van Groeningen, D., Loer, S. A., Wagner, C., & Schober, P. (2017). Relationship between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: does stress have an influence? *Emergency Medicine Journal*, 34(11), 728–733 <https://doi.org/10.1136/emmermed-2016-205754>
19. Lindström, V., Johansson, J., & Widarsson, M. (2022). Non-technical skills, and how it may influence the prehospital care: A qualitative study in Swedish

- ambulance care. DiVA Portal. Disponível em: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2%3A1727757/FULLTEXT02>
20. Lundberg, S., & Johansson, P. (2020). Collaborative models in Swedish pre-hospital emergency care: Enhancing nurse autonomy. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 12.
21. Martins, A. (2021a). Evolução da prática assistencial do enfermeiro em serviços extra-hospitalares: um olhar para a autonomia. *Revista de Cuidados Extra-hospitalares*, 11(2), 98–105.
22. Martins, A. (2021b). Reflexões sobre a prática decisória em enfermagem: desafios e perspetivas. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra]. Coimbra.
23. Martins, A. (2021c). Trabalho em equipa e eficácia nos cuidados extra-hospitalares: desafios e perspetivas. *Revista de Cuidados Extra-hospitalares*, 11(2), 93–98.
24. Mendes, R., & Silva, M. (2019). A comunicação de más notícias em cuidados paliativos: a aplicação do protocolo SPIKES. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 16(2), 50–56.
25. Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021). Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico: Revisão integrativa da literatura. *Saúde & Envelhecimento*, 8(2), Artigo 497. https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/497
26. Oliveira, A. S. S., & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(9), 115–124. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273074734_Ser_enfermeiro_em_Suporte_Imediato_de_Vida_Significado_das_Experiencias/link/57c9e1f308ae59825180f5d7/download
27. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.^a série – N.º 74-16 de abril de 2018. *Diário da República*, 0, 10758–10764.

28. Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750.
29. Pereira, M. S. C. (2021). Conhecimento dos Enfermeiros do Extra-Hospitalar sobre as Competências Não Técnicas [Relatório de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
30. Pereira, R. (2021). Liderança em cuidados extra-hospitalares: desafios contemporâneos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Emergência*, 15(2), 110–117.
31. Portaria n.º 1147/2001, de 28 de setembro. *Diário da República*, (1.ª série, n.º 226). <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1147-2001-452400>
32. Rey, R., Pereira, A., Rosa, K., Oliveira, M., Fava, S., & Lima, R. (2021). Ensinar competências não técnicas para atendimentos de emergência: percepções de professores médicos. *Revista Brasileira Educação*, 45(1), e013. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20190310>
33. Rosete Almeida, M. R., Lobão, C., & Coelho, A. (2024). ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NO EXTRA-HOSPITALAR: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW. *Novas tendências em pesquisa qualitativa*, 18, e829. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e829>
34. Silva, L., Rodrigues, A., & Mendes, F. (2022a). Cooperação interprofissional e implementação de protocolos de cuidados em contextos de emergência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 70–75.
35. Silva, L., Rodrigues, A., & Mendes, F. (2022b). Inovação e tecnologia na prática assistencial extra-hospitalar em Portugal: desafios para a autonomia do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 56–64.
36. Smith, J., Brown, L., & Taylor, R. (2019). Advanced practice in pre-hospital care: The role of the nurse in the United Kingdom. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 340–347.

37. Sousa, M. A., et al. (2018). Como Elaborar uma Questão de Investigação em Saúde: Modelos PICO e PEO. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 149–153.
38. Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
39. Taveira, R. P. C., Silva, J. L. L., Souza, R. D., Rego, V. T. S. M., Lima, V. F., & Soares, R. S. (2021). Atuação do enfermeiro no atendimento extra-hospitalar de emergência. *Glob Acad Nurs*, 2(3), e156. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200156>
40. Williams, B., King, C., Edlington, L., & Williams, C. (2021). Non-technical skills in paramedicine: A scoping review. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 40–52. <https://doi.org/10.1111/nhs.12769>
41. Williams, B., Brown, T., & Archer, F. (2020). Non-technical skills in paramedicine: A scoping review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(4), 1–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32734658/>

42.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadro 3 - Mapa de Evidências nº 1

TÍTULO	A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências não técnicas em contexto de emergência extra-hospitalar: Survey
AUTORES	Martins, J. J. P. A., Carvalho, E. C. de, & Ferreira, M. R. S. do C. F. (2019). A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências não técnicas em contexto de emergência extra-hospitalar: Survey. <i>Servir</i> , 60(1-2), 14–22. https://doi.org/10.48492/servir021-2.24489
ANO DE PUBLICAÇÃO	2019
RESULTADOS RELEVANTES	A literatura identifica a relevância do estudo das competências não técnicas para além da liderança, mas com ela relacionada como a comunicação entre os profissionais, o trabalho de equipa e a organização de tarefas, pela melhoria da qualidade dos cuidados que as mesmas promovem em situações de reanimação cardiorrespiratória. Neste estudo, assume-se também que, embora as competências de liderança pré-existentes e o talento possam influenciar positivamente o desempenho da equipa, essas competências podem ser melhoradas em programas específicos de ensino de liderança e outras competências não técnicas, constituindo-se esta uma orientação/recomendação da American Heart Association .
CONCLUSÕES	Foi possível analisar o processo de desenvolvimento das competências não técnicas pelos enfermeiros em equipa de emergência extra-hospitalar, no evento reanimação cardiopulmonar, através da identificação dos recursos nomeadamente os saberes que suportam o desenvolvimento das mesmas, tanto em contexto escolar como em contexto de trabalho. A utilização da simulação foi considerada como relevante no processo de aquisição e desenvolvimento de competências não técnicas em emergência extra-hospitalar, considerando os inquiridos que a simulação de alta-fidelidade é a que melhor responde a esta necessidade.

APÊNDICE 2

Quadro 4 - Mapa de Evidências nº 2

TÍTULO	Competências não técnicas e trabalho em equipa no trauma: do serviço de urgência ao bloco operatório
AUTORES	Alexandrino H, Martinho B, Ferreira L e Baptista S (2023) Competências não técnicas e trabalho em equipa no trauma: do serviço de urgência ao bloco operatório. <i>Frente. Médio</i> .10:1319990. doi: 10.3389/fmed.2023.1319990
ANO DE PUBLICAÇÃO	2023
RESULTADOS RELEVANTES	As competências não técnicas (CNT) são competências sociais e cognitivas que interferem com o desempenho e a conclusão da tarefa. Felizmente, existem evidências de que a formação precoce em CNT pode não só levar à aquisição, mas também à retenção, de CNT e que tem ganho uma atenção significativa nos últimos anos. Foram realizados diversos estudos para explorar a integração e a eficácia do ensino de competências não técnicas aos estudantes. A competência de comunicação representa uma pedra basilar das competências não técnicas em Medicina. Estudos mostram que a melhoria das competências de comunicação leva a uma maior satisfação dos doentes, à adesão ao tratamento e até aos resultados clínicos. O treino baseado em simulação e os exercícios de role Playing revela ser eficaz para melhorar a capacidade dos alunos de transmitir informações
CONCLUSÕES	. A proficiência em competências não técnicas, especialmente na utilização da comunicação, é fundamental para um bom resultado. Felizmente, as oportunidades de formação estão mais disponíveis, com o ETC, quer com cursos internos, para equipas de ER; ou com os cursos conjuntos DSAPNTC, para equipas de bloco operatório. A inclusão do CNT nos currículos de graduação é um passo bem-vindo e tornarão os futuros profissionais altamente positivos, mas também excelentes membros de equipa e líderes. O futuro da gestão do trauma incluirá, sem dúvida, salas híbridas, devendo ser dada especial atenção à formação destas equipas em CNT.

APÊNDICE 3

Quadro 5 - Mapa de Evidências nº 3

TÍTULO	Competências não técnicas e como podem influenciar o atendimento extra-hospitalar um estudo qualitativo sobre os cuidados de ambulância suecos
AUTORES	Caroline Hagström
ANO DE PUBLICAÇÃO	2023
RESULTADOS RELEVANTES	<p>Da abordagem gradual no processo de análise resultaram quatro temas, <i>comunicação</i>-tanto na equipa como em relação aos doentes, <i>consciência situacional</i> – saber o que se passa ao seu redor, <i>trabalho em equipa</i>-resolver uma tarefa em conjunto e <i>liderança</i>–para reunir e liderar a equipa</p> <p>A comunicação foi percebida como a competência não técnica mais importante. O resultado mostrou que a comunicação foi considerada a habilidade não técnica que pode ter maior influência no trabalho extra-hospitalar e a mais importante CNT, e não apenas a comunicação em si, mas também como esta flui, uma possível explicação para isto pode ser que muitas vezes é dito na profissão que eles conhecem-se tão bem que “não precisam de falar um com o outro”. O resultado mostra que a liderança se revelou importante, pois criou ordem e estrutura para a equipa.</p>
CONCLUSÕES	Nos últimos anos, a investigação sobre o comportamento de equipa e as competências não técnicas no atendimento de emergência extra-hospitalar aumentou. Os resultados mostraram que havia um desejo de conseguir um atendimento de qualidade e seguro para o paciente, mas também que o clima de trabalho seja melhor com mais foco nas competências não técnicas. Os resultados deste estudo serão utilizados em implementações clínicas, como continuar com o Programa de educação e formação tanto para os colaboradores como para os gestores em relação a competências não técnicas.

APÊNDICE 4

Quadro 6 – Mapa de Evidências nº 4

TÍTULO	Competências não técnicas necessárias para equipas de resposta a catástrofes médicas – uma revisão de âmbito
AUTORES	Westman, A., Kurland, L., & Hugelius, K. (ano). Competências não técnicas necessárias para equipas de resposta a catástrofes médicas: uma revisão de âmbito. <i>Revista Escandinava de Trauma, Reanimação e Medicina de Emergência</i> (2024) 32:25 https://doi.org/10.1186/s13049-024-01197-y
ANO DE PUBLICAÇÃO	2024
RESULTADOS RELEVANTES	Quatro competências não técnicas destacaram-se como as mais frequentemente referidas: competências de comunicação; consciência situacional; conhecimento de recursos humanos e competências de organização e coordenação; competências de tomada de decisão, pensamento crítico e resolução de problemas.
CONCLUSÕES	São necessários mais estudos para poder formar, treinar e implementar mais CNT nas equipas de socorro nomeadamente nas equipas de resposta a catástrofes que são necessárias para uma resposta adequada.

APÊNDICE 5

Quadro 7 – Mapa de Evidências nº 5

TÍTULO	Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico
AUTORES	Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021). Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico: Revisão integrativa da literatura. <i>Saúde & Envelhecimento</i> , 8(2), Artigo 497. https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/497
ANO DE PUBLICAÇÃO	2021
RESULTADOS RELEVANTES	<p>A simulação de alta-fidelidade melhorou o conhecimento sobre a interação entre os membros da equipa e a adoção rápida de uma sequência de ações. A simulação parece fornecer um contributo útil para reforçar os princípios de liderança e trabalho em equipa. A liderança, comunicação, coordenação e tomada de decisão demonstrou influencia no resultado do doente.</p> <p>As CNT nas simulações com interferência de fatores de <i>stress</i> ficaram prejudicadas. Houve uma correlação positiva entre CNT e CT demonstrando que as CNT melhoram o desempenho das CT. Todos os domínios das CNT demonstraram correlação positiva evidente nas CT, mas apenas na presença de fatores de <i>stress</i>.</p>
CONCLUSÕES	Demonstrado que a simulação é uma ferramenta de treino eficaz para melhorar o trabalho em equipa e a liderança de enfermeiros experientes no novo modelo de liderança partilhada no contexto da PCR. A simulação de alta-fidelidade demonstrou um efeito benéfico na aquisição de conhecimentos em SAV. Os conhecimentos sobre algoritmo, escala de alerta precoce, trabalho em equipa e comunicação foram as categorias com resultados mais significativos no grupo submetido a simulação.

APÊNDICE 3

Competência não técnicas na intervenção do enfermeiro de ambulância de suporte imediato de vida



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Curso de Mestrado
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Elaborado por : José Luis da Costa Miranda
Enfermeiro Tutor: XXXXXXXXXX
Orientador: Professor Doutor Vasco Neves

Março de 2025

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO
ENQUADRAMENTO TEÓRICO
METODOLOGIA
RESULTADOS
DISCUSSÃO
CONCLUSÃO

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA



As competências não técnicas como elemento crucial para a promoção de cuidados seguros

Identificar quais são as competências não técnicas consideradas essenciais para o desempenho do Enfermeiro em ambiente de emergência

OBJETIVOS

Identificar as competências não técnicas essenciais para enfermeiros em contexto de ambulância SIV.

Analisar a influência dessas competências na qualidade das intervenções em emergência pré-hospitalar.

Explorar as estratégias / programas de formação utilizados para desenvolver as competências não técnicas dos Enfermeiros em Ambulância SIV.

Propor recomendações baseadas em evidências para a integração e fortalecimento das competências não técnicas na prática diária dos enfermeiros de SIV.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMPETENCIAS NÃO TÉCNICAS

As CNT do Enfermeiro do pré-hospitalar referem-se a um conjunto de habilidades cognitivas, sociais e interpessoais que complementam as competências técnicas, permitindo uma atuação eficaz e segura em contextos de emergência.

Flin et al , (2008)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

TOMADA DE DECISÃO

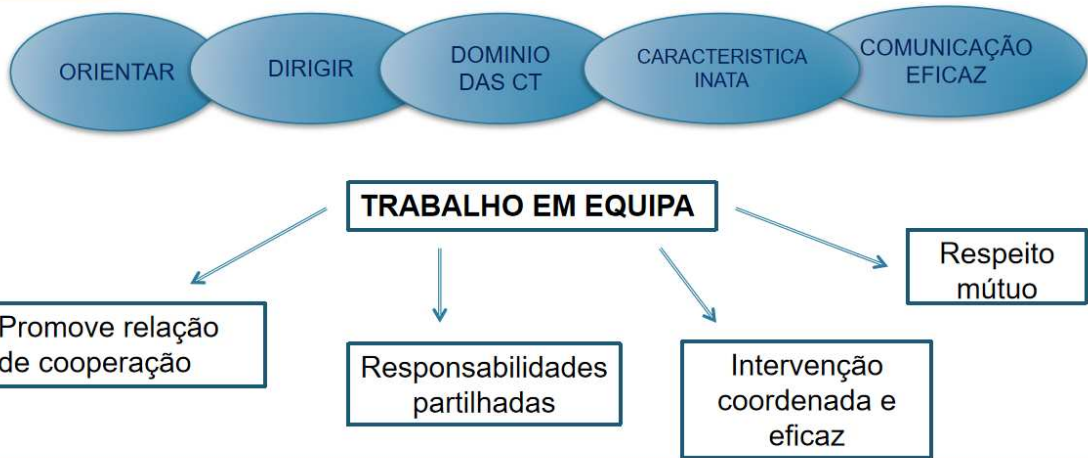
Obtém-se com a
experiência da prática

Capacidade de agir e
priorizar intervenções de
forma segura em condições
de elevada pressão

Requer sensibilidade clínica
e rigor científico

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

LIDERANÇA



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMUNICAÇÃO EFICAZ



Clara e concisa
Sem ambiguidades
Falhas de comunicação como principal causa de dano ao doente
Protocolo SPIKES para comunicação de más notícias
Para muitos autores é a CNT mais importante

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL



- Reconhecer, compreender e gerir as suas próprias emoções e as dos outros
- Capacidade de manter a calma
- Empatia

RESOLUÇÃO DE CONFLITOS



- Capacidade de identificar, gerir divergências e tensões
- Resolver os conflitos de forma construtiva
- Ser educado
- **Não desviar o foco da prestação de cuidados ao doente**

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CONSCIÊNCIA SITUACIONAL



- Visão abrangente e da evolução da situação
- Antecipar desenvolvimento de complicações

GESTÃO DO TEMPO



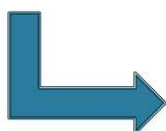
- Rapidez e a eficiência da resposta
- Organizar e executar as intervenções de modo a otimizar o tempo disponível

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quadro 1- Construção da questão de Investigação – Terminologia PCC	
POPULAÇÃO	ENFERMEIROS DE AMBULANCIA SIV
CONCEITO	COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS
CONTEXTO	PRÉ HOSPITALAR

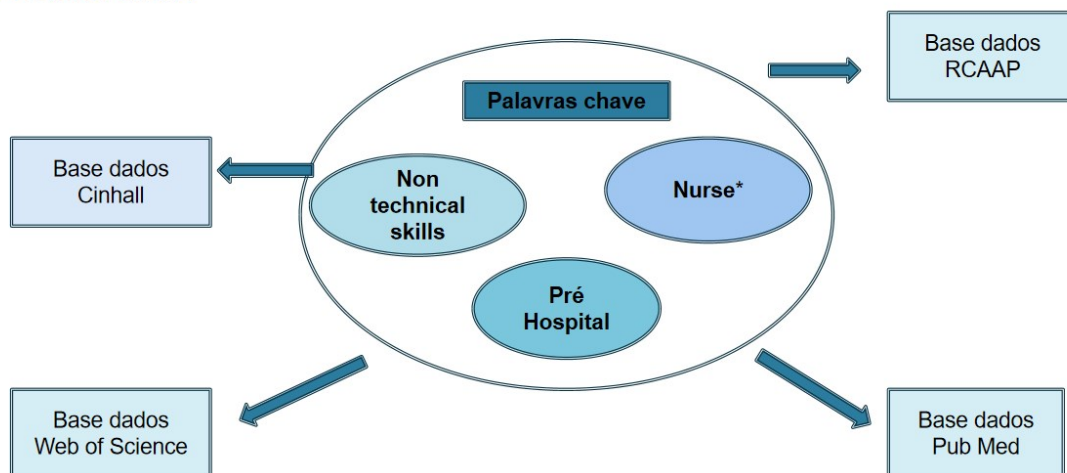
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Daqui surgiu a questão de Investigação



**Quais as competências
não técnicas na prática de
cuidados do Enfermeiro
de Ambulância SIV?**

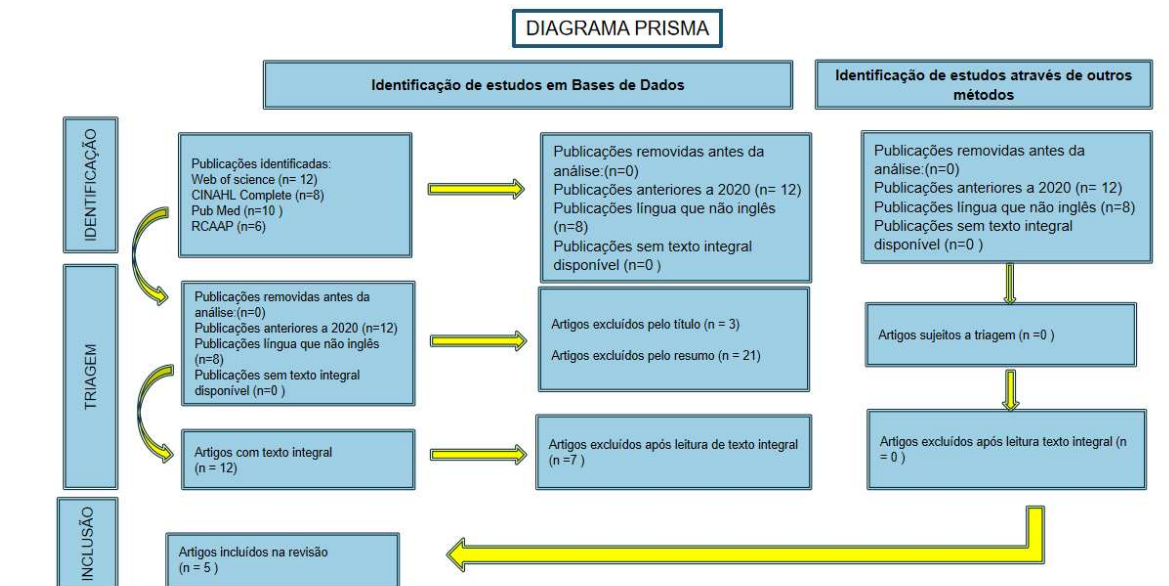
METODOLOGIA



METODOLOGIA

QUADRO 2 - Critérios de inclusão e exclusão	
Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
CNT no Pré hospitalar	CNT no Intra hospitalar

Quadro 3 - Limitadores
Acesso livre
Artigos sobre competências não técnicas do Enfermeiro no Pré hospitalar
Contexto Pré Hospitalar- Ambulancia SIV
Artigos publicados entre 2015 e 2025
Artigos em Inglês e Português



RESULTADOS

Autor Ano	Martins, J. J. P. A., Carvalho, E. C. de, & Ferreira, M. R. S. do C. F. (2019). A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências não técnicas em contexto de emergência pré-hospitalar: 2019
Título	A simulação em enfermagem no desenvolvimento de competências não técnicas em contexto de emergência pré-hospitalar: Survey
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➢ A liderança e a comunicação entre os profissionais como base de sucesso na RCR ➢ Os programas específicos de simulação/formação podem melhorar o desenvolvimento das CNT ➢ A formação nesta área das CNT como orientação / recomendação da American Heart Association ➢ No <i>debriefing</i> da formação emergem dimensões das CNT, destacando-se a gestão da situação e a comunicação assertiva, sendo esta etapa da simulação a mais benéfica para os formandos ➢ Enfatiza a simulação como estratégia para melhorar a resposta ➢ Neste estudo são essencialmente os Enfermeiros que mobilizam mais as CNT

RESULTADOS

Autor Ano	Alexandrino H, Martinho B, Ferreira L e Baptista S (2023) Competências não técnicas e trabalho em equipa no trauma 2023
Título	Competências não técnicas e trabalho em equipa no trauma
Resultados	<ul style="list-style-type: none">➤ As CNT são competências sociais e cognitivas➤ Os erros mais graves e frequentes na reanimação no trauma são relacionados com falhas de comunicação➤ A formação e sensibilização das CNT nos cuidados de saúde levou a um aumento da segurança dos doentes.➤ A comunicação como CNT basilar➤ A liderança, a comunicação entre os profissionais, o trabalho de equipa e a organização de tarefas como as CNT mais relevantes

RESULTADOS

Autor Ano	Caroline Hagström 2023
Título	Competências não técnicas e como podem influenciar o atendimento pré-hospitalar um estudo qualitativo sobre os cuidados de ambulância suecos
Resultados	<ul style="list-style-type: none">➤ Deste estudo emanaram 4 CNT como as mais relevantes: Comunicação, liderança , trabalho em equipa, consciência situacional➤ A comunicação como a mais importante CNT no Pré Hospitalar➤ Deverão ser mantidos os programas de formação na área

RESULTADOS

Autor Ano	Westman, A., Kurland, L., & Hugelius, K. (ano). Competências não técnicas necessárias para equipas de resposta a catástrofes médicas: uma revisão de âmbito 2024
Título	Competências não técnicas necessárias para equipas de resposta a catástrofes médicas – uma revisão de âmbito
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deste estudo destacaram-se as competências comunicacionais; a consciência situacional; o conhecimento de recursos humanos e competências de organização e coordenação; competências de tomada de decisão, gestão de tempo, o pensamento crítico e a resolução de problemas. ➤ São necessárias mais cursos de prática simulada principalmente para equipas de resposta em catástrofe

RESULTADOS

Autor Ano	Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021).
Título	Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico ➤ A prática simulada de alta-fidelidade é fundamental para o conhecimento sobre a interação e explanação das CNT entre os membros da equipa ➤ As CNT nas simulações com interferência de fatores de <i>stress</i> ficaram prejudicadas ➤ A liderança, comunicação, coordenação, tomada de decisão e inteligência emocional demonstraram influencia significativa nos resultados do doente. ➤ Houve uma correlação positiva entre CNT e CT demonstrando que as CNT melhoram o desempenho das CT.

DISCUSSÃO



CNT Essenciais no PH para a segurança do doente
Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021).
2021

A existência de programas específicos de simulação/formação podem melhorar o desenvolvimento das competências não técnicas
Martins, J. J. P. A., Carvalho, E. C. de, & Ferreira, M. R. S. do C. F. (2019).

Necessário fazer formação em pratica simulada de forma regular
Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021).
2021

Deverão ser mantidos os programas de formação na área
Caroline Hagström
2023

DISCUSSÃO



O Diebriefing como instrumento essencial á promoção da aquisição e desenvolvimento de CNT
Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021).
2021

Influencia direta das aptidões em CNTno sucesso das CT
Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021).
2021

CNT mais referidas: Tomada de decisão, comunicação, liderança, consciencia situacional, resolução de problemas, gestão de conflitos, inteligencia emocional e trabalho em equipa
Westman, A., Kurland, L., & Hugelius, K. (ano). Competências não técnicas necessárias para equipas de resposta a catástrofes médicas: uma revisão de âmbito
2024

CONCLUSÕES

- O contexto de trabalho em Ambulância de Suporte Imediato de Vida é recente e ainda pouco ou nada estudado e os desafios para o Enfermeiro são muitos, assim como as oportunidades de melhoria.
- O Enfermeiro de Ambulância SIV como elemento mais diferenciado deste meio, experimenta níveis de responsabilidade e exigência maiores e onde o desenvolvimento contínuo das CNT se tornam indispensáveis.
- A capacitação dos Enfermeiros da SIV deverá passar pela prática simulada como uma estratégia/ ferramenta eficaz para o seu desenvolvimento

CONCLUSÕES

- Através da prática simulada, o Enfermeiro pode trabalhar e desenvolver a sua capacidade de tomar decisões sob pressão, coordenar equipas, adotando posição de liderança no processo, comunicar de forma clara e objetiva com doente/família e demais profissionais, priorizar cuidados e gerir emoções e situações de crise de maneira eficiente.
- As CNT tal como as CT são fundamentais nos cuidados de Enfermagem no PH

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amendoeira, J., & Carvalho, E. C. de. (2018). "Simulação e Competências Não-Técnicas no Contexto de Emergência Pré-Hospitalar: Estudo Qualitativo." *Revista da UI_IPSantarem*, 6(2), 51–61. <https://doi.org/10.25746/riups.v6i2.1613> *revistas.rcsapp.pt*
2. Hagsfröm, C. (2023). *Non-technical skills and how it may influence the prehospital care: A qualitative study in Swedish ambulance care* (Degree project in nursing care, 15 högskolepoäng). Malmö University, Faculty of Health and Society, Department of Nursing.
3. Costa, L., Rodrigues, A., & Fernandes, P. (2021). Estratégias de comunicação de más notícias: eficácia do protocolo SPIKES em contextos clínicos. *Revista de Comunicação em Saúde*, 10(1), 75–82.
4. Daly, D. (2021). Non-Technical Skills in Healthcare: A Pilot Study. *Herald Open Access Journal*. Disponível em: https://www.heraldoopenaccess.us/article_pdf/62/non-technical-skills-in-healthcare-a-pilot-study.pdf
5. Decreto-Lei n.º 220/2007, de 29 de maio. *Diário da República*, (1.ª série, n.º 103). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/220-2007-477151>
6. Decreto-Lei n.º 24/2012, de 14 de fevereiro. *Diário da República*, (1.ª série, n.º 32). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/24-2012-176056>
7. Dias, L. P. R., et al. (2016). "Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar: Papel, Riscos Ocupacionais e Consequências." *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 3(1), 223–230.
8. Fflin, R., & Maran, N. (2021). Non-technical skills in healthcare. In L. J. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, & R. Tartaglia (Eds.), *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Springer, Cham.
9. Rey, R., Pereira, A., Rosa, K., Oliveira, M., Fava, S., & Lima, R. (2021). Ensinar competências não técnicas para atendimentos de emergência: percepções de professores médicos. *Revista Brasileira Educação*, 45(1), e013. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20190310>
10. Hargreaves, L. H. H. (2021). Atendimento de Emergência Prehospitalar nos Estados Unidos da America. *Brazilian Journal of Emergency Medicine*, 1, 9–13.
11. Jesus, J. A., & Balsanelli, A. P. (2020). Competences of the emergency nurse and the product of nursing care: An integrative review. *Revista Rene*, 21, e43495. <https://doi.org/10.15263/2175-0783.20202143495>
12. Lindström, V., Johansson, J., & Widarsson, M. (2022). Non-technical skills, and how it may influence the prehospital care: A qualitative study in Swedish ambulance care. *DIVA Portal*. Disponível em: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2/56264/1/777757/FULLTEXT01>
13. Lundberg, S., & Johansson, P. (2020). Collaborative models in Swedish pre-hospital emergency care: Enhancing nurse autonomy. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 12.
14. Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021). Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico: Revisão integrativa da literatura. *Saúde & Envelhecimento*, 8(2), Artigo 467. https://revistas.uvora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/497
15. Rey, R., Pereira, A., Rosa, K., Oliveira, M., Fava, S., & Lima, R. (2021). Ensinar competências não técnicas para atendimentos de emergência: percepções de professores médicos. *Revista Brasileira Educação*, 45(1), e013. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20190310>
16. Nogueira, A., Gonçalves, J. D., & Costa, M. A. (2021). Competências não técnicas em suporte avançado de vida como determinante na segurança do doente crítico: Revisão integrativa da literatura. *Saúde & Envelhecimento*, 8(2), Artigo 467. https://revistas.uvora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/497
17. Oliveira, A. S. S., & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(0), 115–124. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273074734_Ser_enfermeiro_em_Suporte_Imediato_de_Vida_Significado_das_Experiencias/links/57c0e130aa56826180f5d7/download
18. Rosete Almeida, M. R., Lobão, C., & Coelho, A. (2024). ESTRATÉGIAS DE GESTÃO EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NO PRÉ-HOSPITALAR: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW. *Novas tendências em pesquisa qualitativa*, 18, e628. <https://doi.org/10.36307/nqr.18.2023.e629>
19. Silva, L., Rodrigues, A., & Mendes, F. (2022a). Cooperação interprofissional e implementação de protocolos de cuidados em contextos de emergência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 70–75.
20. Silva, L., Rodrigues, A., & Mendes, F. (2022b). Inovação e tecnologia na prática assistencial pré-hospitalar em Portugal: desafios para a autonomia do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 56–64.
21. Smith, J., Brown, L., & Taylor, R. (2019). Advanced practice in pre-hospital care: The role of the nurse in the United Kingdom. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 340–347.
22. Sousa, M. A., et al. (2016). Como Elaborar uma Questão de Investigação em Saúde: Modelos PICO e PEO. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 146–153.
23. Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
24. Taveira, R. P. C., Silva, J. L. L., Souza, R. D., Rego, V. T. S. M., Lima, V. F., & Soares, R. S. (2021). Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência. *Glob Acad Nurs*, 2(3), e156. <https://doi.org/10.5035/2875-6002.20200159>
25. Williams, B., King, C., Edlington, L., & Williams, C. (2021). Non-technical skills in paramedicine: A scoping review. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 40–52. <https://doi.org/10.1111/nhs.12769>
26. Williams, B., Brown, T., & Archer, F. (2020). Non-technical skills in paramedicine: A scoping review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(4), 1–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32734058/>

APÊNDICE 4

POSTER - A importância do Diário no Doente sedado em SMI na prevenção do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

A importância do Diário no Doente sedado em SMI na prevenção do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

José Luís Miranda^{1,2}; Vasco Neves^{3,4}

¹ Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem Porto, Portugal, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Especialidade da Pessoa em Situação Crítica; ² ULSBE, Serviço de Urgência/VMER, Enfermeiro; ³ Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem Porto, Portugal; ⁴ Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal.

INTRODUÇÃO: O Síndrome Pós Cuidados Intensivos (PICS) é uma condição que pode afetar doentes submetidos a sedação prolongada, causando complicações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, comprometendo a sua qualidade de vida e a da sua família.

O uso do **Diário do doente** em Serviços de Medicina Intensiva tem sido explorado como uma estratégia para reduzir o impacto do PICS. Este diário, mantido pela equipa de saúde, onde para além destes, podem e devem participar a família e/ou amigos documenta todos os factos, intervenções, eventos ou emoções desse período temporal que é disponibilizado após a recuperação, ajudando na reconstrução da memória e na adaptação pós-internamento.

OBJETIVO:

Identificar os benefícios do uso do diário do doente em Serviços de Medicina Intensiva para doentes submetidos a sedação, explorando o seu impacto na prevenção e recuperação do PICS.

METODOLOGIA:

Terminologia PCC: População - Doentes sedados; Conceito - Diário do doente; Contexto - Serviços de Medicina Intensiva

Bases Dadas: B-On, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Med Line

Frase Boleana: "Diary" AND "Intensive Care" AND "Post Intensive Care Syndrome"

Artigos B-On (n = 4)
Artigos CINAHL (n = 9)
Artigos Cochrane Data Base of Systematic Reviews (n = 3)
Artigos Medline (n = 2)

Artigos removidos por duplicação (n = 0)

Artigos excluídos pelo título (n = 3)

Artigos sujeitos a triagem (n = 18)

Artigos excluídos pelo resumo (n = 4)

Artigos com texto integral (n = 11)

Artigos excluídos após leitura de texto integral (n = 6)

Artigos incluídos na revisão (n = 5)



Fonte: Gerado por IA

RESULTADOS

Maior envolvimento da família, enquanto facilitador da comunicação (3)

A RL revelou lacunas na evidência científica disponível (2)

Ajuda os doentes a reconstruir a memória (5)

Redução de sintomas depressivos e de stress pós-traumático (1)

Melhora a qualidade de vida dos doentes a longo prazo (4)

Reduz a incidência e a gravidade da PICS (1)

Falta de ensaios clínicos controlados randomizados que comprovem de forma robusta a eficácia do diário na prevenção e recuperação do PICS (2)

Promove um suporte emocional mais estruturado (5)

CONCLUSÕES

- > O diário do doente é uma ferramenta promissora para a redução do impacto do PICS.
- > Promove uma melhor recuperação após a alta da Unidade de Cuidados Intensivos.
- > Evidência científica pouco robusta pela falta de estudos randomizados.
- > Recomenda-se o desenvolvimento de estudos experimentais rigorosos que avaliem a sua real eficácia e impacto a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Fonte: Gerado por IA

ANEXOS

ANEXO 1

II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM – certificado de participação

ANEXO 2

II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM – certificado de organização



II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM

17 e 18 | Outubro | 2023

Certificado de Organização

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

PRESIDENTE DAS JORNADAS – ENFERMEIRA CONCEIÇÃO SOUSA



ANEXO 3

II Jornadas de Enfermagem do SU do HSMM – certificado de moderador

ANEXO 4

IV Congresso Internacional Critical Care: CESPUN'24



IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24



11 E 12 DE OUTUBRO



AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Jose Luis da Costa Miranda

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

Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

Certificadon.º 2293 /2024



ANEXO 5

VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Declara-se que

José Luís da Costa Miranda

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



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



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

Porto, 27 de março de 2025

DecPres VIII FEE 70/2025

ANEXO 6

2º Seminário do Doente Crítico

2º Seminário do Doente Crítico

7 e 8 de fevereiro 2025

Hospital CUF Descobertas



2º Seminário do Doente Crítico

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

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



NOME

Jose Luis Miranda

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

08156900

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-67996f415011f

ANEXO 7

ICE – Internacional Congress on Emergency



ICE INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY

www.apemerg.pt

LISBOA 4 abril 2025



Certifica-se que JOSE LUIS DA COSTA MIRANDA

participou no **INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY (ICE25)** by Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência, realizado no Auditório Prof. Armando Simões dos Santos, faculdade de Medicina Dentária - Universidade de Lisboa, no dia 4 de abril de 2025.

Lisboa, 4 de Abril de 2025

Vera Mondim
Presidente da Direção da APEMERG

