



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa
em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
SPECIALISED NURSING CARE FOR PEOPLE IN
CRITICAL SITUATION**

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

Por

Lisete Maria Ponte Pereira

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa
em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
SPECIALISED NURSING CARE FOR PEOPLE IN
CRITICAL SITUATION**

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

Por

Lisete Maria Ponte Pereira

Orientadora: Prof.^a Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2024

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce.”

Fernando Pessoa (1934)

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

Do amor àquela que foi a profissão que escolhi e da vontade de todos os dias querer ser e fazer mais e melhor surgiu a motivação para realizar o Mestrado em Enfermagem.

Certa de que obstáculos surgiriam e que o maior deles seria a distância, lancei-me na concretização de mais um objetivo de realização pessoal e profissional.

Foi um percurso recheado de momentos: momentos desafiantes, momentos de incerteza e momentos de satisfação e alegria pelas muitas aprendizagens e por cada conquista.

Foram vários os contributos das pessoas que me ajudaram a manter o foco e a prosseguir.

Por isso, agradeço e dedico este meu trabalho a cada um de vós:

Às Pessoas em Situação Crítica e suas Famílias,

A verdadeira motivação para este investimento académico e profissional.

A necessidade de cuidados especializados foi o alimento para o meu processo de desenvolvimento profissional.

Ao meu Marido,

A Ti agradeço o apoio, a força e o encorajamento.

Contigo aprendi a traçar pequenos objetivos para alcançar o grande objetivo!

Obrigada por nunca me desamparares e tornares as coisas, não mais fáceis, mas possíveis.

As palavras nunca serão suficientes para demonstrar a gratidão por toda a ajuda e compreensão nesses últimos meses.

Amo-te!

Ao meu Cookie,

Um sentido pedido de desculpa por ter o computador no colo que devia ser teu e por todos os passeios em que não estive presente.

Fica a promessa de compensar nos próximos tempos!

Aos meus Pais,

Obrigada pela compreensão nos momentos de ausência.

Obrigada pelo apoio durante todas as viagens.

À minha irmã e à Carol,

Um especial agradecimento por me terem acolhido e tornado menos doloroso o afastamento de casa.

Às Amigas e aos Amigos,

Obrigada pela vossa compreensão e palavras de coragem.

Aos Professores e aos Orientadores,

especialmente à Prof.^a Isabel Rabiais e aos Enfermeiros C.M., J.P. e M.F.

Agradeço a disponibilidade e os vossos ensinamentos.

Com eles cuidarei o melhor possível!

Aos Colegas e a Todos,

que contribuíram para ultrapassar os obstáculos ao longo deste percurso e o tornaram possível.

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
BPS – Behavioral Pain Scale
COPA – Competency Outcomes Performance Assessment
CPOT – Critical-Care Pain Observation Tool
DGS – Direção-Geral da Saúde
ECDT – Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal
EEIH – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar
EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar
ERR – Equipa de Resposta Rápida
EUA – Estados Unidos da América
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
IET – Intubação Endotraqueal
IHI – Institute for Healthcare Improvement
JBI – Joanna Briggs Institute
N.º ou n.º – Número
PAI – Pneumonia Associada à Intubação
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
Prof.^a – Professora
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RT – Responsável de Turno
SE – Sala de Emergência e Reanimação
SIV – Suporte Imediato de Vida
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SO – Sala de Observação
SRR – Sistema de Resposta Rápida
SRS – Serviço Regional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCP – Universidade Católica Portuguesa
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

O presente Relatório de Estágio insere-se no Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. Este tem como objetivo descrever e analisar, com recurso à reflexão, o percurso realizado e demonstrar o desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na área supracitada, de forma a fornecer a fundamentação para a atribuição dos títulos de Mestre e Enfermeiro Especialista.

Com o propósito de demonstrar as competências de Mestre em Enfermagem, constantes no artigo 15.º do *Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), foi realizada uma revisão de literatura, utilizando a metodologia de *Scoping Review*, proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, de título *Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar: uma Scoping Review*, a qual teve como objetivo mapear a extensão, variedade e natureza da literatura sobre as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar. Pretendeu contribuir com uma base teórica para a seleção, formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados com qualidade neste contexto específico e, assim, para a área de *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*.

A componente prática deste percurso contemplou estágio numa Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, todos polivalentes. Para cada campo de estágio foram definidos objetivos e atividades promotoras da aprendizagem e do desenvolvimento das competências especializadas.

A análise do processo de desenvolvimento das competências profissionais teve por base os regulamentos da especialização em Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* e o *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, na área de *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*.

O referencial teórico norteador deste percurso foi a Teoria de Patricia Benner, *De Iniciado a Perito*.

Finalizado este percurso, afirmo o alcance dos objetivos propostos e das competências acima enunciadas e assumo o compromisso pelo contínuo desenvolvimento profissional.

Palavras-chave: competências; enfermeiro; pessoa em situação crítica; deterioração clínica; equipa de emergência intra-hospitalar

ABSTRACT

This internship report is within the scope of Medical-Surgical Nursing Master's Degree, in Critically Ill Person area. This document has the purpose to describe, analyze and demonstrate the process and development of common and specific skills of the Specialist Nurse by resorting to the reflective methodology, in order to provide the basis for awarding the title of Master and Specialist Nurse.

The literature review was carried out using the Scoping Review methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, entitled “Competencies Profile of the Intra-hospital Emergency Team Nurse’s: A Scoping Review”. It aimed to map the extent, variety and nature of the literature on the competencies of the Intra-hospital Nurse Emergency Team, according to the competences of a Master in Nursing, set out in article 15 of the *Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). The Scoping Review aimed to provide a theoretical basis for the selection, training, and development of nurses' competencies towards quality cares in this specific context and, thus, for the area of Critical Nursing Care.

The practical component of the Master's consisted of an internship in an Intermediate Care Unit, Intensive Care Unit and Emergency Service, all of which were multi-purpose. For each internship area, objectives and activities were set to promote learning and competencies development for specialized nursing.

The *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* and the *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica* of the Ordem dos Enfermeiros were the basis of the developing competencies in Critical Nursing Care process analysis.

The theoretical framework to the entire process was Patricia Benner's theory, *From Novice to Expert*.

By the end of this course, it is possible to state that the objectives and competencies set out above were achieved and I am committed to continuous professional development.

Keywords: competencies; nurse; critically ill person; clinical deterioration; intra-hospital emergency team

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO.....	25
1.1. Enquadramento da Revisão de Literatura	25
1.2. Critérios de Inclusão	28
1.3. Método	28
1.4. Resultados	29
1.4.1. Competências de Avaliação e Intervenção	31
1.4.2. Competências de Comunicação.....	33
1.4.3. Competências de Pensamento Crítico	33
1.4.4. Competências de Relação e Cuidado.....	34
1.4.5. Competências de Ensino.....	35
1.4.6. Competências de Gestão.....	36
1.4.7. Competências de Liderança.....	37
1.4.8. Competências de Integração do Conhecimento.....	39
1.4.9. Outras Competências.....	40
1.5. Discussão	41
1.6. Conclusão da Revisão da Literatura.....	42
2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	43
2.1. A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica	43
2.2. Estágio Final e Relatório.....	44
2.2.1. Serviço de Urgência.....	44
2.2.2. Unidade de Cuidados Intensivos	47
3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO.....	49
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	49
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	50
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	52
3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	55
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	58

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	60
3.2.1. Cuida da Pessoa e Família/Cuidador em Situação Crítica	60
3.2.2. Resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe	63
3.2.3. Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos.....	67
3.3. Avaliação Global dos Estágios e Implicações para a Prática Profissional.....	69
4. CONCLUSÃO	71
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

APÊNDICES

APÊNDICE A: Póster	86
APÊNDICE B: Estratégias de Pesquisa	88
APÊNDICE C: Estudos Não Elegíveis Após Revisão do Texto Integral	92
APÊNDICE D: Instrumento de Extração dos Dados	95
APÊNDICE E: Características dos Estudos e Principais Conclusões	98
APÊNDICE F: Reflexão Sobre o Estágio da Unidade Curricular A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica	102
APÊNDICE G: Formação em Serviço Realizada no Estágio de Serviço de Urgência	126
APÊNDICE H: Reflexão Sobre o Período de Observação Realizado no Serviço de Suporte Imediato de Vida	137

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.1: Fluxograma PRISMA 2020 do Processo Seletivo dos Estudos	30
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1.1: Estratégias de Pesquisa	89
QUADRO 1.2: Características dos Estudos e Principais Conclusões	99
QUADRO 1.3: Resultados Organizados pelas Dimensões de Competências do Modelo COPA de <i>Lenburg</i> (1999)	31
QUADRO 1.4: Resultados Organizados de Acordo com Outras Competências Evidenciadas Na Literatura Analisada	31

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Certificado de Apresentação do Póster	154
ANEXO II: Certificado de Participação no <i>VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social</i>	156

INTRODUÇÃO

Enfermagem, área de conhecimento e profissão da saúde, tem como objeto “o cuidado”, enquanto ciência foca-se no “cuidado humano”, objeto do seu conhecimento, e enquanto profissão concretiza-se através do cuidado às pessoas, promovendo e protegendo as suas vidas (Deodato, 2010, p. 3).

O Mestrado em Enfermagem pretende responder a estas 2 solicitações diferentes, mas complementares na formação dos enfermeiros: o título académico de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista (Universidade Católica Portuguesa [UCP], 2017).

O presente Relatório insere-se na Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório* do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem da UCP, Lisboa.

Este tem como objetivo demonstrar o processo de aprendizagem e o desenvolvimento das competências de Mestre e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na área de especialização supracitada, através da descrição e análise do percurso realizado, com recurso à metodologia reflexiva.

As competências em investigação científica, preconizadas no artigo 15.º, *Grau de mestre*, do *Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior* (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), são demonstradas pela revisão de literatura efetuada, em colaboração com mais dois investigadores, com o objetivo de mapear a extensão, variedade e natureza da literatura sobre as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEIH). Esta foi intitulada de *Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar: uma Scoping Review*, realizada de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e é apresentada no primeiro capítulo deste Relatório.

As competências para a prática profissional foram adquiridas e desenvolvidas em contextos de prática clínica, os quais são descritos no segundo capítulo.

A Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório* contemplou estágio em 2 contextos de prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica: Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). No entanto, o processo de desenvolvimento de competências profissionais iniciou-se ainda no 2.º semestre, na Unidade Curricular *A Pessoa em Situação*

Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica, cujo estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intermédios. As Unidades Curriculares contaram com a orientação clínica de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com experiência nos respetivos contextos de estágio, e com a orientação tutorial da Prof.^a Doutora Isabel Rabiáis.

Em Enfermagem, cuidar do outro requer competências, as reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros aos Enfermeiros, de acordo com o previsto no *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Esta entidade define *competência* por um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que [o enfermeiro] mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (Regulamento n.º 190/2015, 2015, p. 10087).

No entanto, os cuidados de saúde e, por consequência, os cuidados de enfermagem, assumem uma importância e exigência técnica e científica cada vez maiores, na qual a diferenciação e especialização são uma realidade que a Ordem dos Enfermeiros acompanha através da atribuição do título de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns e específicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, ao Enfermeiro Especialista são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na respetiva área de especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As *competências comuns*, entendidas como as partilhadas por todos os Especialistas, estão agrupadas por domínios: “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”; “domínio da melhoria contínua da qualidade”; “domínio da gestão dos cuidados” e “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Às competências comuns acrescem as *competências específicas*, relacionadas com as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde e com o campo de intervenção específico (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na área de *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362), são competências específicas: “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe” e “a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

Em situação crítica, os cuidados de enfermagem são altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa e família/cuidador, com os objetivos de conhecer continuamente a situação, de prever e detetar precocemente complicações e de assegurar intervenções precisas, concretas, eficientes e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Posto isto, o terceiro capítulo deste Relatório descreve e analisa, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento das competências para a prática profissional, com o intuito de demonstrar o processo de aprendizagem e de aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista nesta área particular.

Além do *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* e do *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, da Ordem dos Enfermeiros, o quadro concetual que sustenta a reflexão é a Teoria de Patricia Benner, *De Iniciado a Perito*. Esta fundamenta-se no Modelo de Dreyfus que explica a aquisição e desenvolvimento de competências, em estudantes, com base em 5 níveis consecutivos de proficiência: *Iniciado*, *Iniciado Avançado*, *Competente*, *Proficiente* e *Perito* (Benner, 2001). De acordo com esta autora é com a prática que os enfermeiros desenvolvem competências e uma compreensão dos cuidados prestados aos doentes ao longo do tempo, a partir da combinação de uma base educacional sólida e de experiências pessoais, sendo as competências desenvolvidas a partir da experiência um pré-requisito para o enfermeiro se tornar especialista (Benner, 2001).

Finalizado o terceiro capítulo seguem-se a Conclusão, Referências Bibliográficas, Apêndices e Anexos.

A elaboração deste Relatório foi baseada no livro *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: Sugestões Para a Estruturação da Escrita Segundo Bolonha*, de Mário Azevedo (10.ª Edição), nas indicações presentes no *Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório* do Mestrado em Enfermagem 2023-2024, da UCP, e nas orientações para elaboração de citações e referências bibliográficas da *American Psychological Association* (7.ª edição).

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

As competências de investigação integram as competências de Mestre e as competências comuns do Enfermeiro Especialista.

O artigo 15.º do *Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior* explica que o grau de Mestre é atribuído a quem demonstrar conhecimentos e capacidades de compreensão que “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais ... em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162).

O *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* evidencia que as competências comuns “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”(Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Deste modo, identificado um tema considerado relevante para a *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, foi realizada uma revisão de literatura, com mais 2 investigadores, cujo fenómeno de investigação foram as competências dos enfermeiros da EEIH, de título: *Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: Uma Scoping Review*.

A divulgação dos resultados foi efetuada, sob a forma de póster, no *VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social*, da Escola de Enfermagem de Lisboa da UCP, concretizado a 24 de novembro de 2023 (Apêndice A/Anexo I). Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento das competências de Mestre, no que diz respeito à capacidade “de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, p. 4162).

1.1. Enquadramento da Revisão de Literatura

As situações de emergência que ocorrem a nível hospitalar constituem uma preocupação das instituições de saúde, por serem uma ameaça à segurança do doente, um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Rocha & Branco, 2022).

O envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida e as comorbilidades associadas, somados à escassez de profissionais de saúde, inexperiência e falhas na monitorização e vigilância poderão contribuir para a ocorrência de situações de emergência durante um episódio de internamento (Buurman *et al.*, 2011, citado por Weatherburn & Greenwood, 2023; Moreira *et al.*, 2018).

A crescente preocupação com a segurança do doente, aliada à qualidade em saúde, determinou o desenvolvimento de estratégias pelas instituições e profissionais (Teixeira, 2021). Neste sentido, o Conselho Europeu de Ressuscitação defende que os hospitais devem ter uma política clara para dar resposta clínica a doentes com alterações de sinais vitais e doenças críticas, o que pode incluir um serviço de extensão de cuidados intensivos e/ou uma EEIH (Soar *et al.*, 2021).

As EEIH surgem como mecanismo integral para a segurança do doente hospitalizado e são parte de um Sistema de Resposta Rápida (SRR) (Fischer *et al.*, 2021; Chalwin *et al.*, 2020). Têm como objetivo mobilizar conhecimentos e competências em cuidados críticos para atender pessoas em deterioração clínica ou emergências, em locais fora das UCI, de forma atempada, para evitar eventos adversos (Moreira *et al.*, 2018).

Uma Equipa de Resposta Rápida (ERR) surgiu pela primeira vez na Austrália em 1990, como Equipa de Emergência Médica (Won & Kang, 2022), após se terem verificado sinais de deterioração antes de ocorrer uma paragem cardiorrespiratória (PCR) (Salvatierra *et al.*, 2016). No estudo de Schein *et al.* (1990), verificou-se que mais de 80% das pessoas que sofreram uma PCR no hospital tinham deterioração de sinais vitais nas 8 horas anteriores (citado por Hillman *et al.*, 2014). Assim, ocorreu uma mudança de paradigma: da atuação na ressuscitação cardiorrespiratória para a prevenção de eventos críticos (Cardo, 2017), onde ERR são ativadas antes da emergência (Berwick *et al.*, 2006). A sobrevivência do doente dependerá da eficácia da resposta a estas situações (Despacho n.º 9639/2018, 2018).

A “100,000 Lives Campaign”, lançada em 2004 pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), correspondeu aos esforços de promover a segurança do doente, desafiando hospitais ou outros prestadores de cuidados à criação de ERR, com o objetivo de reduzir significativamente a morbilidade e a mortalidade nos cuidados de saúde americanos (Berwick *et al.*, 2006).

Os benefícios da implementação das EEIH são referidos na literatura como: prevenção de complicações; diminuição da taxa de mortalidade e morbilidade; redução de PCR, de admissões não programadas em UCI e do tempo de internamento hospitalar; e satisfação profissional (Won & Kang, 2022; Moreira *et al.*, 2018; Salvatierra *et al.*, 2016; Hillman *et*

al., 2014). Estas também vêm colmatar dificuldades na atuação ao doente que evoluiu para situação crítica, em contexto de enfermaria (Rocha & Branco, 2022).

O seu âmbito de atuação é o ambiente intra-hospitalar e, embora as situações de emergência possam ocorrer em qualquer lugar num hospital, são mais comuns no internamento (Devita *et al.*, 2006, citado por Cardo, 2017). Salienta-se que no ambiente intra-hospitalar estão incluídos utentes, visitas, funcionários ou outras pessoas que se encontrem nas instalações (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010).

Inspirados na Austrália e integrando a sugestão do IHI foram introduzidos em vários hospitais diferentes modelos de EEIH, não existindo um modelo único na Europa (Chan *et al.*, 2016, citado por Cardo, 2017; Mullins & Psirides, 2016, citado por Cardo, 2017).

Em Portugal, estas equipas assumem a designação de Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) e a sua criação e implementação foram determinadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2010 (Despacho n.º 9639/2018, 2018). Habitualmente, as EEIH são multidisciplinares, mas podem ser constituídas apenas por médicos ou por enfermeiros (Maharaj *et al.*, 2015, citado por Cardo, 2017). Internacionalmente é aceite que sejam médicos e enfermeiros pertencentes à UCI (Soar *et al.*, 2021). Em Portugal, a DGS determina que esta equipa deverá ser constituída por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação, de preferência com formação em cuidados intensivos e emergência (DGS, 2010). Wang e Zheng (2009) referem-se aos enfermeiros como os membros mais indispensáveis (citado por Yuan *et al.*, 2022) e McNeill *et al.* (2009) acrescentam que são necessárias “competências profissionais de prática avançada, tais como conhecimentos avançados, competências clínicas e capacidades de comunicação” (citado por Won & Kang, 2022, p. 2). Ser enfermeiro da EEIH é profissionalmente complexo e é exigido um processo de desenvolvimento individual e profissional para demonstrar múltiplas competências (Bunkenborg *et al.*, 2022).

A temática das EEIH permanece pouco desenvolvida a nível nacional, sobretudo as competências dos enfermeiros, razão pela qual se justificou realizar esta *Scoping Review*.

Foi realizada uma pesquisa preliminar no *Prospectively Registered Systematic Reviews* (PROSPERO), *Joanna Briggs Institute* e na *Open Science Framework* (OSF) que não revelou a existência de *Scopings Reviews* publicadas, ou a serem realizadas, sobre o perfil de competências do enfermeiro da EEIH.

Portanto, a realização desta *Scoping Review* teve como objetivo mapear a extensão, variedade e natureza da literatura sobre as competências do enfermeiro da EEIH e pretende

responder à questão: Quais são as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar?

1.2. Critérios de Inclusão

Esta revisão de literatura utilizou como estrutura a mnemónica «PCC» (P- População, C – Conceito, C- Contexto), proposta pelo JBI, para definir os critérios de inclusão. A população considerada foram os enfermeiros que exercem funções nas EEIH. O conceito em estudo foram as competências destes enfermeiros, definidas como um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que [o enfermeiro] mobiliza em contexto de prática clínica” (Regulamento n.º 190/2015, 2015). O contexto foi o meio intra-hospitalar.

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

1.3. Método

Esta *Scoping Review* foi realizada de acordo com a metodologia proposta pelo JBI para revisões *Scoping*, segundo o manual para revisores publicado em 2020 (Peters *et al.*, 2020) e em conformidade com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) extension for Scoping Reviews* (Page *et al.*, 2021).

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

Quadro 1.1, *Estratégias de Pesquisa* (Apêndice B). (3) Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos e selecionadas as que respeitavam os critérios de inclusão.

Considerou-se para inclusão nesta revisão, estudos escritos em espanhol, inglês e português com acesso ao texto integral gratuito. Não foi considerado friso temporal.

Após a pesquisa, todos os registos identificados foram compilados, carregados no programa RAYYAN® e removidos os duplicados. A análise dos títulos e resumos foi realizada por dois revisores independentes, de acordo com os critérios de inclusão. Os artigos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra e analisados os textos integrais. Os que não respeitaram os critérios de inclusão foram excluídos e as razões para a sua exclusão são apresentadas no Apêndice C.

A extração dos dados foi, também, efetuada por dois revisores independentes, utilizando um instrumento de extração de dados desenvolvido pelos próprios, alinhado com o objetivo e questão de revisão. O instrumento construído (Apêndice D) contemplou o *Competency Outcomes Performance Assessment (COPA) Model* de Lenburg (1999), traduzido como Modelo de Avaliação dos Resultados das Competências e do Desempenho, que inclui 8 dimensões de competências: avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino, gestão, liderança e integração do conhecimento (Lenburg *et al.*, 2009). As competências mapeadas, que não se incluíram nas dimensões deste modelo, foram acrescentadas como outras competências.

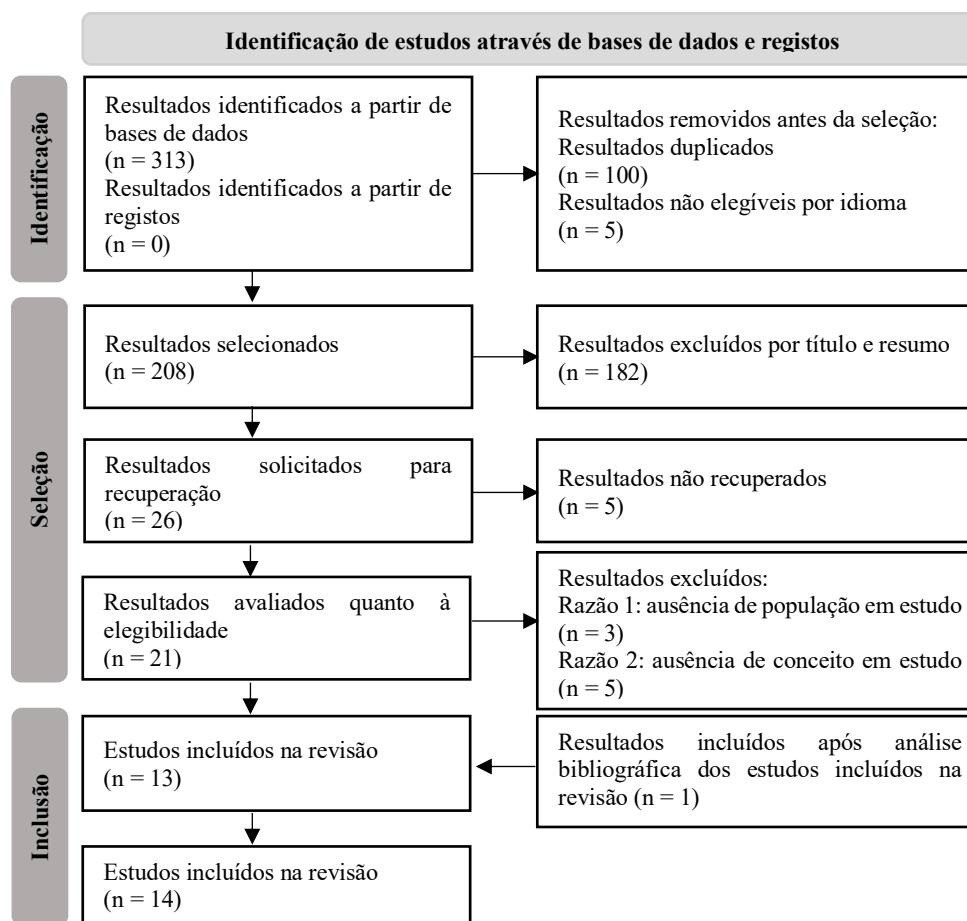
As divergências que surgiram entre revisores resolveram-se através de discussão ou com um terceiro revisor.

1.4. Resultados

Como descrito na Figura 1.1, *Fluxograma PRISMA 2020 (adaptado) do Processo Seletivo dos Estudos*, identificaram-se 313 resultados, dos quais 100 foram excluídos por duplicação e 5 por não cumprirem o critério idioma. Aplicados os critérios de inclusão, excluíram-se 182 por título e resumo. Obtiveram-se 26 resultados, dos quais 5 sem acesso ao texto integral gratuito. Assim, 21 resultados potencialmente relevantes foram extraídos na íntegra, dos quais 8 excluídos após leitura integral, por não cumprirem os critérios de população e conceito. Obtiveram-se 13 resultados para análise detalhada. Após análise das referências bibliográficas destes, foi adicionado 1 estudo, incluindo-se 14 estudos nesta *Scoping Review*.

Figura 1.1

Fluxograma PRISMA 2020 (adaptado) do Processo Seletivo dos Estudos



Fonte: Adaptado de Page *et al.* (2021).

As características dos estudos encontram-se sumariadas no Quadro 1.2, *Características dos Estudos e Principais Conclusões* (Apêndice E), onde constam autor(es), ano de publicação, país, título, tipo de estudo, objetivo(s) e principais conclusões.

A data de publicação dos resultados variou entre 2005 e 2023. Verificou-se que estudos mais recentes, a partir de 2018, descreveram com maior pormenor as competências dos enfermeiros das EEIH, o que poderá estar relacionado com a preocupação atual com a segurança do doente e qualidade em saúde.

Dos resultados, 8 foram estudos primários, 1 revisão da literatura, 1 artigo de opinião e 4 relatos de experiência. Os países dos estudos foram: 5 dos Estados Unidos da América (EUA), 5 da Austrália, 1 da Dinamarca, 1 do Reino Unido, 1 da China e 1 da Coreia do Sul.

Os estudos considerados tinham como população enfermeiros das EEIH. Dos 14 resultados analisados, 13 tinham na constituição das EEIH enfermeiros de UCI e 1, além de enfermeiros da UCI, tinha também enfermeiros da área de emergência. Em 1 resultado não foi especificado o serviço de origem dos enfermeiros e em 2 resultados foi sublinhado que

enfermeiros da área de emergência poderiam fazer parte destas equipas. O conceito foram as competências destes enfermeiros e o contexto o ambiente intra-hospitalar, em que todos os resultados se referiram ao internamento.

Da análise dos resultados emergiram as competências do enfermeiro da EEIH, as quais foram organizadas pelo Modelo COPA e estão apresentadas no Quadro 1.3.

Quadro 1.3

Resultados Organizados pelas Dimensões de Competências do Modelo COPA de Lenburg (1999)

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

Fonte: Adaptado de Lenburg *et al.* (2009).

Além das competências referidas anteriormente, alguns autores fizeram referência a outras consideradas importantes num enfermeiro da EEIH, conforme descrito no Quadro 1.4.

Quadro 1.4

Resultados Organizados de Acordo com Outras Competências Evidenciadas na Literatura Analisada

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

Fonte: Elaboração dos autores.

1.4.1. *Competências de Avaliação e Intervenção*

Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) demonstraram que os enfermeiros da EEIH possuem habilidades avançadas de avaliação e que a “monitorização contínua ... é considerada uma componente-chave” (p. 125). Jackson (2017) (E6) salientou que este enfermeiro é o responsável por liderar tanto a avaliação inicial do doente como a contínua. Currey *et al.* (2018) (E5) partilharam a opinião dos participantes de que os enfermeiros

“necessitam de desenvolver ... fortes competências de avaliação a nível de pós-graduação que lhes permitam reconhecer e responder eficazmente ao doente em deterioração” (p. 81). Alguns participantes do estudo de Yuan *et al.* (2022) (E3) esperavam que os enfermeiros fossem capazes de realizar o exame físico e de aplicar ferramentas e estratégias de avaliação. Toppo *et al.* (2016) (E8) referiram como responsabilidades mais comuns do enfermeiro: avaliar a circulação, o estado de consciência, o tórax e realizar o exame neurológico. Também, no artigo de Repasky e Pfeil (2005) (E14) existe referência à excelência das habilidades de avaliação, avaliação do doente e situação, validação das avaliações efetuados pelos enfermeiros das enfermarias e à monitorização cardíaca, em áreas não monitoradas do hospital. Won e Kang (2022) (E2) evidenciaram que o enfermeiro tem a função de avaliar o doente e, para tal, necessita de monitorizar, determinar o risco de deterioração, manter uma avaliação contínua e planear o tratamento e as intervenções. Jackson (2017) (E6) mencionou que, em alguns modelos de EEIH, o enfermeiro reavaliou periodicamente pontuações de alerta precoce, contactou o colega da enfermaria para discutir o plano do doente e visitou o doente para avaliá-lo ou validar a ativação da EEIH. No estudo de Won e Kang (2022) (E2), também foi referido que os enfermeiros “geriram centralmente um programa de triagem informático ... para prever a exacerbação aguda e a deterioração clínica” e “monitorizaram os sinais vitais e os resultados dos exames laboratoriais dos doentes internados 24 horas por dia para identificar doentes em alto risco ou com deterioração aguda, visitando-os para avaliar a sua condição” (p. 4). Vários autores enumeraram múltiplas intervenções de enfermagem executadas durante a atuação da EEIH. As intervenções realizadas com maior frequência foram: monitorização contínua de sinais vitais (E1, E2, E8, E9, E10); administração de oxigenoterapia e resolução de problemas relacionados com as vias aéreas (E1, E2, E4, E6, E8, E10, E12, E14); colocação de acesso venoso (E1, E5, E8, E12, E13); preparação e administração de fármacos de emergência e fluídos (E1, E2, E5, E6, E8, E10, E12, E13, E14); colaboração em procedimentos, como a intubação endotraqueal (IET) (E1, E2, E8, E12); e realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (ECDT), como colheitas de espécimes (E2, E5, E6, E8, E12), ecografia (E2) e eletrocardiograma (E5, E6, E8, E14). Embora, não tão frequentemente descritas, o transporte intra-hospitalar (E5, E8), o manuseio do equipamento/material de urgência/emergência (E1, E12, E13, E14) e a implementação de medidas de conforto e analgesia (E1) foram, igualmente, referidas.

1.4.2. Competências de Comunicação

Um dos participantes do estudo de Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) afirmou que o enfermeiro da EEIH, para ser competente, deve ter competências de comunicação eficazes. Won e Kang (2022) (E2) e Repasky e Pfeil (2005) (E14) evidenciaram que um dos requisitos fundamentais são as habilidades comunicacionais. Won e Kang (2022) (E2) referiram-se a estas como essenciais para “educar, consultar, apoiar e coordenar” (p. 8). Na revisão de literatura de Salvatierra *et al.* (2016) (E7) foi mencionado que os enfermeiros mais eficazes eram os detentores de excelentes competências de comunicação. Leach *et al.* (2010) (E10) reforçaram que o enfermeiro especialista contribuiu com conhecimentos e competências nesta área. Yuan *et al.* (2022) (E3) evidenciaram que os enfermeiros “devem ter competências de comunicação profissional para garantir que a informação é transmitida de forma rápida, precisa e eficaz” (p. 2046). A documentação adequada, a capacidade de elaboração de relatórios, a capacidade de escutar e comunicar com os doentes, famílias e colegas, a assertividade e “boas competências de *debriefing*” (p. 80) foram observadas, na área da comunicação, por Currey *et al.* (2018) (E5). A demonstração de compaixão e empatia, também foi referida, no âmbito das competências de comunicação, no estudo de Currey *et al.* (2018) (E5). Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) salientaram, nas discussões em equipa, a comunicação dos resultados da avaliação e o alerta para alterações de sinais vitais. No estudo de Topple *et al.* (2016) (E8), a comunicação foi uma das competências mais demonstrada, no que diz respeito ao preenchimento da documentação, por nota manuscrita ou registo eletrónico. Afirmção que é reforçada por Scholle e Mininni (2006) (E13), ao salientarem que, das funções dos enfermeiros fazem parte: “registo de eventos”, “obtenção da ficha do doente” e “registo das intervenções” (p. 39). Currey *et al.* (2018) (E5) e Jamieson *et al.* (2008) (E12) enfatizaram o uso da ferramenta ISBAR ou SBAR como importantes na transmissão e registo da informação, respetivamente. No estudo de Santiano *et al.* (2011) (E9) foi referida a capacidade de “documentação” e “receber/transmitir informações”, sobretudo no momento do “*handover*” (p. 120).

1.4.3. Competências de Pensamento Crítico

Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) referiram que os enfermeiros da EEIH, para atender às necessidades do doente, “tentaram compreender toda a situação” e “fizeram reflexões aprofundadas sobre como poderiam ajudar o doente e, assim, ajudar o enfermeiro e o médico que haviam telefonado” (p. 3565). No mesmo estudo, os enfermeiros descreveram situações onde se envolveram na tomada de decisões clínicas, nomeadamente sobre prescrições de

medicamentos ou sobre como abordar situações de cuidados de fim de vida. Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) mencionaram que os enfermeiros utilizaram o raciocínio clínico especializado para avaliar rapidamente e triar o doente para o local mais indicado. O mesmo autor demonstrou que o raciocínio foi sustentado por competências avançadas de pensamento crítico e pela capacidade de antecipar a deterioração e priorizar os cuidados. Os participantes deste mesmo estudo incluíram no pensamento crítico: “antecipar o cuidado”, “usar a intuição”, “resolver problemas” e “questionar o cuidado” (Weatherburn & Greenwood, 2023, p. 122) (E1). Won e Kang (2022) (E2) apresentaram a triagem como um dos papéis mais importantes do enfermeiro da EEIH, referindo-se ao estabelecimento de prioridades como fundamental para a tomada de decisão. Santiano *et al.* (2011) (E9), também se referiram à definição de prioridades de intervenção como uma responsabilidade do enfermeiro. Leach *et al.* (2010) (E10) afirmaram que os enfermeiros “contribuíram com julgamento clínico especializado, recorrendo à sua experiência com doentes em estado crítico, ao seu conhecimento dos riscos e aos sinais e sintomas de instabilidade clínica precoce” (p. 3). Outra conclusão deste estudo diz respeito ao poder de decisão do enfermeiro, por exemplo, na transferência de doentes da enfermaria para a UCI. No estudo de Currey *et al.* (2018) (E5) foi mencionado que o enfermeiro da EEIH deverá possuir “capacidades de decisão excepcionais” (p. 80), competências avançadas de pensamento crítico e capacidade de antecipar a deterioração clínica. Yuan *et al.* (2022) (E3), também fizeram referência às competências de pensamento crítico. Neste estudo, os membros da EEIH, não enfermeiros, esperavam dos enfermeiros: “capacidade de raciocínio rápido, de observação”, “capacidade de descobrir, analisar e resolver problemas”, “bom pensamento crítico” e capacidade de “tomar a melhor decisão” (Yuan *et al.*, 2022, p. 2046) (E3).

Em vários estudos foi feita referência à prática baseada em protocolos, previamente aprovados na instituição, os quais têm por base evidência científica e a decisão de os implementar é dos enfermeiros (E6, E11, E12, E14). Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) reportam-se a estes protocolos como forma de ajudar os enfermeiros das EEIH “a triar informações relevantes, organizar seus pensamentos e prestar cuidados eficazes para manter a segurança do doente” (p. 125).

1.4.4. Competências de Relação e Cuidado

Santiano *et al.* (2011) (E9) evidenciaram, no seu estudo, a privacidade e o tranquilizar os doentes enquanto foco de atenção do enfermeiro da EEIH. No estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), os enfermeiros referiram que se concentravam, sobretudo, no atendimento às

necessidades dos doentes e que usavam “esta abordagem como estratégia para garantir a todos os doentes, cuidados seguros e dignos” e, ainda, que na realização das intervenções, “equilibravam essa obrigação levando em consideração as questões de segurança e dignidade do doente” (p. 3565). No estudo de Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) é reconhecida a importância de manter o doente no centro do cenário para evitar a desumanização do cuidado. Os mesmos autores evidenciaram que, numa atuação, o enfermeiro desenvolve esforços para humanizar os cuidados, nomeadamente através da proximidade física, que pretende também “proporcionar conforto por meio de conexões terapêuticas como tocá-lo, tranquilizá-lo e explicar o que estava acontecendo”, a qual permitiu “apoiar o doente, ser uma presença calma, tranquilizá-lo e mantê-lo em segurança” e, ao mesmo tempo, ter uma “visão holística do doente” (Weatherburn & Greenwood, 2023, p. 124) (E1). Além disso, “conhecer o doente” e “envolver o doente”, também foram mencionados no estudo de Weatherburn e Greenwood (2023) (E1), no qual foi realçado o equilíbrio entre satisfação de necessidades fisiológicas e visão holística e a importância de “conhecer os desejos do doente relativamente aos cuidados em fim de vida” (p. 124). Os cuidados em fim de vida foram, igualmente, considerados por outros autores. Por exemplo, Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) afirmaram que os enfermeiros envolveram-se em “discussões sobre o seu papel nas decisões relativas aos cuidados em fim de vida”, pois “sentiram-se obrigados a perguntar e fazer o médico refletir sobre os planos de cuidados de fim de vida, tanto por razões éticas como práticas” (p. 3567). Outro exemplo é o estudo de Won e Kang (2022) (E2), onde foi afirmado que os enfermeiros apoiaram na tomada de decisões. O apoio, a doentes e familiares, foi fornecido através de “informações sobre o tratamento dos doentes e os cuidados de enfermagem”, do “processo de tomada de decisão partilhada”, da “defesa do direito de escolha de exames e tratamentos” e da “discussão da interrupção de um tratamento de suporte de vida” (Won & Kang, 2022, p. 4) (E2). O «advogar pelo cliente», onde são defendidos os desejos do doente e família, foi também uma aptidão referida como importante (E1, E2, E5).

1.4.5. Competências de Ensino

No estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) foi assumido que os enfermeiros da EEIH forneceram “ajuda prática e orientação de forma profissional e pedagógica” à equipa de enfermagem da enfermaria durante situações críticas (p. 3566). Esta afirmação é corroborada pelos vários estudos identificados neste domínio. Em alguns estudos são referidos como recurso (E1), orientadores e treinadores (E6) e supervisores clínicos (E2, E8). Jackson (2017)

(E6) afirmou que “esta abordagem proativa aproveita ... conhecimento especializado de enfermagem para apoiar o enfermeiro da enfermaria na identificação e gestão precoce da deterioração clínica” (p. 40). Segundo Salvatierra *et al.* (2016) (E7), os enfermeiros da EEIH foram um “recurso educativo móvel” (p. 620). Esta ideia está presente no estudo de Repasky e Pfeil (2005) (E14), onde foi descrito que “provavelmente, uma paragem cardiorrespiratória foi evitada”, quando o enfermeiro da EEIH “rapidamente instruiu a equipa a utilizar uma bolsa-válvula-máscara e efetuar ventilações assistidas” (p. 377). Neste mesmo estudo, também foi mencionado que os enfermeiros “ensinaram competências de avaliação e comunicação ao novo pessoal de enfermagem, servindo de modelo” (Repasky & Pfeil, 2005, p. 377) (E14). Leach *et al.* (2010) (E10) evidenciaram “o intercâmbio entre os dois enfermeiros” como uma “oportunidade de apoio e orientação” (p. 2), sendo cada atuação da EEIH, de acordo com o estudo de Salvatierra *et al.* (2016) (E7), um potencial “momento de aprendizagem”, “desde a demonstração de técnicas novas ou pouco utilizadas até ao aperfeiçoamento das competências de avaliação dos doentes” (p. 620). Topple *et al.* (2016) (E8) referiram a educação como uma das intervenções mais frequentes, nomeadamente na avaliação clínica e uso de equipamentos. É importante referir que, além da educação dos pares, ensinar “jovens médicos, a lidar com os doentes em deterioração” foi considerada função dos enfermeiros experientes destas equipas (Bunkenborg *et al.*, 2022, p. 3566) (E4). A educação de doentes e famílias foi, igualmente, identificada por alguns autores (E2, E6, E9).

1.4.6. Competências de Gestão

Vários estudos fizeram referência à importância do trabalho em equipa. Os enfermeiros da EEIH, no estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), evidenciaram “a importância e o significado de trabalhar juntos ... para ajudar os doentes e suas famílias” (p. 3566). Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) afirmaram que, durante a atuação da EEIH, houve evidência de trabalho em equipa, concretizado pela “ajuda mútua nas tarefas e na partilha de responsabilidades no âmbito das suas funções definidas” (p. 123). No estudo de Won e Kang (2022) (E2) foi demonstrado que os enfermeiros da EEIH “trabalharam com os médicos para planear intervenções apropriadas a doentes de alto risco” (p. 4). No estudo de Yuan *et al.* (2022) (E3) foi referida a importância do espírito de trabalho em equipa, união e cooperação. Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) evidenciaram que o enfermeiro “clarificou o plano de gestão” e, embora as funções nem sempre estivessem atribuídas de forma clara, “todos pareceram saber o que fazer” e, quando havia dúvidas, comunicavam entre si “para

determinar um plano de cuidados” (p. 124). A reforçar o dito anteriormente, Topple *et al.* (2016) (E8) referiram que os enfermeiros da EEIH contribuíram diretamente para o plano de gestão do doente, o que remete para uma participação ativa no processo do planeamento dos cuidados. A delegação de tarefas foi descrita como um importante atributo deste enfermeiro, evidenciada por Weatherburn e Greenwood (2023) (E1), ao referirem-se à delegação de tarefas, coordenação dos cuidados e monitorização das atividades da equipa pelo enfermeiro. Tal foi reforçado por Santiano *et al.* (2011) (E9), ao afirmarem como intervenções do enfermeiro da EEIH: “coordenar e delegar tarefas”, “identificar a necessidade de procedimentos” e a “organização do espaço e de equipamentos” (p. 120). Ao que, Won e Kang (2022) (E2) acrescentaram a “coordenação entre serviços”, pela “partilha de informações com o pessoal médico” ou pelo “ajuste da prioridade de admissão na UCI”, e a “gestão da equipa de resposta rápida”, tendo, por exemplo, responsabilidades na: “manutenção e inspeção de equipamentos”, “gestão da medicação de *stock*”, “análise da utilização da medicação”, “registo dos casos ativados e análise do desempenho da” EEIH, entre outras (p. 4). Neste estudo está presente que o enfermeiro da EEIH é o “gestor da equipa”, assumindo a “verificação regular dos equipamentos” e a “gestão dos materiais médicos”, demonstrando que a “coordenação é um papel significativo”, quer seja na equipa ou entre serviços (Won & Kang, 2022, p. 4) (E2). Repasky e Pfeil (2005) (E14) referiram que, numa atuação, o enfermeiro pode requerer os “recursos que considere indicados” (p. 376), como outros profissionais. Jamieson *et al.* (2008) (E12) reforçam que o médico poderá ser chamado, se na avaliação, o enfermeiro da EEIH considerar necessário.

1.4.7. Competências de Liderança

O papel de líder, a colaboração e a responsabilidade profissional foram competências evidenciadas. Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) e Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) demonstraram que o enfermeiro da EEIH assumiu a liderança no seio da equipa. Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) salientaram como qualidades de liderança “ser assertivo”, “ser competente” e “ser confiante” (p. 124) e Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) acrescentaram que os enfermeiros “estavam conscientes do seu papel de liderança quando estavam envolvidos na colaboração intra e interprofissional” (p. 3565). Também, no estudo de Won e Kang (2022) (E2), houve referência ao trabalho de McNeill *et al.* (2019), onde foi evidenciado o papel de líder do enfermeiro da EEIH. Jackson (2017) (E6) referiu-se a este enfermeiro como o “responsável por liderar a avaliação inicial e contínua do doente” (p. 38). De acordo com Currey *et al.* (2018) (E5), “as competências de liderança desejadas num

currículo incluem: servir de modelo, defender a causa, ser acessível, colaborar e apoiar” (p. 80). Os mesmos autores demonstraram que as competências de liderança estão, além do esperado de enfermeiros de cuidados gerais. Outra das ideias mais presentes, neste âmbito de competências, foi a colaboração, interpretada frequentemente como a ajuda a colegas do contexto das enfermarias ou a outros profissionais. Foi evidente no estudo realizado por Bunkenborg *et al.* (2022) (E4), onde afirmaram que o sucesso de uma intervenção caracterizou-se “pela colaboração e pelo diálogo ... onde o enfermeiro da RRT ajudou na prática e orientou” o colega e os médicos da enfermaria geral (p. 3566). No mesmo artigo, foi demonstrado que os enfermeiros das EEIH se sentiam satisfeitos ao “se envolverem numa colaboração frutuosa” (Bunkenborg *et al.*, 2022, p. 3564) (E4). A revisão de literatura de Salvatierra *et al.* (2016) (E7) evidenciou que os enfermeiros mais eficazes da EEIH eram aqueles que possuíam “excelentes competências de ... colaboração” (p. 620). Um dos exemplos de colaboração foi o intercâmbio entre enfermeiros que “constituiu uma partilha colaborativa de informações relevantes” para “evitar uma maior deterioração do estado clínico do doente” e para “prevenir um evento adverso” (Leach *et al.*, 2010, pp. 2-3) (E10). Os autores supracitados referiram, também, que “o apoio prestado ... foi principalmente uma abordagem baseada em competências para avaliação, tomada de decisão clínica, comunicação e gestão de cuidados” (Leach *et al.*, 2010, p. 3) (E10). Won e Kang (2022) (E2) reforçaram o dito anteriormente com a afirmação de que os enfermeiros orientaram na tomada de decisões. Ainda, Repasky e Pfeil (2005) (E14) demonstraram que os enfermeiros da EEIH ajudaram os colegas de enfermagem da enfermaria “a iniciar intervenções apropriadas ou simplesmente validar as avaliações ... a contactar o médico ou a ajudar a enfermeira do doente a fazê-lo” (p. 377). O trabalho em colaboração com os médicos foi acrescentado pelos autores Weatherburn e Greenwood (2023) (E1). Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) salientaram que os enfermeiros das EEIH tinham “consciência da sua responsabilidade profissional, dos seus conhecimentos e competências, mas também dos limites para a sua atuação profissional” (p. 3569). Contudo, foi salientado por Jackson (2017) (E6) que, todos os membros da equipa deveriam possuir uma sólida compreensão do papel da EEIH, da conceção da equipa e do papel de cada um dos seus membros.

A construção de alianças foi outra competência evidenciada neste domínio. Do enfermeiro da EEIH são esperadas competências de comunicação eficazes “com todo o pessoal de uma forma respeitosa, solidária, construtiva e não crítica e a capacidade de promover a colegialidade entre vários prestadores de cuidados” (Topple *et al.*, 2016, p. 14) (E8). Bunkenborg *et al.* (2022) (E4) destacaram o “ouvir”, o “respeito mútuo”, o

“reconhecimento das competências e avaliações” (p. 3566), bem como as preocupações dos enfermeiros da enfermaria, enquanto aspetos fundamentais para a relação entre ambos e sucesso da atuação.

No estudo de Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) foi realçada a estreita relação de trabalho com os enfermeiros da enfermaria. Ainda, foi evidenciada a necessidade de “estabelecer uma relação positiva com todos os membros da equipa, uma relação que fosse inclusiva, respeitosa e colaborativa” e referiram-se à confiança nas capacidades uns dos outros como aspeto fundamental na relação (Weatherburn & Greenwood, 2023, p. 124).

1.4.8. Competências de Integração do Conhecimento

A análise dos resultados obtidos nesta *Scoping Review* demonstrou que os enfermeiros das EEIH têm efetivamente um conhecimento vasto proveniente quer da formação quer da experiência profissional. No estudo de Weatherburn e Greenwood (2023) (E1), os participantes evidenciaram que ser competente implica aplicar conhecimentos, onde a “compreensão teórica da fisiologia de um doente em deterioração” e os “algoritmos e protocolos de emergência” estão incluídos (p. 125). Yuan *et al.* (2022) (E3) evidenciaram a necessidade de conhecimentos teóricos profissionais e competências para a prática profissional e referiram-se ao conhecimento como a base da “competência do enfermeiro” (p. 2045). Neste estudo, o conhecimento necessário refere-se à “área da enfermagem” e a “conhecimentos médicos básicos, incluindo anatomia, fisiopatologia e significado clínico dos exames” (Yuan *et al.*, 2022, p. 2045) (E3). Em vários estudos foi evidenciada a necessidade de competências avançadas de reanimação (E1, E2, E3, E11, E12), onde a certificação destas competências constituiu um requisito para exercer funções na EEIH. Currey *et al.* (2018) (E5) demonstraram que “conhecimentos clínicos gerais de enfermagem” e “conhecimentos cognatos sobre a fisiopatologia e as intervenções médicas e de enfermagem imediatas e intermédias na deterioração clínica” são fundamentais e manifestaram que, também, eram desejados “conceitos essenciais de enfermagem em cuidados intensivos, tais como suporte avançado de vida, ventilação avançada, gestão das vias aéreas e conhecimentos de monitorização hemodinâmica” (p. 79). Nesse mesmo estudo foi referida a importância do “conhecimento prático ... das políticas, da operação e dos processos de avaliação de todo o SRR” e do conhecimento sobre a “legislação e as dimensões éticas dos cuidados de fim de vida” (Currey *et al.*, 2018, p. 80). Yuan *et al.* (2022) (E3), também evidenciaram a necessidade de conhecer o funcionamento do SRR do hospital. A

importância de conhecimentos em áreas específicas, relacionadas com a abrangência das áreas de atuação das EEIH, foi destacada por Currey *et al.* (2018) (E5).

Leach *et al.* (2010) (E10) referiram contributos dos enfermeiros das EEIH, com “conhecimentos e competências em cuidados críticos, advindos sobretudo da experiência”, como: “avaliação rápida, monitorização e alteração do método de administração de oxigénio, início e gestão de fluidos intravenosos e avaliação da potencial necessidade de intubação” (p. 2). Além disso, referiram que o “conhecimento clínico especializado” obtido “através da experiência clínica ... sustentam o pensamento do enfermeiro e elevam a prática de enfermagem a um nível de especialização” (Leach *et al.*, 2010, p. 3) (E10). Weatherburn e Greenwood (2023) (E1) contribuíram para esta ideia, ao mencionar que “os enfermeiros do MET [EEIH] devem ser especialistas ... demonstrar proficiência em competências avançadas de reanimação e ter uma grande compreensão teórica da fisiologia da deterioração” (p. 126).

Salvatierra *et al.* (2016) (E7) referiram que, muitas vezes, o enfermeiro da EEIH é o responsável por trazer para a “cabeceira do doente as mais recentes práticas baseadas na evidência” (p. 620). Won e Kang (2022) (E2) enfatizaram o papel que os enfermeiros das EEIH “desempenham ... na melhoria da qualidade e na investigação” (p. 4).

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

1.4.9. Outras Competências

Além das competências referidas, organizadas pelo Modelo COPA, alguns autores fizeram alusão a outras competências, consideradas importantes num enfermeiro da EEIH. Servem de exemplo, os estudos de Yuan *et al.* (2022) (E3) e Currey *et al.* (2018) (E5), que evidenciaram a capacidade de manter a calma e a concentração, esta última também presente no estudo de Bunkenborg *et al.* (2022) (E4). Yuan *et al.* (2022) (E3) acrescentaram a “capacidade de reação rápida” (p. 2046), que Weatherburn e Greenwood (2023) (E1)

complementaram com avaliar e agir rapidamente. Currey *et al.* (2018) (E5), ainda salientaram o “sentido de humor” (p. 80). A autoconfiança/confiança foi também relatada por outros autores (E1, E4, E8).

1.5. Discussão

À semelhança do que é internacionalmente reconhecido, a análise efetuada também demonstrou que, maioritariamente os enfermeiros que exercem funções na EEIH pertencem a UCI. No entanto, também foi reconhecido que, enfermeiros que trabalham na área de emergência podem desempenhar funções nestas equipas.

Em Portugal não está definido quem devem ser os enfermeiros das EEIH, apenas é mencionado na *Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO* da DGS que os enfermeiros devem ter competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação, dando prioridade à formação em emergência/intensivismo, sendo o mínimo exigido, Suporte Imediato de Vida, preferencialmente Suporte Avançado de Vida (DGS, 2010). Por indicação da DGS, os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) têm vindo a desempenhar um papel cada vez mais importante nas EEIH, pelo que se depreende este como serviço de eleição (Penedo *et al.*, 2013).

Verificou-se, na literatura analisada, referência a termos que nos remeteram para um nível de competências superior ao obtido através da Licenciatura em Enfermagem como: especializado/especialista (E1, E4, E6, E10), *expert/expertise* (E10), conhecimento além do enfermeiro de cuidados gerais (E5) e prática/competências avançadas (E1, E2, E3, E5, E14).

Tendo em conta as competências evidenciadas como as necessárias aos enfermeiros das EEIH, constatou-se que estão paralelamente associadas às reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal, aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Em parecer, esta entidade defende que os enfermeiros a integrar as EEIH sejam preferencialmente Enfermeiros Especialistas na área mencionada anteriormente, uma vez que são estes os detentores do core de competências necessárias para atuar nas situações de deterioração clínica e de emergência (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, 2017). Este fato é sustentado no estudo de Currey *et al.* (2018), quando se refere à diferenciação teórica e prática e ao nível de competências como coerente com os currículos de Pós-graduação e não de Licenciatura. Neste estudo, o nível de desempenho foi descrito como estando além do que se espera dos enfermeiros de cuidados gerais, por ser uma área específica, evidenciando a deterioração do doente como

uma área clínica emergente, com necessidade de uma mudança de paradigma que a enquadre numa especialidade distinta dos cuidados intensivos (Currey *et al.*, 2018).

Na literatura analisada não se encontrou um perfil de competências do enfermeiro da EEIH propriamente definido, mas um conjunto de requisitos relacionados com a experiência, formação e competências deste enfermeiro, existentes ou desejadas, os quais organizados podem ser um referencial para traçar o seu perfil de competências. As competências referidas com maior frequência foram: avaliação e intervenção, comunicação e pensamento crítico.

Como limitações, nesta *Scoping Review* foram apenas incluídos estudos escritos em espanhol, inglês e português, pelo que estudos publicados em outros idiomas poderiam ter sido relevantes. Além disso, os resultados obtidos retrataram uma realidade internacional, cujos países possuem SRR com organização e funcionamento próprios e diferenças em relação à Carreira de Enfermagem.

1.6. Conclusão da Revisão de Literatura

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

Os resultados obtidos sobre as competências do enfermeiro da EEIH poderão contribuir para o processo de seleção dos enfermeiros a integrar estas equipas e programas formativos que auxiliem no desenvolvimento de competências profissionais.

Pretende-se que esta *Scoping Review* possa contribuir para a reflexão e construção do perfil de competências do enfermeiro das EEIH, em âmbito nacional, sendo um recurso para a melhoria dos cuidados e, assim, para a segurança do doente e qualidade em saúde.

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

2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Para Benner (2001) “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais”, onde os constrangimentos desafiam as habilidades de resposta eficaz (p. 18).

Este capítulo apresenta os contextos de estágio, nomeadamente as características gerais das instituições, a descrição específica dos serviços e equipas e a organização das atividades.

2.1. A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica

A Unidade Curricular *A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*, integrada no 2.º semestre do Mestrado em Enfermagem, concretizou-se em estágio na Unidade de Cuidados Intermédios de um hospital do Serviço Regional de Saúde (SRS).

Este decorreu entre 24 de abril e 9 de junho de 2023 e teve a duração de 180 horas de contacto e 20 horas de orientação tutorial.

A instituição de estágio tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e centrados na pessoa, em tempo útil, com qualidade e segurança, e o desenvolvimento da investigação, formação e ensino.

A Unidade de Cuidados Intermédios integra o SMI, mas tem gestão independente. É polivalente, funciona 24 horas por dia e objetiva o diagnóstico e tratamento de pessoas com problemas médicos, cirúrgicos e traumáticos, enquadrados no nível II de cuidados da classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. A admissão é referente a serviços do próprio hospital e restantes hospitais da região.

Estruturalmente inclui área de internamento, salas e áreas de apoio. A área de internamento é *open space*, tem 6 unidades individuais e inclui o posto de enfermagem. Cada unidade possui os recursos necessários para monitorização e tratamento, com possibilidade de serem adicionados mais recursos para técnicas específicas.

À data do estágio, da equipa multiprofissional, faziam parte 16 enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Gestor. Na prestação de cuidados estavam 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 em Reabilitação.

A gestão da unidade está a cargo do Diretor do Serviço e do Enfermeiro Gestor, o qual tem a colaboração de 1 enfermeiro, em horário fixo e dias úteis, que também o substitui.

Quando ambos estão ausentes, um enfermeiro nomeado responsável de turno (RT) assume funções de gestão.

O Enfermeiro Gestor ou os responsáveis efetuam a distribuição dos enfermeiros pelos doentes, de acordo com o rácio definido: 1 enfermeiro para 3 doentes, inferior ao recomendado para o nível II de cuidados no *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A carga de trabalho é avaliada pelo *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score*.

A prestação de cuidados é assegurada em horário rotativo: 3 enfermeiros na manhã, 3 nas tardes úteis e 2 em fins-de-semana/feriados e noites. O método de trabalho é o individual.

A transição de cuidados é realizada em equipa com o apoio do Sistema de Informação.

Estão definidas áreas de responsabilidade para apoio à gestão e melhoria contínua, pertencendo a formação a um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este estágio foi a ponte para o contínuo desenvolvimento de competências especializadas na Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório*. Em apêndice encontra-se a reflexão que revela como os objetivos definidos para este estágio foram atingidos e demonstra o seu contributo na aprendizagem e desenvolvimento de competências (Apêndice F).

2.2. Estágio Final e Relatório

A Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório*, do 3.º semestre do Mestrado em Enfermagem, incorporou 2 estágios: SU de um hospital do SRS e UCI de um Centro Hospitalar Universitário do Serviço Nacional de Saúde. O primeiro decorreu de 4 de setembro a 23 de outubro e o segundo de 24 de outubro a 16 de dezembro de 2023. Cada período teve a duração de 180 horas de contacto e 10 horas de orientação tutorial.

2.2.1. Serviço de Urgência

O estágio de SU foi realizado na mesma instituição que o estágio referido anteriormente.

O SU, serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional, funciona 24 horas por dia e tem como objetivo a “prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência” (Despacho Normativo n.º 11/2002, 2002, p. 1865). Este SU, enquadra-se no nível de resposta Polivalente, o mais diferenciado (Despacho n.º 10319/2014, 2014), e admite pessoas com problemas do foro médico, cirúrgico ou traumático. Encontra-se subdividido em 3 espaços: Urgência Geral de Adultos, Urgência Geral de Pediatria e Urgência de Ginecologia e Obstetrícia.

A Urgência Geral de Adultos está organizada em áreas estruturais, numa arquitetura *spine and pavillon*: Admissão/Gestão de Doentes, Triagem, Sala de Emergência e

Reanimação (SE); Área Médica 1 e 2, Área Cirúrgica, Ortopneumologia, Sala de Observação (SO), Serviços de Apoio e Anexo.

A Triagem está localizada entre a Admissão, Urgência de Adultos e SE. Nesta área, as pessoas inscritas são submetidas à aplicação do Protocolo de Triagem de *Manchester*, por ordem de inscrição e num período máximo de 10 minutos. Este permite determinar a prioridade e área de atendimento, de acordo com a queixa que motiva a vinda ao SU e a avaliação do enfermeiro. Posteriormente, as pessoas são encaminhadas para a sala de espera da área de Admissão ou para as áreas de atendimento, se prioridade urgente ou superior, salvo exceções. As áreas de atendimento são as estruturais, acrescentando Especialidades Médicas das Consultas Externas, que em dias úteis e conforme procedimentos próprios, apoiam as áreas Médica e Cirúrgica para evitar a sobrecarga de trabalho.

Neste SU estão implementadas as Vias Verdes Acidente Vascular Cerebral, Coronária e Sepsis e em fase de implementação as Vias Verdes Trauma e Tratamento das Queimaduras. As ativações são realizadas sobretudo na Triagem, mas também no Extra-Hospitalar.

A SE, “*interface* entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar”, é o local ideal para avaliação e estabilização do doente emergente, grave e crítico (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019, p. 7). Esta funciona por ativação, dispõe de 2 unidades e está dotada dos materiais e equipamentos necessários numa emergência, incluindo para ECDT. No plano de trabalho de enfermagem estão especificados os enfermeiros e as funções de cada um nesta sala, identificadas como funções A, B e C. Habitualmente estão alocados 2 enfermeiros, mas quando necessário há colaboração de mais elementos. Perante a inexistência de um terceiro elemento, o enfermeiro B assume as funções do C, e caso de trate de doente pediátrico, um enfermeiro da Urgência Pediátrica assume funções nesta sala. Mediante a situação do doente pode ser solicitada a presença de médicos do SMI ou outras especialidades.

A SO, posto de vigilância determinado pela ACSS (2015), corresponde à caracterização de uma Unidade de Cuidados Intermédios e tem capacidade para 11 doentes. As unidades individuais estão divididas por 5 quartos: 1 com 4 unidades, 3 com 2 unidades e 1 com 1 unidade (quarto de isolamento). A admissão ocorre consoante critérios clínicos de gravidade e a necessidade de vigilância, monitorização contínua e/ou tratamento específico. O posto de trabalho é central, tem visão direta para todos os quartos e está equipado com o material necessário para a vigilância e tratamento. O telefone de emergência interno encontra-se neste posto.

Neste SU foi criada uma área de atendimento não urgente, designada por Área Médica 2, para atender situações não compatíveis com o SU, não urgentes ou pouco urgentes. Esta foi uma estratégia para assegurar que doentes com situações urgentes e emergentes recebem cuidados atempadamente.

O Serviço de Suporte Imediato de Vida (SIV) também faz parte deste SU, funciona 24 horas por dia e garante a prestação de cuidados urgentes/emergentes a vítima(s) de acidente ou doença súbita para estabilização pré-hospitalar e acompanhamento no transporte (Portaria n.º 79/2019, 2019).

No momento do estágio, a equipa de enfermagem era constituída por 72 enfermeiros, dos quais 1 Gestor e 1 Enfermeiro Responsável. Nesta existiam 24 Enfermeiros Especialistas: 11 em Enfermagem Médico-Cirúrgica (1 na área da Pessoa em Situação Crítica), 3 em Enfermagem de Reabilitação, 8 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 2 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ainda, 2 enfermeiros tinham competência acrescida diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar.

A gestão deste SU baseia-se no Modelo de Gestão Participativa e está a cargo do Diretor do Serviço e do Enfermeiro Gestor. Além do Enfermeiro Gestor, um Enfermeiro Responsável colabora nas funções de gestão, em horário fixo e dias úteis. Quando ausentes, um Enfermeiro RT, o elemento a quem é reconhecida maior competência na área e/ou o com mais anos de experiência, assume estas funções. Nos turnos da noite, estas acumulam-se à prestação de cuidados. Embora exista um elemento mais experiente em cada posto de trabalho, a tomada de decisão final compete ao Enfermeiro RT.

Os enfermeiros em prestação de cuidados encontravam-se organizados em subequipas e distribuídos pelos diversos postos de trabalho. A distribuição, realizada pelo Gestor ou Responsável de véspera, tinha por base o *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* (Regulamento n.º 743/2019, 2019): Triagem – 2 enfermeiros na manhã e tarde e 1 na noite; Área Médica 1 – 3 enfermeiros por turno; Área Médica 2 – 1 enfermeiro na manhã e tarde; Área Cirúrgica e Ortopedia – 2 enfermeiros na manhã e tarde e 1 na noite; SO – 3 enfermeiros por turno e SIV – 1 enfermeiro por turno. Alocados à SE estão 2 enfermeiros, 1 da SO e outro da Área Médica ou Cirúrgica.

Não estava implementado um instrumento de avaliação da carga de trabalho.

O método de trabalho preconizado é o método de equipa, mas existem áreas onde vigora o método individual, como por exemplo na Triagem e SO. A distribuição dos enfermeiros pelos doentes é realizada pelo responsável da área e condicionada pela prioridade das situações e disponibilidade da equipa.

A passagem de turno é realizada em equipa e as informações são transmitidas com base no Sistema de Informação.

Das áreas de responsabilidade existentes, a SE, a Catástrofe, a área Forense e a formação em serviço estão a cargo de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

À data do estágio estava em vigor o Projeto de criação e implementação de uma EEMI, constituída por enfermeiros e médicos do SU (SO).

2.2.2. Unidade de Cuidados Intensivos

O hospital onde decorreu o estágio na UCI tem por missão a prestação de cuidados de saúde ao cidadão, dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade; o ensino, a formação e a inovação e o desenvolvimento científico e investigação.

Esta é uma unidade Polivalente, integrada no SMI, que se destina à observação e tratamento de pessoas em situação de doença crítica, potencialmente reversível, que exige monitorização e suporte de funções vitais, onde são prestados cuidados especializados contínuos (ACSS, 2013). Nesta unidade são admitidas pessoas com problemas de várias especialidades médicas e cirúrgicas, incluindo obstetrícia, provenientes de serviços do próprio hospital ou de outros, cuja situação se inclua nos níveis de cuidados II e III da classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos.

De acordo com esta classificação, os SMI podem contemplar 3 níveis de cuidados, podendo coexistir diferentes níveis numa mesma unidade hospitalar, devendo os rácios de recursos humanos estar adequados a esses níveis (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Esta unidade incorpora o Programa de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) e o Programa de Expansão da Capacidade Nacional de Doação.

A UCI está organizada em áreas de internamento, salas de apoio e secretariado. As áreas de internamento correspondem a 2 salas com disposição *open space*, uma com 11 unidades individuais e outra com 14, das quais 2 são quartos de isolamento. Todas as unidades estão devidamente equipadas com os recursos necessários para garantir a monitorização, o tratamento, a realização de ECDT ou outros procedimentos específicos (ventilação mecânica, traqueostomia percutânea, técnicas dialíticas, ECMO, dispositivos de assistência ventricular, entre outros). Os postos de trabalho dos profissionais de saúde estão no centro das áreas de internamento.

Em relação aos recursos humanos, a equipa é multiprofissional e quando necessário recorre a recursos humanos externos para suprir as necessidades dos doentes. A equipa de enfermagem era constituída por 95 enfermeiros, dos quais 1 Enfermeiro Gestor e 2

Enfermeiros Coordenadores. Esta equipa incluía vários Enfermeiros Especialistas, nomeadamente: 23 em Enfermagem de Reabilitação, 14 em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A gestão da UCI encontra-se a cargo do Diretor do Serviço e do Enfermeiro Gestor com a colaboração dos Enfermeiros Coordenadores.

Os enfermeiros em prestação de cuidados estão organizados em equipas, distribuídas pelas 2 salas, e cumprem horário rotativo: 17 enfermeiros nas manhãs de semana, 16 nas manhãs de fins-de-semana e feriados e 16 nas tardes e noites. Cada equipa tem enfermeiros Chefes de Equipa, os mais experientes, que assumem as funções de gestão da equipa e cuidados e, na ausência do Gestor e Coordenadores, também as suas funções.

A carga de trabalho é avaliada pelo *Therapeutic Intervention Scoring System-28*.

Diariamente, antes da passagem de turno, os Chefes de Equipa discutem e transmitem as intercorrências do turno. No turno da manhã, esta transmissão inclui o Enfermeiro Gestor e/ou Coordenador. Finalizada esta etapa, o Coordenador ou o Chefe de Equipa efetuam a distribuição dos enfermeiros pelos doentes, de acordo com os rácios definidos institucionalmente: 1 enfermeiro para 2 doentes ou 1 enfermeiro para 1 doente em técnica de ECMO.

O método de trabalho implementado é o individual e a passagem de turno ocorre entre enfermeiros responsáveis pelo doente. Segue-se o momento de *briefing* em equipa de enfermagem, onde são discutidos os planos de cuidados.

A ferramenta de comunicação ISBAR (Identificação, Situação atual/causa, Antecedentes/anamnese, Avaliação e Recomendações) é utilizada neste momento. Mais tarde há lugar à discussão dos planos de cuidados em equipa multiprofissional, onde Chefe de Equipa, ou Enfermeiro Coordenador, e enfermeiro responsável pelo doente participam.

Estão identificadas áreas de responsabilidade, as quais estão distribuídas por diversos enfermeiros. Destaco a formação em serviço, a supervisão clínica e a coordenação de Projetos de Melhoria Contínua como parte das responsabilidades de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica.

No momento do estágio estavam em vigor vários Projetos de Melhoria Contínua, nomeadamente: Comunicação Aumentativa e Alternativa, Consultas de *Follow Up*, «*STOP Infecção Hospitalar 2.0!*», Satisfação do Cliente e Supervisão Clínica.

Por último, importa referir que este hospital tem implementada uma EEMI, a qual se encontra afeta à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

A aquisição e evolução do desenvolvimento de competências no enfermeiro baseia-se nas experiências vividas e na forma como estas são ensinadas, onde a experiência surge como pré-requisito para o enfermeiro se tornar especialista (Benner, 2001).

Com o intuito de maximizar as experiências e potenciar o desenvolvimento de competências foram eleitos os campos de estágio descritos no capítulo anterior e realizados Projetos Individuais de Aprendizagem, nos quais constam objetivos e atividades.

Este capítulo apresenta a análise crítica e reflexiva do processo de aprendizagem e de desenvolvimento das competências de Mestre e Enfermeiro Especialista, onde são relatadas as atividades para alcançar os objetivos e competências. Este encontra-se subdividido em: *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* e *Avaliação Global dos Estágios e Implicações para a Prática Profissional*.

O objetivo geral dos estágios foi *desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador*. Para o SU foram definidos como objetivos específicos: (1) *desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador em contexto de SU* e (2) *contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, segurança do doente e otimização dos recursos humanos no âmbito das necessidades formativas do enfermeiro da EEIH*. Na UCI, os objetivos específicos foram: (1) *desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador em contexto de UCI* e (2) *desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e sua família/cuidador*.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A especialização em Enfermagem prevê a existência de competências comuns, as transversais aos contextos da prestação de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* explica que as competências comuns são demonstradas pela “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” e pelo “suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Estas estão agrupadas nos domínios que se seguem.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio pressupõe que o Enfermeiro Especialista exerça de forma segura, profissional e ética e demonstre uma prática que respeite os direitos humanos, analise e interprete situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações comprometedoras para os doentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O enfermeiro, membro da equipa de saúde, exerce no seio de uma equipa multiprofissional, onde cada elemento tem responsabilidades e, em conjunto, devem atender à situação do doente, pois “trabalhar em equipa é crucial ... para prestar ... cuidados eficazes” e “manter a moral da equipa” (Benner, 2001, p. 177). Por essa razão e porque só assim é possível prestar cuidados de saúde globais (Ordem dos Enfermeiros, 2015), a **integração nas equipas multiprofissionais** dos serviços de estágio foi uma atividade que considerei.

A participação nos momentos de discussão, a colaboração e a procura de assessoria na tomada decisão foram formas de prestar cuidados holísticos integrada na equipa, pois a “enfermagem é socialmente construída e coletivamente concretizada” (Benner, 2001, p. 18). Ainda, à luz da *Deontologia Profissional de Enfermagem*, o artigo 91.º, *Dos deveres para com outras profissões*, refere que o enfermeiro tem o dever de “integrar a equipa de saúde” e “trabalhar em articulação e complementaridade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 104).

Na relação com a equipa, saliento o respeito, o reconhecimento das competências de cada um e o âmbito das minhas competências, tal como referido no mesmo artigo.

Com base no artigo 83.º, *Do direito ao cuidado*, do mesmo documento, procurei a satisfação das necessidades do doente e família/cuidador, em tempo útil, corresponsabilizando-me “pelo atendimento ... de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 69), mantive a equipa a par das avaliações e intervenções efetuadas, especialmente quando identificados sinais de instabilidade, transmitindo com assertividade a situação e procurando *feedback*. Tal vai ao encontro do referido por Benner (2001) quando se remete à corresponsabilidade, afirmando que, para que o médico responda de forma adequada e atempada às necessidades do doente, o enfermeiro deve ser convincente e claro.

A responsabilidade por “assegurar a continuidade dos cuidados”, incluída no artigo anterior (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 69), foi conseguida pela documentação e **transmissão da informação** à equipa, sobretudo **nos momentos de transição de cuidados**, onde destaco a ferramenta ISBAR como apoio na UCI e a metodologia ABDCE no SU.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2001), o enfermeiro ao assumir a responsabilidade pelo doente, assume a tomada de decisão sobre o processo de enfermagem e gestão dos cuidados. Assim, na **prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador, gerindo prioridades**, foi realizado o processo de enfermagem utilizando metodologia científica, conforme presente no REPE, e na tomada de decisão incorporados resultados da investigação, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2001), o que fundamentou a prática e justificou a **integração dos resultados da investigação na tomada de decisão**.

A Pessoa em Situação Crítica pode tornar-se um elemento passivo, incapaz de comunicar e de decidir por si e sobre si, dependendo dos profissionais de saúde (Laerkner *et al.*, 2017, citado por Gomes, 2020). A alteração da consciência pela doença crítica ou tratamento foi uma situação frequente que comprometeu o direito ao consentimento livre e esclarecido. Benner (2001) defende que cuidar inclui a tomada de decisão sobre problemas que existam ou venham a existir e, do enfermeiro, espera-se uma intervenção segura e responsável numa filosofia do *saber-fazer*, onde deve analisar prós e contras e fazer escolhas com objetivo do interesse do doente (Benner, 2001), pois está obrigado ao melhor agir ético (Deodato, 2019) que, perante a incapacidade de consentimento, coloca-o “como o melhor decisor sobre a intervenção”, pois é responsável pela promoção do *benefício direto* (Deodato, 2019, p. 208).

Assim, na **tomada de decisão, ou participação**, o respeito pela vida, a dignidade humana, a liberdade, os valores universais, a saúde e o bem-estar foram sempre considerados e adotadas medidas que privilegiassem a qualidade nos cuidados e o cumprimento da legislação, conforme descrito nos artigos 76.º, *Deveres em geral*, e 78.º, *Princípios gerais*, da *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Também as informações fornecidas pelos familiares foram tidas em conta na tomada de decisão, sobretudo para adequação dos cuidados, uma vez que são quem melhor conhece o doente.

A existência de problemas éticos no processo de cuidar determinou a tomada de decisão ética. Estes são considerados fenómenos complexos, caracterizados pela incerteza na decisão para agir e advêm do conflito entre direitos e deveres que geram dúvidas ou conflitos na escolha de intervenções (Nora *et al.*, 2016). A decisão ética é fundamental para a excelência e qualidade em saúde (Nora *et al.*, 2016) e nesta são ponderados fundamentos científicos, éticos, deontológicos, profissionais, jurídicos, culturais e sociais (Fernandes, 2010). A

discussão com o orientador e equipa, o conhecimento científico e experiência, os protocolos e procedimentos, a reflexão, a legislação e a ética e deontologia profissional foram recursos para resolver estes problemas.

Nas situações de urgência/emergência, a vida foi privilegiada, uma vez que o direito à proteção da saúde “garante a prestação de cuidados quando a pessoa não se encontra consciente” (Deodato, 2019, p. 211), onde o enfermeiro assume o dever do respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A exceção relaciona-se com as *diretivas antecipadas de vontade* (Lei n.º 25/2012, 2012), pelo que os profissionais “devem recolher toda a informação possível sobre a vontade da pessoa face aos cuidados de saúde” (Deodato, 2019, p. 211).

A **promoção da relação terapêutica com a Pessoa em Situação Crítica e família/cuidador, através da comunicação e empatia**, foi desenvolvida para estabelecer a relação de ajuda que, segundo o REPE, caracteriza os cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). Para esta relação contribuiu a transmissão de informação sobre os cuidados de enfermagem, o atendimento das necessidades de informação, proporcionando o contacto com a restante equipa de saúde, e o respeito pelo direito ao consentimento informado, tal como consta no artigo 84.º, *Dever de informar*, da *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Neste domínio são competências do Enfermeiro Especialista o papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, o desenvolvimento de práticas de qualidade e a garantia do ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, procuram ser norteadores e referenciais para a prática clínica especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Estes têm o propósito da qualidade e excelência e os seus enunciados descritivos são: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A *qualidade em saúde* pretende adequar os “cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015, 2015, p. 13551) e a *segurança do doente* diminuir riscos,

reduzir danos evitáveis ou o seu impacto, quando existentes, e tornar erros menos prováveis (World Health Organization, 2021).

Nos estágios foram mobilizados conhecimentos e habilidades para desenvolver competências especializadas no cuidar da Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador, onde em cada intervenção procurei zelar pelo cumprimento dos enunciados descritivos. A componente teórica do Mestrado e experiência profissional, complementadas com pesquisas de síntese das evidências e o saber experimental dos orientadores, assumiram também um papel relevante (descrito nas *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*).

A supervisão clínica foi crucial para o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, pois aumentou a minha confiança na tomada de decisão e contribuiu para me sentir apoiada e orientada. O referido vai ao encontro de Rocha *et al.* (2021), quando menciona que a supervisão clínica implica acompanhamento que, por meio da reflexão e análise da prática clínica, pretende favorecer a tomada de decisão e promover maior segurança do doente e nos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros acrescenta que esta prática permite o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e a consolidação da identidade profissional (Regulamento n.º 366/2018, 2018).

A **reflexão** e os **momentos de *briefing* e *debriefing* com os orientadores** foram formas de desenvolver estratégias de melhoria contínua. O ***briefing***, conhecido como a interação entre facilitador da aprendizagem e estudante, permite abordar o cenário de aprendizagem, definir objetivos e funções antes da ocorrência de determinada situação (Nascimento *et al.*, 2020). Este é fundamental para o sucesso de uma atuação por permitir sensibilizar e esclarecer dúvidas sobre objetivos e etapas da tarefa a realizar (Nascimento *et al.*, 2020). Além do **esclarecimento de dúvidas e discussão prévia das situações**, o ***briefing*** foi basilar no SU para definir funções a assumir mediante ativação da SE e para organizar a abordagem à Pessoa em Situação Crítica. Na UCI foi facilitador da realização do plano de cuidados e da organização e gestão dos mesmos. O ***debriefing***, promotor do processo de aprendizagem através da experiência, contribui para consolidar experiências em competência clínica (Koy *et al.*, 2023). Este permite a discussão e reflexão estruturada sobre as atitudes e ações do momento, favorecendo a melhoria do desempenho individual e em equipa (Bagorrihla, 2020), o que possibilitou a análise da minha *performance* e o desenvolvimento de estratégias de melhoria do desempenho, entre elas a comunicação e articulação em equipa.

Na instituição de estágio de SU encontrava-se em desenvolvimento o Projeto de criação e implementação da EEMI, constituída pela equipa deste serviço. Assim, com o propósito de contribuir também para a melhoria contínua da qualidade e divulgar resultados da

investigação, defini como segundo objetivo específico para o SU a atuação nas necessidades formativas do enfermeiro da EEIH. **Tomei conhecimento do Projeto em vigor, efetuei a pesquisa bibliográfica nas bases de dados sobre as competências específicas do enfermeiro da EEIH e partilhei os resultados através de um momento formativo e da pasta partilhada do serviço.** A pesquisa efetuada deu origem à revisão de literatura presente no primeiro capítulo, a qual pretendo que seja um recurso para a segurança e qualidade. A partilha de conhecimentos e destes resultados com o enfermeiro da EEMI, na instituição da UCI, possibilitou também a atuação neste domínio de competências.

A comunicação, pilar do *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026)*, assume-se fundamental na prestação de cuidados, especialmente nos momentos de transição (Despacho n.º 9390/2021, 2021). As falhas na comunicação são as principais causas de eventos adversos na saúde, relacionados com omissão e erros nas informações, falta de precisão e falhas na priorização das atividades (DGS, 2017). Portanto, a metodologia ISBAR surge como recomendação da DGS para promover a segurança do doente e qualidade na transmissão da informação clínica nos momentos de transição de cuidados, pois facilita a tomada de decisão rápida e o pensamento crítico, reduz o tempo na transferência de informação e promove a integração rápida de novos profissionais (DGS, 2017).

Na UCI, a transmissão da informação é realizada com recurso à ferramenta ISBAR, atividade esta que incluí no segundo objetivo específico deste contexto. Assim, tive a experiência de usar esta metodologia na passagem de turno e transferências intra-hospitalares, a qual possibilitou o registo e transmissão da informação de forma organizada, sucinta e completa e a realização rápida e gestão do plano de cuidados. Esta é uma ferramenta adaptável a vários contextos (DGS, 2017) e confirmei a sua utilização no SIV e nas EEMI.

No estágio da UCI acompanhei a implementação de vários Projetos de Melhoria Contínua pelo Enfermeiro Gestor e Coordenadores, onde destaco o Projeto «*STOP Infecção Hospitalar 2.0!*». Este é de âmbito nacional e integra o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências a Antimicrobianos da DGS, em parceria com outras instituições. Assisti à disseminação através de formação em serviço e partilha de documentos, avaliação de conhecimentos dos profissionais, garantia da implementação das intervenções pelos enfermeiros que assumem funções de gestão e a parte da auditoria em serviço. Constatei também a articulação entre profissionais e serviços promovida pelos Enfermeiros Gestor e Coordenadores. Não tive a oportunidade de assistir à divulgação dos resultados da auditoria. No entanto, este aspeto contribuiu para aumentar a minha compreensão sobre a dinâmica do Enfermeiro Especialista na orientação de projetos

institucionais, pela aprendizagem experimental defendida por Benner (2001), e facilitará a minha participação em projetos futuros.

3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Este domínio inclui as competências do Enfermeiro Especialista relacionadas com a gestão dos cuidados e adequação dos recursos existentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A dimensão da gestão em saúde engloba pessoas, cuidados e serviços (Amestoy *et al.*, 2017) e pretende garantir qualidade nos cuidados e funcionamento dos serviços, o que pressupõe dinamismo, análise crítica, diálogo e vínculo com a equipa (Da Silva *et al.*, 2022).

O **conhecimento da estrutura, organização e dinâmica funcional dos serviços** de estágio foi uma atividade que permitiu compreender a sua gestão.

Nos campos de estágio, constatei que os Enfermeiros Gestores eram Especialistas, o que pressupõe reconhecimento das competências de gestão associadas à especialização. Também os Enfermeiros Chefes de Equipa, Responsáveis ou RT eram Especialistas ou enfermeiros com vasta experiência na área, considerados por Benner (2001) «peritos».

No *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, “rácio apropriado deve considerar ... as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 128). Nos campos de estágio verifiquei a preocupação dos Gestores em cumprir as dotações seguras na elaboração dos horários e alocação de pessoal aos postos de trabalho, sendo a constituição de subequipas uma estratégia para equilibrar experiência e formação. No entanto, conferi que a experiência prevaleceu à formação, sobretudo na atribuição de responsabilidades de gestão, valorizando-se o «conhecimento experimental».

No SU, a dotação do Posto de Triagem tinha em conta a formação em Protocolo de Triagem de *Manchester* e experiência, tal como exige o Grupo Português de Triagem, (2021), embora preconize apenas 6 meses de experiência. A SE também estava dotada de pessoal com formação e experiência, conforme recomenda o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. A Ordem dos Enfermeiros identifica o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, como o mais indicado para ocupar estes postos, o que nem sempre se verificou pela sua percentagem inferior a 50% na equipa (Regulamento n.º 743/2019, 2019) e experiência inferior no serviço.

Na SO, um enfermeiro está alocado à sala de emergência, o que, mediante ativação, pode desequilibrar a prestação de cuidados, contribuindo para falhas na qualidade e segurança do

doente, pois é onde estão as pessoas que carecem de maior vigilância. Com o Projeto de criação e implementação da EEMI, esta situação agrava-se, uma vez que o enfermeiro destacado para a EEMI é o mesmo da SE. Por essa razão, o momento formativo, atividade incluída no segundo objetivo definido para o SU, pretendeu contribuir para a otimização dos recursos, estímulo à integração de Enfermeiros Especialistas em *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* na EEMI e consideração da EEMI como uma área distinta da SE.

Na UCI, os rácios definidos a nível institucional diferiram dos presentes no regulamento supracitado para os níveis de cuidados praticados e nem sempre foram cumpridos, fruto da escassez de pessoal, agravada pelas restrições horárias abrangidas pela lei e necessidade de ausências da unidade para realização de transportes inter-hospitalares. Por essa razão, a redistribuição de pessoal entre áreas de internamento e mobilização entre turnos foi necessária e, em situações de maior sobrecarga de trabalho, os enfermeiros em funções de gestão participaram na prestação de cuidados direta, servindo de exemplo. Também no SU, nestes momentos, os Enfermeiros Responsáveis participaram na prestação de cuidados. O dito anteriormente é reforçado por Benner (2001) quando afirma que o sentimento de que todos “«estão no mesmo barco» gera um espírito de camaradagem que não pode nascer em outras circunstâncias” (p. 183).

A liderança foi uma característica apreciada durante os estágios, considerada uma competência necessária ao exercício profissional do enfermeiro (Amestoy *et al.*, 2017). Esta encontra-se associada ao gerir e coordenar saberes e ao fomentar competências e o desempenho dos colaboradores (Da Silva *et al.*, 2022). Quando relacionada ao processo de cuidar do enfermeiro e exemplo a ser seguido, fundamenta-se na relação de confiança e horizontalidade, baseada no respeito mútuo e atitudes justas e flexíveis, que estimulam a participação dos colaboradores nas decisões (Da Silva *et al.*, 2022). Em ambos os estágios, nos planos de trabalho e nas áreas de responsabilidade, verifiquei a valorização das qualificações e experiência profissional dos colaboradores, uma atitude de líder referida por Ventura-Silva *et al.* (2021) quando se reporta ao método de trabalho em equipa, promotora do desenvolvimento e satisfação profissional e da qualidade em saúde, segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

A supervisão clínica foi também observada sempre que enfermeiros mais experientes e/ou com maior formação em determinadas áreas acompanharam enfermeiros menos experientes ou com dificuldades, com o intuito do desenvolvimento de competências, da construção crítica e reflexiva e da consolidação da identidade profissional, o que promove a segurança e qualidade nos cuidados (Regulamento n.º 366/2018, 2018).

Embora nos campos de estágio estivessem definidos métodos de trabalho, constatei a adoção de diferentes métodos em função das situações. A responsabilidade integral pelos cuidados ao doente foi assumida por um único enfermeiro, o que pressupõe o método individual (Ventura-Silva *et al.*, 2021). No entanto, no SU, a organização do trabalho em tarefas também ocorreu, principalmente em momentos de maior sobrecarga, uma vez que este método permite maior produtividade e economia de tempo, todavia pode aumentar o nível de confusão e o risco de eventos adversos (Ventura-Silva *et al.*, 2021), por isso os enfermeiros tentaram manter a comunicação. O facto da atribuição dos doentes, a coordenação do trabalho, a liderança de emergências e a responsabilidade pela tomada de decisão final concentrar-se no RT conferiu-lhe características do método de equipa. Neste, a prestação de cuidados é coordenada por um líder que garante o aproveitamento das habilidades e qualificações de cada um (Ventura-Silva *et al.*, 2021). Na UCI, os Chefes de Equipas, também assumiram a liderança e atribuíram os doentes com base na rentabilização dos recursos, o que evidencia este método (Ventura-Silva *et al.*, 2021).

A **prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica** implicou a **gestão dos cuidados**. No SU, pela sobrecarga de trabalho determinada pelo elevado número de doentes, índice de gravidade elevado e necessidade de atender atempadamente a várias solicitações, foi necessária a **priorização dos cuidados** e, em consequência, a delegação de tarefas e respetiva supervisão (Regulamento n.º 190/2015, 2015). As tarefas foram delegadas a assistentes operacionais e enfermeiros, aptos à sua realização, cuja decisão foi comunicada de forma clara, certificada a compreensão e supervisionada ou validada a execução.

De acordo com Benner (2001), quando a sobrecarga de trabalho é grande, a avaliação da necessidade de cuidados cruciais e de vigilância deve ser rápida. No SU, o conhecimento do Protocolo de Triage de *Manchester*, a metodologia ABCDE e o critério importante/urgente foram facilitadores da avaliação e priorização dos cuidados, conforme especificado nas *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*. Na UCI, a necessidade de realizar múltiplas intervenções e procedimentos implicou a gestão, entre equipa e serviços, e a respetiva priorização. Além das estratégias supracitadas, as dinâmicas funcionais, o horário de visita e a agenda dos procedimentos foram auxiliares na gestão. A delegação e supervisão ocorreram maioritariamente em momentos de ausência do serviço para ECDT.

A gestão de recursos materiais também está implícita no processo de cuidar. O conhecimento dos materiais/equipamentos, a existência em número adequado, a verificação da operacionalidade, a organização e a identificação e arrumação em locais acessíveis foram facilitadoras da prestação de cuidados, sobretudo em situações imprevisíveis.

As competências de gestão de recursos humanos e materiais foram desenvolvidas principalmente pela observação e acompanhamento dos enfermeiros com funções de gestão.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio é expetável que o Enfermeiro Especialista revele capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua interferência no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, e evidencie a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A **prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e família/cuidador** estimulou o desenvolvimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. A comunicação foi a base dessas relações, considerada por Phaneuf (2005) como a capacidade de exprimir e permitir o outro exprimir-se, perceber, escutar, ouvir o outro, apreender o que se passa no próprio interior e identificar emoções, pensamentos ou reações que as palavras dos outros suscitam.

A relação terapêutica caracteriza-se “pela parceria estabelecida com o cliente”, com o objetivo de o ajudar “a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde”, onde pode ser necessário envolver pessoas significativas (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 10). Em situação crítica, a relação requer atenção diferenciada, pois “encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experimental” (Benner, 2001, p. 17). Para a mesma autora, é necessária experiência para escutar e compreender o significado da doença, o que ela interrompe e o que a cura significa. Na «relação de ajuda» está implícita disponibilidade, fornecimento de informação, envolvimento do doente e família no plano de cuidados, toque terapêutico e promoção de um ambiente terapêutico (Benner, 2001). Estes foram aspetos considerados nas relações estabelecidas. A **comunicação com a família** permitiu estabelecer a parceria nos cuidados e personalizar os cuidados ao doente, tal como refere Ramos *et al.* (2018), contribuindo para a satisfação de ambos. A **empatia**, “habilidade de se colocar no lugar das pessoas, para que ... possa visualizar e sentir na mesma perspetiva as experiências vivenciadas” (Terezam *et al.*, 2017, p. 697), foi uma estratégia de comunicação utilizada na adequação dos cuidados.

A **integração na equipa multiprofissional**, explorada no primeiro domínio, foi facilitada pelos orientadores e permitiu desenvolver relações profissionais e aproveitar as oportunidades de aprendizagem. O respeito, a iniciativa, a colaboração e partilha de conhecimentos e experiência promoveram a aceitação na equipa e o trabalho em equipa, essencial para o tratamento eficaz e tomada de decisão, pois “as relações múltiplas realçam diferentes perspectivas e ... diferentes possibilidades de terapias” (Benner, 2001, p. 117).

De acordo com Benner (2001), embora a teoria ofereça “o que pode ser explicitado e formalizado ... a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (p. 61). Neste sentido, sublinho o conhecimento obtido através da experiência, onde o alerta dos orientadores para o reconhecimento de determinados padrões de doença e instabilidade hemodinâmica permitiu prever complicações e atuar por antecipação, bem como a organização dos cuidados. Este reconhecimento de padrões, interpretados à luz do historial do doente e situação vivida, e a instituição de medidas rápidas, revela o conhecimento prático e intuitivo, ou seja, o julgamento clínico ágil desenvolvido pela experiência (Benner, 2001).

As situações vividas nos contextos de estágio estimularam a mobilização e interligação de saberes de várias disciplinas para realizar o processo de enfermagem e prestar cuidados holísticos, tal como referem Alarcão e Rua (2005) ao abordarem a componente interdisciplinar dos estágios.

A **reflexão individual** sobre a prática e os **momentos de *briefing* e *debriefing* com os orientadores** permitiram o autoconhecimento, ao identificar lacunas de conhecimento e analisar a minha *performance* em situações não familiares. Tal permitiu o desenvolvimento de estratégias, como pesquisas e organização da abordagem, para melhorar o desempenho.

Neste domínio, espera-se também que o Enfermeiro Especialista baseie a tomada de decisão e intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se facilitador da aprendizagem e agente ativo na investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O **conhecimento dos protocolos e procedimentos existentes** no SU e UCI possibilitou a previsão de situações de doença crítica e procedimentos frequentes e, assim, revisões de conteúdos lecionados e pesquisas bibliográficas sobre a síntese das evidências disponíveis, como forma de me munir de conhecimento científico para a **fundamentação dos cuidados e participação na tomada de decisão sobre a Pessoa em Situação Crítica e família/cuidador, integrando os resultados da investigação.**

Sendo o Enfermeiro Especialista facilitador no processo de aprendizagem em contexto de trabalho, no qual a componente da formação em serviço assume particular relevância (Regulamento n.º 140/2019, 2019), foi **realizado um momento formativo** como atividade do segundo objetivo específico definido para o estágio de SU (Apêndice G). Através de discussão com o orientador e equipa de enfermagem foi identificada a necessidade de explorar as necessidades formativas dos enfermeiros a integrar a EEMI, um contributo para o Projeto de criação e implementação da EEMI em vigor na instituição. Este realizou-se a 17 de outubro de 2023, foi um momento de partilha de conhecimentos e de discussão e

contou com 30% da equipa de enfermagem, incluindo o Enfermeiro Gestor e o Enfermeiro Responsável. Na avaliação, obteve a menção excelente no interesse prático profissional por 80% dos participantes e muito bom pelos restantes. A apresentação e os artigos que sustentaram a formação, incluídos na revisão de literatura, foram disponibilizados na pasta partilhada do serviço como forma de contribuir para a assessoria na tomada de decisão.

A formação em serviço, realizada no âmbito do Projeto «*STOP Infecção Hospitalar 2.0!*» a 20 de novembro de 2023, foi importante para a concretização do segundo objetivo específico definido para a UCI.

Os estágios promoveram a mobilização de conhecimentos para a prestação de cuidados e resolução de problemas, o que permitiu também o desenvolvimento das competências de Mestre presentes no artigo 15.º, *Grau de mestre*, do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 19 de agosto.

Por último, o primeiro capítulo deste relatório e a participação no Seminário do Mestrado em Enfermagem pretenderam contribuir para este domínio (Anexo II).

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

As competências específicas são as competências clínicas especializadas demonstradas pelo elevado grau de adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades da Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica* considera-as: “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe” e “a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

3.2.1. Cuida da Pessoa e Família/Cuidador em Situação Crítica

Na UCI, tive a oportunidade de cuidar da Pessoa em Situação Crítica desde a admissão à alta. A vigilância, monitorização e terapêutica são o propósito da sua hospitalização neste tipo de unidades, onde a avaliação efetuada pelo enfermeiro deve ser holística, contínua e rigorosa, para a **identificação precoce de sinais de instabilidade fisiológica aguda e atuação em conformidade**, tal como consta no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho.

De acordo com Benner (2001), as enfermeiras são habitualmente as primeiras a identificar alterações no doente, nos sinais vitais ou aspeto físico, e “manter a vigilância, nos vários momentos, sobre as várias pistas e tornar efetiva a sua deteção e a ligação com outros sinais, pode revelar e alargar as competências de empenhamento e eficácia clínica” (p. 17).

A observação e tecnologia foram fundamentais na avaliação e para a **gestão de protocolos terapêuticos complexos**, como a terapêutica múltipla e as técnicas de substituição de órgãos. A gestão foi interdependente, gerida com autonomia e em colaboração com outros profissionais de saúde, conforme o plano de tratamento, e permitiu compreender o efeito dos fármacos na hemodinâmica e efeitos adversos na recuperação.

A VMI é dos procedimentos mais comuns nos SMI (Holanda *et al.*, 2018). Na UCI, dei particular importância a este tema para alcançar o segundo objetivo específico. Assim, na **prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica submetida a VMI**, a **avaliação contínua** assumiu relevância e foi efetuada como explicado anteriormente.

Para que o tratamento e recuperação desta pessoa sejam eficazes é necessário a interação ótima entre doente-ventilador, pois a assincronia pode comprometer o tratamento e a recuperação (Holanda *et al.*, 2018). Entre os fatores de risco para a assincronia estão a acidose, febre, dor, ansiedade e delírio, por isso a avaliação contínua, a monitorização dos gases no sangue arterial, a terapêutica adequada (sedação e analgesia) e a alteração dos modos ventilatórios, são necessárias (Holanda *et al.*, 2018).

Dos procedimentos que tive a oportunidade de participar, destaco a **colaboração na IET, desmame da VMI, extubação, traqueostomia percutânea e fibrobroncoscopia**. Estes procedimentos implicaram um planeamento adequado e vigilância rigorosa, de forma a permitir o **reconhecimento de sinais de instabilidade hemodinâmica, assincronia entre doente-ventilador ou intolerância ao desmame/extubação**.

O desmame corresponde à transição entre a VMI e a ventilação espontânea em doentes submetidos a VMI há mais de 24 horas e exige monitorização contínua, quanto a variáveis clínicas, a alterações nas trocas gasosas e a variáveis hemodinâmicas (Goldwasser *et al.*, 2007), de forma a identificar precocemente sinais de intolerância e mecanismos de falência respiratória (Goldwasser *et al.*, 2007) e prever a necessidade de reintubação rápida.

A dor aguda é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja *et al.*, 2020, p. 14). Tratando-se de uma experiência subjetiva (Raja *et al.*, 2020), a avaliação e gestão da dor é um dos desafios que o enfermeiro enfrenta, principalmente quando se trata de doentes não comunicantes, com alteração do estado de consciência, sedados, intubados e sob VMI (Marques *et al.*, 2022). O tratamento da dor é um direito humano fundamental e um dever do enfermeiro, onde este deve procurar o alívio da dor e sofrimento e a satisfação do doente/família (Ordem dos Enfermeiros, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2008). A seleção do instrumento de avaliação

da dor faz parte dos procedimentos de admissão no SU e UCI, o qual deve estar adequado ao doente e à sua capacidade de comunicação (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Perante a incapacidade de autorrelatar a dor são utilizados instrumentos comportamentais, que pressupõem a interpretação dos profissionais de saúde (Marques *et al.*, 2022). A *Behavioral Pain Scale* (BPS), instrumento recomendado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Marques *et al.*, 2022), foi utilizada com frequência para avaliar e planear estratégias de alívio da dor e sofrimento em doentes intubados. No entanto, na UCI, deparei-me com a dificuldade de avaliar a dor em pessoas já extubadas, mas com incapacidade de autorrelatar. Através de **discussão com o orientador** e de **pesquisas bibliográficas** tomei conhecimento da existência de duas versões da BPS, uma para pessoas intubadas e ventiladas e outra para pessoas não intubadas, mas apenas a primeira está validada e disponível em português (Marques *et al.*, 2022). Tomei conhecimento de outro instrumento, o *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), recomendado pela *Society of Critical Care Medicine*, validado para a população portuguesa e com a vantagem de permitir avaliar a dor em doentes sedados, ou não, e submetidos, ou não, a VMI (Marques *et al.*, 2022). Este instrumento abrange uma maior tipologia de doentes internados no SMI, razão pela qual está proposto em Projeto de Melhoria Contínua. O **reconhecimento de sinais de dor** através da observação e aplicação de instrumentos e a prevenção da dor, mediante intervenções/procedimentos causadores de dor, permitiu atuar, **gerir a dor** e preveni-la, de forma a evitar complicações da dor não controlada: alterações fisiopatológicas, psicológicas e dor crónica (Marques *et al.*, 2022). As estratégias farmacológicas prevaleceram às não farmacológicas, pelo carácter agudo das situações, sendo a **gestão da analgesia** recorrente. A equipa foi mantida a par da resposta para replaneamento do tratamento. Em momentos de dor controlada, a massagem, o posicionamento, a termoterapia e a distração (música e televisão) foram intervenções não farmacológicas utilizadas em complementaridade, pois não substituem as farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As pessoas submetidas a IET e VMI carecem de cuidados especiais no âmbito da comunicação, onde existem dificuldades e consequências: *stress*, medo, raiva, frustração, desesperança, solidão, ansiedade e depressão pós-alta (S. Pina *et al.*, 2020).

A **promoção da comunicação com a pessoa submetida a VMI**, para estabelecer a relação terapêutica, a participação no plano de cuidados, a prevenção da assincronia com o ventilador, facilitar o desmame ventilatório e reduzir a ansiedade, foi uma atividade desenvolvida durante o estágio na UCI. Reconhecendo a minha limitação de conhecimento, efetuei pesquisas bibliográficas sobre a comunicação alternativa e aumentativa, a qual

corresponde a ferramentas e estratégias desenvolvidas para ultrapassar barreiras quando a comunicação verbal está comprometida (S. Pina *et al.*, 2020). Esta é um recurso para os enfermeiros, doentes e família/cuidador, com carácter multimodal, integrando uma panóplia de meios e instrumentos de comunicação simbólica e não simbólica, onde se incluem: caneta, papel, alfabeto, palavras, discursos, textos, quadros de palavras, gestos, linguagem gestual, símbolos, imagens e dispositivos eletrónicos geradores de fala (S. Pina *et al.*, 2020). A comunicação eficaz através da comunicação alternativa e aumentativa tem benefícios para o doente, família e profissionais de saúde, entre estes: melhoria/aumento da frequência da comunicação, expressão de necessidades, comunicação da dor, diminuição da ansiedade e *stress*, aumento da satisfação, melhoria da qualidade dos cuidados e aumento da segurança (S. Pina *et al.*, 2020). Na UCI, além dos instrumentos básicos, existe um *tablet* com uma aplicação que permite gerar fala, o qual foi utilizado para estabelecer a relação terapêutica e promover a comunicação com a família/visitas. A comunicação não verbal foi empregue para avaliar a capacidade de resposta do doente, sobretudo no emergir do coma.

A família constitui uma extensão do doente e vivencia momentos dolorosos relacionados com a hospitalização pela situação crítica e sofrimento do familiar, o que a torna vulnerável e alvo da prestação de cuidados de enfermagem (Ramos *et al.*, 2018). É ao enfermeiro que, de forma geral, expõe receios, medos, sentimentos, necessidades e esclarece dúvidas (Ramos *et al.*, 2018). O acolhimento, considerado por Pelazza *et al.* (2015) essencial no processo de humanização dos cuidados, deve ser realizado na primeira visita e é justificado pelo ambiente altamente tecnológico e procedimentos a que a Pessoa em Situação Crítica está sujeita, os quais podem agravar ainda mais a vulnerabilidade desencadeada pela hospitalização do familiar. Por isso, no acolhimento deve ser demonstrada disponibilidade para atender as necessidades da família (Pelazza *et al.*, 2015). Deste modo, efetuei o **acolhimento à família** em local adequado, de forma a preparar o impacto do primeiro encontro, demonstrei disponibilidade para atender as suas necessidades e forneci informações adequadas, procurando providenciar o contacto com o médico nas visitas ou os encaminhamentos necessários.

O dito anteriormente foi igualmente aplicado durante o estágio no SU.

3.2.2. Resposta a Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe

Os cuidados à Pessoa em Situação Crítica derivam de situações de emergência, exceção e catástrofe e exigem avaliação, intervenção, coordenação e gestão (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No SU, o **conhecimento da estrutura, organização, dinâmica funcional do serviço e dos protocolos e procedimentos** foram atividades para compreender a gestão dos cuidados. Neste serviço, a prestação de cuidados ocorreu em 3 postos de trabalho: Triagem, SO e SE.

Na Triagem, o enfermeiro acolhe o doente e efetua a avaliação inicial para identificar a prioridade clínica de atendimento e alocar o doente à área adequada (Grupo Português de Triagem, 2011). Esta avaliação baseia-se no Protocolo de Triagem de *Manchester*, cuja utilização justifica-se pela necessidade de tornar o atendimento mais eficiente e humanizado, dada a elevada afluência de pessoas com situações não urgentes, o que conduz à sobrecarga no acesso a cuidados urgentes e emergentes (Azevedo *et al.*, 2023), razão que motivou a criação da área de atendimento não urgente e a solicitação de apoio às Consultas Externas.

A avaliação do doente revela responsabilidade e tomada de decisão, determinantes para a sua segurança e qualidade dos cuidados, pois definirá o tempo máximo para a avaliação médica e início do tratamento (Azevedo *et al.*, 2023), onde um lapso poderá comprometer a saúde e a vida. O enfermeiro é também responsável pela ativação das Vias Verdes, benéficas na redução da morbilidade e mortalidade (Grupo Português de Triagem, 2011).

Durante o estágio comprovei que a avaliação inicial e ativação das *Vias Verdes* revelaram reconhecimento de padrões, pensamento crítico, capacidade de decisão e coordenação, características atribuídas por Benner (2001) às «enfermeiras peritas», o que reforça a dotação deste posto com Enfermeiros Especialistas (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Na SE, a abordagem sistemática e sistematizada à Pessoa em Situação Crítica, providenciada pela metodologia ABCDE (A – Vias aéreas com controlo da cervical, B – Ventilação e oxigenação, C – Circulação com controlo da hemorragia, D – Disfunção neurológica, E – Exposição e controlo ambiental (Costa, 2021)), revelou-se eficaz na **identificação de situações de instabilidade fisiológica** e atuação imediata. Esta deriva da metodologia *Advanced Trauma Life Support* do *American College of Surgeon* e corresponde à avaliação primária recomendada pelo Conselho Europeu de Ressuscitação (Costa, 2021). É sequencial e tem como princípio a correção de situações que ameaçam a vida, permitindo a abordagem sinérgica dos componentes e a execução imediata das intervenções, que podem ser realizadas em equipa (Costa, 2021).

Em emergências, com o apoio do orientador, tive a oportunidade de participar na liderança e, sob a sua supervisão, realizar a abordagem inicial à vítima, seguindo a metodologia ABCDE, os algoritmos de Suporte Avançado de Vida e os procedimentos das Vias Verdes Coronária e Sépsis, para sustentar a tomada de decisão e gerir prioridades. Nestas situações, também através da observação, constatei a importância da liderança,

organização, delegação de tarefas e trabalho em equipa. Já Benner (2001) afirmava que em situações graves é necessária uma certa habilidade para repartir o trabalho no seio da equipa, sendo a experiência a chave do seu desenvolvimento. Ainda, o conhecimento do orientador e enfermeiros do SU, e a partilha desse conhecimento, contribuiu para reconhecer situações potencialmente críticas e para gerir os cuidados, atuando por antecipação. Segundo Benner (2001), esse conhecimento é apelidado de intuição e, em períodos críticos, as enfermeiras experientes atuam por antecipação, de modo a evitar apelos suplementares. Deste modo, organizar o trabalho e questionar o plano de tratamento permitiu a **gestão dos cuidados**, sobretudo nos momentos de maior sobrecarga de trabalho.

O dito anteriormente reforça a necessidade de Especialistas na SE, como recomenda a Ordem dos Enfermeiros e o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

Findos os cuidados imediatos e iniciadas as medidas de suporte ou substituição de órgãos, seguiu-se o transporte da Pessoa em Situação Crítica para a realização de ECDT ou SO para continuidade da avaliação, diagnóstico e tratamento.

A avaliação secundária ocorreu, regra geral, na SO e pretendeu identificar e registar todas as lesões ou alterações apresentadas e completar a colheita de dados, salvaguardando-se que pode não ter lugar até estabilização ou controlo definitivo de lesões que ameaçam a vida (Vasconcelos, 2021). Na avaliação secundária, as mnemónicas CHAMU (Circunstâncias do acidente, História de doenças, Alergias, Medicação Habitual, Última refeição) (Vasconcelos, 2021) ou SAMPLE (Sinais e sintomas, Alergias, Medicação, Passado médico, Última refeição, Eventos) (American Heart Association, 2020), foram formas de sistematizar a colheita de dados. A avaliação cefalocaudal foi utilizada para realizar o exame físico, tal como é recomendado (Vasconcelos, 2021), pois é uma opção para estruturar e facilitar a avaliação completa ao doente, prevenindo lapsos.

Na SO, a metodologia ABCDE também se revelou eficaz na avaliação inicial e para estabelecer prioridades. Nesta área, foi providenciada a vigilância e monitorização contínuas para identificação de sinais de instabilidade e complicações e as intervenções e terapêutica necessária para a respetiva correção e tratamento, incluindo medidas de suporte ou substituição de órgãos, até ser determinada a transferência para os SMI, conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, da Ordem dos Enfermeiros.

Para adquirir experiência, compreender a importância do enfermeiro e a prestação de cuidados do extra ao intra-hospitalar foi solicitado um período de observação no serviço de SIV. A **reflexão** sobre esta experiência encontra-se no Apêndice H.

Na UCI não ocorreram emergências, pois a **vigilância e monitorização contínuas**, através da observação, tecnologia e ECDT, permitiram a **identificação precoce de sinais de instabilidade e atuar em conformidade e preventivamente**.

No estágio na UCI foi solicitado um período de **acompanhamento do enfermeiro da EEMI** (Enfermeiro Especialista), durante o qual tive a oportunidade de beneficiar da sua sabedoria. Embora não tenha presenciado uma atuação, a descrição detalhada das atuações e a prestação de cuidados a um doente na UCI, alvo de intervenção da EEMI, e a leitura do registo, permitiram-me compreender a eficácia e eficiência desta equipa e a importância do enfermeiro na avaliação, intervenção, colaboração com o médico nos procedimentos, coordenação com os colegas e serviços e transporte, oferecendo celeridade ao processo.

Constatei a experiência como determinante para fazer face a situações de emergência, sobretudo para manter a calma e atuar com confiança. O dito anteriormente é corroborado por Benner (2001), quando se refere às «enfermeiras peritas» como, particularmente, capazes de: enfrentar problemas, estabelecer rapidamente prioridades, delegar tarefas, agir em situações imprevisíveis e de ajustar estratégias às situações. A mesma autora refere ainda que estas confiam nas suas capacidades e que a elevada experiência permite-lhes saber o que poderá estar a acontecer ao doente e gerir a situação de forma eficaz (Benner, 2001).

Embora não tenham ocorrido situações de exceção e catástrofe, a leitura do Plano de Emergência Externo fez parte do **conhecimento dos procedimentos e protocolos do SU e UCI** e objetivou o conhecimento para intervir nestas situações. A decisão de ativação do Plano de Emergência Externo é do médico Chefe de Equipa do SU e o nível de alerta dependerá do conteúdo do alarme recebido e dos recursos do hospital disponíveis e necessários. Existem 3 níveis de alerta: nível I, cor verde; nível II, cor amarela; e nível III, cor vermelha. À medida que o nível de alerta aumenta, aumenta a gravidade da situação e a necessidade de recursos, pelo que a atividade clínica é reduzida a suspensa. Numa fase inicial o Centro de Controlo é formado pelas pessoas imediatamente disponíveis no local, da qual faz parte o Enfermeiro Gestor ou RT. Após reunião é ativado o Gabinete de Crise, que assume a coordenação, e são distribuídos cartões de ação aos profissionais que determinam postos de trabalho e responsabilidades. Após o alerta são preparados os processos clínicos catástrofe e as áreas de triagem: zona azul (não feridos), zona verde (feridos ligeiros), zona amarela (vítimas graves), zona vermelha (vítimas emergentes) e zona preta (mortos). Na área geográfica deste estágio, foi acrescentada às áreas previstas, a zona cinzenta, destinada a vítimas expectantes, onde são prestados especificamente cuidados de conforto/fim de vida. Esta particularidade demonstra a preocupação com o sofrimento e medidas de alívio.

Os enfermeiros são responsáveis por triar as vítimas, com recurso a dois fluxogramas do Sistema de Triagem de *Manchester*, que incorporam na avaliação primária o *Simple Triage And Rapid Treatment* (START) e na secundária o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS).

O SMI, considerado serviço nobre, é imediatamente contactado e acionados procedimentos próprios. A UCI onde foi realizado o estágio funciona como zona vermelha e reserva 17 unidades para vítimas graves. Por isso, nestas situações procede-se à transferência de doentes estáveis e que necessitam apenas de monitorização e são solicitados mais recursos humanos pelo elevado número de admissões e transferências.

Nos estágios, apesar de não ter ocorrido indícios de prática de crime, a leitura de um procedimento no SU, que pretende uniformizar a atuação da equipa de saúde na recolha de vestígios forenses, permitiu-me refletir sobre a intervenção do enfermeiro neste âmbito e como as intervenções numa emergência podem comprometer a preservação e toda a investigação criminal, pois os vestígios são elementos essenciais para o sucesso da investigação e integridade da cadeia de custódia (Silva *et al.*, 2022). A **observação realizada no SIV** permitiu constatar que a equipa de saúde é, muitas vezes, a primeira a chegar ao local, pelo que deve estar atenta à possibilidade de crime, a vestígios e testemunhas e documentar o observado. A documentação deve ser o mais detalhada possível e, quando necessário, acompanhada por registo fotográfico (Silva *et al.*, 2022). O detalhe poderá auxiliar na reconstrução da história, sobretudo quando existe contaminação de vestígios/provas, e o profissional, caso tenha que prestar depoimento (Silva *et al.*, 2022).

Na SE, foi efetuada a **avaliação e documentação detalhada** das situações e intervenções, principalmente as com possibilidade de implicações legais (acidentes e mortes traumáticas), por ordem cronológica e com o apoio da metodologia ABCDE na organização.

3.2.3. Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos

A Pessoa em Situação Crítica apresenta risco acrescido de desenvolver IACS pelo elevado número de procedimentos de diagnóstico e terapêutica e dispositivos invasivos indispensáveis ao tratamento (Pereira, 2020).

Segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* estas definem-se por infeções adquiridas em consequência da prestação de cuidados em unidades de saúde (citado por Gonçalves & Carmo, 2022) e constituem o evento adverso mais frequente (World Health Organization, 2011). As IACS ameaçam a segurança e a qualidade dos cuidados (Gonçalves & Carmo, 2022), sendo a sua prevenção possível através de um conjunto de medidas que implementei na minha prática: precauções básicas de controlo de infeção, com ênfase na

higienização das mãos e uso de equipamentos de proteção individual, precauções de isolamento e uso racional de antimicrobianos (E. Pina *et al.*, 2010).

Das IACS, as mais comuns são a pneumonia associada à intubação (PAI), a infecção relacionada com o cateter venoso central, a infecção urinária associada ao cateter vesical e a infecção do local cirúrgico (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017). Por essa razão, a DGS desenvolveu feixes de intervenções a cumprir quando os doentes são submetidos a estes procedimentos para prevenir e reduzir infeções, os quais também tive o cuidado de implementar e disseminar durante os estágios.

A admissão no SU e UCI é fator de risco para IACS (World Health Organization, 2011), pois nestes serviços as pessoas são sujeitas a uma série de procedimentos. Na área da Pessoa em Situação Crítica é competência do Enfermeiro Especialista a prevenção de complicações e limitação de incapacidades (Regulamento n.º 429/2018, 2018), pelo que o reconhecimento da importância dos feixes e capacitação da equipa para a implementação é uma forma de atuar a este nível. Na UCI, o Projeto «*STOP Infecção Hospitalar 2.0!*» contribuiu para compreender a sua intervenção em programas institucionais neste âmbito. **A avaliação do doente, correta colheita e envio de espécimens para microbiologia e reflexão** sobre a necessidade de manter dispositivos invasivos, contribuíram para prevenir e diagnosticar a infeção, início precoce e adequado de antimicrobianos e prevenção de resistências.

A pneumonia é das infeções mais frequentes nos SMI, responsável pelo aumento da duração da VMI, consumo de antibióticos, duração do internamento e pela maior morbimortalidade e custos (DGS, 2022). Assim, na **prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica submetida a VMI, a implementação das intervenções de controlo da infeção hospitalar, especificamente o feixe de intervenções para prevenção da PAI** foi uma prioridade. As cinco intervenções deste feixe, igualmente importantes e necessárias para a sua prevenção, são: utilização de sedação ligeira; realização diária das provas de ventilação espontânea aos candidatos a extubação; manutenção da cabeceira a, no mínimo, 30 graus; avaliação da pressão do tubo/cânula endotraqueal, pelo menos 1 vez por turno, e manutenção entre 20-30 centímetros de água; e realização da higiene oral, no mínimo, 3 vezes ao dia (DGS, 2022). A documentação é parte do feixe, alvo de auditoria, e foi realizada no estágio.

Ressalvo, na higiene oral, a técnica com escovagem das estruturas da cavidade oral, incluindo tubo endotraqueal. Através da **pesquisa para fundamentação desta prática** encontrei o estudo realizado por Zhao *et al.* (2020), que teve como objetivo avaliar os efeitos dos cuidados de higiene oral na incidência da PAI em UCI e demonstrou que a escovagem, com e sem antissépticos, é eficaz. Deste modo, esta prática encontra-se justificada.

As **discussões com o orientador e equipa médica** sobre a redução da sedação e o envolvimento nas provas de ventilação espontânea foram estratégias para reduzir o tempo de VMI e, assim a PAI e resistências a antimicrobianos, e de promover a **participação na tomada de decisão sobre os cuidados à Pessoa em Situação Crítica submetida a VMI**.

3.3. Avaliação Global dos Estágios e Implicações para a Prática Profissional

Benner (2001) comprovou que as competências para a excelência dos cuidados surgem pela «perícia», desenvolvida a partir da experiência, através da qual se adquire o «conhecimento competente» e a competência transforma-se. Para a autora, o nível máximo de perícia é atribuído à «enfermeira perita», que “tem uma enorme experiência, compreende ... de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” e, ainda, “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p. 58).

O percurso realizado nos estágios foi de carácter evolutivo, onde conhecimento teórico e experiência fundiram-se para responder à novidade dos contextos da Pessoa em Situação Crítica. Apesar da limitação temporal, o estímulo à aprendizagem, pelas situações reais, providenciou a passagem pelos níveis de proficiência abrangidos na Teoria de Patricia Benner, *De Iniciado a Perito*, com o objetivo de atingir o nível *Perito*.

Os contextos reais de trabalho e a sua imprevisibilidade exigiram: a mobilização e aplicação do conhecimento para análise e gestão das situações, realização do processo de enfermagem e resolução de problemas; a tomada de decisão com base nos diversos fundamentos; a procura contínua de novas experiências de desenvolvimento profissional; o trabalho em equipa e o desenvolvimento de estratégias de adaptação e melhoria contínua.

Assim, os contextos de estágio proporcionaram a aquisição de «conhecimento experimental» e o desenvolvimento de competências clínicas especializadas para a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador, que, como defendido por Benner (2001), em outras circunstâncias não seria possível, pois “as práticas excelentes de cuidar ... são relacionais e contextualizadas (p. 18) e o contacto com “ambientes de alto risco requer o desenvolvimento ... de estrutura moral e de responsabilidade” (p. 16).

Face ao exposto neste capítulo e, pelo empenho e desempenho na realização de cada atividade, observação da prática de enfermeiros experientes, trabalho em equipa e reflexão, considero atingidos os objetivos definidos para cada estágio e adquiridas as ferramentas para a prática especializada, ou seja, as competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados na área de *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*.

4. CONCLUSÃO

Este Relatório apresenta a análise descritiva e reflexiva do percurso realizado, ao longo do Mestrado em Enfermagem, que demonstra o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências e fundamenta os títulos de Mestre e Enfermeiro Especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica.

O primeiro capítulo evidencia as competências de investigação, o segundo capítulo apresenta a descrição dos contextos de estágio e o terceiro capítulo demonstra o desenvolvimento de competências profissionais.

A revisão de literatura, com a qual pretendo alcançar as competências de Mestre em Enfermagem, aferiu que ao enfermeiro da EEIH são exigidas múltiplas competências para intervir, de forma eficaz, numa situação de deterioração clínica e/ou emergência e, que, a diferenciação teórica e prática é essencial nestas situações.

O acompanhamento do enfermeiro da EEMI e a prestação de cuidados, a um doente que foi alvo da sua intervenção, permitiu-me comprovar a existência e exigência das competências que emergiram da análise dos resultados incluídos na *Scoping Review*.

Esta constata que o contexto de atuação destas equipas é um contexto específico do cuidar da Pessoa em Situação Crítica, onde a pessoa em deterioração clínica se enquadra nesta definição, pois a sua vida está em risco e requer um conjunto de intervenções adequadas e imediatas para que a situação não se agrave e sejam providenciados os tratamentos necessários.

Persiste a expectativa de que a *Scoping Review* seja uma base no processo de seleção, formação e desenvolvimento de competências dos enfermeiros a integrar as EEIH e, assim, contribuir para a qualidade dos cuidados, segurança do doente e para a área de especialização de *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*.

Os estágios decorreram em contextos diferenciados e foram fulcrais para a mobilização de conhecimentos, gestão de situações complexas, desenvolvimento de capacidades de trabalho em equipa multiprofissional, iniciativa, criatividade, tomada de decisão e reflexão sobre a prática. O contacto com as situações reais e a interação com enfermeiros experientes permitiram a interligação dos diferentes saberes, desafios e experiências promotoras do desenvolvimento do «conhecimento experimental» e competências.

A formação especializada em Enfermagem, na área da Pessoa em Situação Crítica, é assim justificada pela complexidade dos contextos e situações, onde a capacidade de avaliação, prevenção de complicações e intervenção de forma antecipatória e eficaz são motivação para o Enfermeiro Especialista e competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros.

Numa perspetiva académica e profissional, concluo afirmando o desenvolvimento das competências de Mestre e o alcance dos objetivos definidos para cada contexto de estágio, os quais proporcionaram o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados, portanto, as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as específicas em *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

A orientação clínica e tutorial e a reflexão foram fundamentais na condução de todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Por fim, reforço o compromisso no desenvolvimento das aprendizagens profissionais e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com vista à excelência do exercício profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos* [Relatório técnico 09/2013]. Administração Central do Sistema de Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgência* [Relatório técnico 11/2015]. Administração Central do Sistema de Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência* [Relatório técnico 14/2019]. Administração Central do Sistema de Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- American Heart Association. (2020). *Suporte avançado de vida cardiovascular*. American Heart Association.
- Amestoy, S. C., Trindade, L. D. L., Silva, G. T. R. D., Santos, B. P. D., Reis, V. R. D. S. S., & Ferreira, V. B. (2017). Leadership in nursing: From teaching to practice in a hospital environment. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20160276. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0276>
- Azevedo, C., Graça, L., & Sousa, C. (2023). Perceção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e23.13.29242. <https://doi.org/10.12707/RVI23.13.29242>
- Bagorrihla, T. M. O. (2020). *Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico* [Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210?mode=full>

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (1.^a edição). Quarteto. ISBN 972-8535-97-X
- Berwick, D. M., Calkins, D. R., McCannon, C. J., & Hackbarth, A. D. (2006). The 100 000 lives campaign: Setting a goal and a deadline for improving health care quality. *American Medical Association*, 295(3).
- Bunkenborg, G., Barfod O'Connell, M., Jensen, H. I., & Bucknall, T. (2022). Balancing responsibilities, rewards, and challenges: A qualitative study illuminating the complexity of being a rapid response team nurse. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 31(23), 3560–3572. <https://doi.org/10.1111/jocn.16183>
- Cardo, M. J. (2017). *Equipa de emergência intra-hospitalar: Análise das ativações e da perceção da sua importância pelos enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria]. IC-Online. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2987/1/Equipa%20de%20Emergência...%2Bmarisa%20cardo.pdf>
- Chalwin, R., Giles, L., Salter, A., Kapitola, K., & Karnon, J. (2020). Re-designing a rapid response system: Effect on staff experiences and perceptions of rapid response team calls. *BMC Health Services Research*, 20(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05260-z>
- Costa, P. (2021). Abordagem sistematizada do doente crítico. Em N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 53–59). Lidel. ISBN 978-989-752-574-2
- Currey, J., Massey, D., Allen, J., & Jones, D. (2018b). What nurses involved in a medical emergency teams consider the most vital areas of knowledge and skill when delivering care to the deteriorating ward patient: A nurse-oriented curriculum development project. *Nurse Education Today*, 67, 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.009>
- Da Silva, G. T. R., Varanda, P. A. G., Santos, N. V. C. D., Silva, N. S. B. D., Salles, R. S., Amestoy, S. C., Teixeira, G. A. D. S., & Queirós, P. J. P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: Um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26, e20210070. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0070>
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República n.º 205, Série I-A de 1996-09-04. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

- Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros [quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março]. (2018). Diário da República n.º 157, Série I de 2018-08-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Fernandes, S. J. D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para agir* [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf
- Deodato, S. (2010, outubro-dezembro). Supervisão de cuidados: Uma estratégia curricular em enfermagem. *Revista Percursos*, 18, 3–7. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9227/1/Revista%20Percursos%20n18_Supervisão%20de%20cuidados%20-%20uma%20estratégia%20curricular%20em%20enfermagem.pdf
- Deodato, S. (2019). *Direito da Saúde* (2.ª edição). Almedina. ISBN 978-972-40-6788-9
- Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República n.º 153, Série II de 2014-08-11. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 5613/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República n.º 10, Série II de 2015-05-27. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República n.º 198, Série II de 2018-10-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República n.º 187, Série II de 2021-09-24. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República n.º 55, Série I-B de 2002-03-06. <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2002/03/055b00.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)* (Circular normativa n.º 15/DQS/DQCO). <https://www.dgs.pt/?ci=594&ur=1&newsletter=262>

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma clínica n.º 001/2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (Norma clínica n.º 21/2015 atualizada a 17/11/2022). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigena_marco_2023.pdf
- Fischer, C. P., Bilimoria, K. Y., & Ghaferi, A. A. (2021). Rapid response teams as a patient safety practice for failure to rescue. *Journal of the American Medical Association*, 326(2), 179. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.7510>
- Goldwasser, R., Farias, A., Freitas, E. E., Saddy, F., Amado, V., & Okamoto, V. N. (2007). Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19, 384–392. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300021>
- Gomes, B. M. (2020). *Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos* [Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. D. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: Revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as suas vias verdes: Princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho*. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *Sistema de Triagem Manchester*. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portuguestriagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. (2010). *A organização interna e a governação dos hospitais* [Relatório técnico]. Ministério da Saúde. <https://www.spmi.pt/wpcontent/uploads/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>

- Hillman, K. M., Chen, J., & Jones, D. (2014). Rapid response systems. *Medical Journal of Australia*, 201(9), 519–521. <https://doi.org/10.5694/mja14.01088>
- Holanda, M. A., Vasconcelos, R. D. S., Ferreira, J. C., & Pinheiro, B. V. (2018). Assincronia paciente-ventilador. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(4), 321–333. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000185>
- Jackson, S. A. (2017). Rapid response teams: What’s the latest? *Nursing2017*, 34–41. <https://doi.org/DOI-10.1097/01.NURSE.0000526885.10306.21>
- Jamieson, E., Ferrell, C., & Rutledge, D. N. (2008). Medical emergency team implementation: Experiences of a mentor hospital. *MEDSURG Nursing*, 17(5). doi:10.1136/qshc.2008.030494
- Koy, V., Preechawong, S., Yunibhand, J., Rauth, A., Bircher, N., Prak, M., & Henker, R. (2023). Evaluation of nursing process competencies, nursing quality, and patient safety using virtual simulation with debriefing: A quasi-experimental study. *Heliyon*, 9, e20341. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20341>
- Leach, L. S., Mayo, A., & O’Rourke, M. (2010). How RNs rescue patients: A qualitative study of RNs’ perceived involvement in rapid response teams. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), e13. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030494>
- Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República [com alterações introduzidas pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto e Lei n.º 35/2023, de 16 de julho]. (2012). Diário da República n.º 136, Série I de 2012-07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>
- Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). The COPA Model: A comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5).
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10, 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Matthew, E. (2010). Rescuing the deteriorating patient. *Australian nursing journal*, 17(9), 31–33. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f668325a-3ea3-4cc7-8587-50522b3aa917%40redis>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Transporte da pessoa em situação crítica* [Parecer n.º 09/2017]. Ordem dos Enfermeiros.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- Moreira, A., Ramos, R., Ligório, A., Junqueira, K., & Corrêa, K. (2018). Rapid response team: What factors interfere with its performance. *Investigación y Educación en Enfermería*, 36(2), e05. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e05>
- Nascimento, J. da S. G., Costa, A. B. F., Sangiovani, J. C., Silva, T. C. dos S., Regino, D. da S. G., & Dalri, M. C. B. (2020). Pre-simulation, pre-briefing or briefing in nursing simulation: What are the differences? *Revista Eletronica de Enfermagem*, 22(60171), 10. <https://doi.org/10.5216/ree.v22.60171>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. D. S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2), e4500014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR: Guia orientador de boa prática* (1.^a edição). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>. ISBN 978-972-99646-9-5
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf. ISBN 978-989-8444-30-1
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023, abril 28). *Critical Care Pain Observation Tool*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/critical-care->

pain-observation-tool/As atualizações automáticas de citações estão desactivadas.

Para ver a bibliografia, clique em Refrescar no separador do Zotero.

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pelazza, B. B., Simoni, R. C. M., Freitas, E. G. B., Silva, B. R. D., & Silva, M. J. P. D. (2015). Visita de Enfermagem e dúvidas manifestadas pela família em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(1), 60–65. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500011>
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação Nacional da Situação das Unidades de Cuidados Intensivos* (p. 459). Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e controlo de infeção. Em J. A. Pinho (Coord.), *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 161-174). Lidel. ISBN 978-989-752419-6
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. ISBN 972-838-384-3
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico*(10), 27–39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Augmentative and alternative communication in ventilated patients: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>

- Portaria n.º 79/2019 da Secretaria Regional da Saúde. (2019). Jornal Oficial n.º 136, Série I de 2019-11-20. <https://jo.azores.gov.pt/api/public/jornal/pdfOriginal?numeroJornal=136&ano=2019&serieId=ec6ff6d5-7709-4517-8d3c-b9b92c443c8a&suplemento=0>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf. ISSN 2184-1179
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 79, Série II de 2015-04-23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 21, Série II de 2018-01-30. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.º 366/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 113, Série II de 2018-06-14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 2018-07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 184, Série II de 2019-09-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

- Ramos, R. M. V., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S., & Oliveira, J. P. P. C. D. (2018). Vivências da família do doente crítico: Um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, *10*(5), 5–10. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2018.7230>
- Repasky, T. M., & Pfeil, C. (2005). Experienced critical care nurse-led rapid response teams rescue patients on in-patient units. *Journal of Emergency Nursing*, *31*(4), 376–379. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2005.06.025>
- Rocha, C. C. P., & Branco, M. A. R. D. V. (2022). Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. *Servir*, *2*(3), e27555. <https://doi.org/10.48492/SERVIR0203.27555>
- Rocha, I., Carvalho, A. L., Pinto, C. B., Rodrigues, A., & Rocha, V. (2021). Impacto da supervisão clínica em enfermagem na avaliação e intervenção no autocuidado. *Revista Baiana de Enfermagem*, *35*, e43356. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43356>
- Salvatierra, G. G., Bindler, R. C., & Daratha, K. B. (2016). Rapid response teams: Is it time to reframe the questions of rapid response team measurement? *Journal of Nursing Scholarship*, *48*(6), 616–623. <https://doi.org/10.1111/jnu.12252>
- Santiano, N., Young, L., Baramy, L. S., Cabrera, R., May, E., Wegener, R., Butt, D., Parr, M., & Clinical Analysis Group. (2011). The impact of the medical emergency team on the resuscitation practice of critical care nurses. *BMJ Quality & Safety*, *20*(2), 115–120. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2008.029876>
- Scholle, C. C., & Mininni, N. C. (2006). How a rapid response team saves lives: Learn why bedside nurses are embracing this lifesaving innovation. *Nursing 2006*, *36*(1), 36–40. <https://doi.org/10.1097/00152193-200601000-00037>
- Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. D. M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: Revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *30*, e3593. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, *161*, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Teixeira, A. C. (2021). Enfermagem baseada na evidência. Em N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 19–24). Lidel. ISBN 978-989-752-574-2.

- Terezam, R., Reis-Queiroz, J., & Hoga, L. A. K. (2017). A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 669–670. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>
- Tople, M., Ryan, B., Baldwin, I., McKay, R., Blythe, D., Rogan, J., Radford, S., & Jones, D. (2016). Tasks completed by nursing members of a teaching hospital medical emergency team. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.008>
- Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, natureza profissional* (Versão 2017) [Natureza profissional]. Universidade Católica Portuguesa. https://moodle.lisboa.ucp.pt/pluginfile.php/1404792/mod_resource/content/0/Regulamento%20Mest%20Enf_Nov2017%20%28003%29.pdf
- Vasconcelos, P. (2021). Abordagem sistematizada da vítima de trauma. Em N. Coimbra (Coord.), *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 244–253). Lidel. ISBN 978-989-752-574-2
- Ventura-Silva, J. M. A., Da Silva Martins, M. M. F. P., De Lima Trindade, L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Weatherburn, C., & Greenwood, M. (2023). The role of the intensive care nurse in the medical emergency team: A constructivist grounded theory study. *Australian Critical Care*, 36(1), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.12.003>
- Won, Y. H., & Kang, J. (2022). Development of a comprehensive model for the role of the rapid response team nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103136>
- World Health Organization. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/80135>. ISBN 978-924-150-150-7
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>. ISBN 978-92-4-003270-5

- Yuan, X., Wan, S., Chen, Y., & Qin, W. (2022). Competency expectations of nurses in rapid response teams: An interview-based qualitative study. *Annals of palliative medicine*, *11*(6), 2043–2049. <https://doi.org/10.21037/apm-22-566>
- Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H. V., & Hua, F. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*(12), CD008367(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Póster

Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar: uma Scoping Review

Lisete Pereira¹, Nuno Moniz², Isabel Rabalais³

¹ Enfermeira no Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada e Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

² Enfermeiro no Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada e Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

³ Doutora em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação; Professora Auxiliar na Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa e Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Atlântica, Lisboa.

Introdução

As Equipas de Emergência intra-hospitalar são uma estratégia adotada para garantir a segurança do doente, fundamental para a qualidade em saúde.¹

Têm como objetivo a intervenção precoce e adequada em situações de deterioração fisiológica aguda e emergências, sobretudo em contexto de internamento.^{2,3}

Estas equipas são constituídas essencialmente por médicos e enfermeiros, sendo os enfermeiros considerados membros indispensáveis.⁴

Ser enfermeiro desta equipa é complexo e exige um processo de desenvolvimento profissional onde sejam demonstradas múltiplas competências.⁵

Objetivo

Mapear a extensão, variedade e natureza da literatura sobre as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.

Questão de investigação:

Quais são as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar?

Materiais e Métodos

Scoping Review (método de Joanna Briggs Institute)

Critérios de inclusão:

População: enfermeiros da Equipa de Emergência Intra-hospitalar

Conceito: competências dos enfermeiros da Equipa de Emergência Intra-hospitalar

Contexto: intra-hospitalar

Acesso ao texto integral: gratuito

Idioma: espanhol, inglês e português

Limite temporal: sem limite temporal

Pesquisa:

Data: julho e agosto de 2023

Bases de dados (via EBSCO): CINAHL Complete, Cochrane Library, MediciLatina, MedLine, Scopus e Web of Science

Estratégia de pesquisa: adaptada a cada base de dados

Descritores DeCS/MeSH: "nurses", "nursing", "clinical competence", "nurse's role", "hospital rapid response team"

Termos CINAHL: "nurses", "clinical competence", "nursing interventions", "nursing practice", "nursing role", "nursing role (emergency care)", "rapid response system", "rapid response team", "rapid response team"

Linguagem natural: "nursing interventions", "nursing practice", "nursing role", "nursing skills", "rapid response (emergency care)", "rapid response system", "rapid response team", "rapid response team"

Conjugados com operadores booleanos (AND e OR)

Extração dos dados: Competency Outcomes and Performance Assessment Model de Lenburg (1999)⁶

Resultados

Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar

Amostra:
14 resultados

Avaliação e intervenção^{4,5,7,8,9,10,12,13,14,16,17,18}
Monitorização, avaliação física e intervenções terapêuticas

Pensamento crítico^{4,5,7,8,9,13,14}
Tomada de decisão

Comunicação^{4,5,7,8,11,12,13,14,16,17,18}
Transmissão de informação e técnicas/feramentas de comunicação

Ensino^{4,7,8,10,11,12,13,14,18}
Educação de profissionais, doente e família e supervisão clínica

Relação e cuidado^{5,7,8,9,13}
Humanização dos cuidados e advogar pelo doente

Gestão^{4,5,7,8,12,13,16,18}
Gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais, delegação de tarefas, coordenação e trabalho em equipa

Liderança^{5,7,8,9,10,11,12,14,18}
Colaboração, relações profissionais e responsabilidade profissional

Integração do conhecimento^{4,7,8,9,10,11,13,14,15,16,17,18}
Conhecimento específico em cuidados críticos, protocolos, prática baseada na evidência e investigação

Outras:
Autoconsciência^{5,7,12}
Concentração^{6,9}
Manter a calma^{4,9}
Rapidez de atuação^{6,7}
Sentido de humor⁹

Palavras associadas às competências:
'especializada'^{7,10,14}
'avançada'^{4,7,7,8,9}
'expertise'¹⁴

Palavras associadas ao enfermeiro:
'especialista'¹⁴
'expert'¹⁴

Figura 1: Competências organizadas pelas categorias de competências do Competency Outcomes and Performance Assessment Model de Lenburg (1999)⁶.

Conclusão

Os resultados evidenciaram várias competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar, referidas por alguns autores como avançadas e especializadas. Este conhecimento poderá contribuir para programas educativos específicos que auxiliem o desenvolvimento de competências nesta área.

Referências Bibliográficas



APÊNDICE B
Estratégias de Pesquisa

Quadro 1.1

Estratégias de Pesquisa

<p>Base de dados: CINAHL Complete (via EBSCO) Resultados: 67</p> <p>Estratégia de pesquisa (13 agosto 2023):</p> <ul style="list-style-type: none">S1 MH "rapid response (emergency care)" AND MH "nurses"S2 MH "clinical competence" AND MH "nurses"S3 MH "nursing role"S4 MH "nursing interventions"S5 MH "nursing skills"S6 MH "nursing practice"S7 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6S8 MH "rapid response team"S9 TI "rapid response system" OR AB "rapid response system"S10 S8 OR S9S11 S7 AND S10
<p>Base de dados: Cochrane Library (incluindo a Cochrane Database of Systematic Reviews e o Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)) Resultados: 0</p> <p>Estratégia de pesquisa (13 agosto 2023):</p> <ul style="list-style-type: none">#1 MeSH descriptor: [Nurses] this term only#2 MeSH descriptor: [Nursing] this term only#3 #1 OR #2#4 MeSH descriptor: [Clinical Competence] this term only#5 #3 AND #4#6 ("rapid response (emergency care)": ti,ab,kw#7 #3 AND #6#8 MeSH descriptor: [Nurse's Role] this term only#9 ("nursing interventions"): ti,ab,kw#10 ("nursing skills"): ti,ab,kw#11 ("nursing practice"): ti,ab,kw#12 #5 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11#13 MeSH descriptor: [Hospital Rapid Response Team] this term only#14 ("rapid response system"): ti,ab,kw#15 #13 OR #14#16 #12 AND #15
<p>Base de dados: MedicLatina Resultados: 0</p> <p>Estratégia de pesquisa (13 julho 2023):</p> <ul style="list-style-type: none">S1: TI "clinical competence" OR AB "clinical competence"S2: TI "nursing" OR AB "nursing"S3: S1 AND S2S4: TI "rapid response (emergency care)" OR AB "rapid response (emergency care)"S5: S2 AND S4S6: TI "nurse's role" OR AB "nurse's role"S7: TI "nursing role" OR AB "nursing role"S8: TI "nursing skills" OR AB "nursing skills"

KEY("nursing")) OR ((TITLE-ABS-KEY("clinical competence")) AND (TITLE-ABS-KEY("nurses")))

Base de dados: **Web of Science**

Resultados: **21**

Estratégia de pesquisa (18 agosto 2023):

- 1: "nurses" (Title) OR "nurses" (Abstract)
- 2: "nursing" (Title) OR "nursing" (Abstract)
- 3: "clinical competence" (Title) OR "clinical competence" (Abstract)
- 4: "rapid response (emergency care)" (Title) OR "rapid response (emergency care)" (Abstract)
- 5: #1 OR #2
- 6: #3 AND #5
- 7: #4 AND #5
- 8: "nurse's role" (Title) OR "nurse's role" (Abstract)
- 9: "nursing role" (Title) OR "nursing role" (Abstract)
- 10: "nursing interventions" (Title) OR "nursing interventions" (Abstract)
- 11: "nursing practice" (Title) OR "nursing practice" (Abstract)
- 12: "nursing skills" (Title) OR "nursing skills" (Abstract)
- 13: #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12
- 14: "hospital rapid response team" (Title) OR "hospital rapid response team" (Abstract)
- 15: "rapid response team" (Title) OR "rapid response team" (Abstract)
- 16: "rapid response system" (Title) OR "rapid response system" (Abstract)
- 17: #16 OR #15 OR #14
- 18: #17 AND #13

Base de dados: **Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal**

Resultados: **0**

Estratégia de pesquisa (8 agosto 2023):

- 1: "Competências do enfermeiro" (Título/Assunto) E "Equipa de Emergência Intra-hospitalar" (Título/Assunto)

APÊNDICE C

Estudos Não Elegíveis Após Revisão do Texto Integral

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ESTUDOS NÃO ELEGÍVEIS APÓS
REVISÃO DO TEXTO INTEGRAL:**

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

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

Razão para exclusão: ausência do conceito em estudo.

APÊNDICE D

Instrumento de Extração dos Dados

INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DOS DADOS

Quadro I

Detalhes da Scoping Review

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

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro II

Extração de características dos estudos e principais conclusões

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

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro III

Instrumento para a extração de resultados

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

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

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

APÊNDICE E

Características dos Estudos e Principais Conclusões

Quadro 1.2

Características dos Estudos e Principais Conclusões

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

		<i>nurse</i>		
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, pensamento crítico, relação e cuidado, ensino, gestão e liderança. Evidencia também a autoconfiança/confiança e a capacidade de concentração. O enfermeiro é referido, por vezes, como especialista.				
E5	Currey <i>et al.</i> , 2022 Austrália	<i>What nurses involved in a medical emergency teams consider the most vital areas of knowledge and skill when delivering care to the deteriorating ward patient: A nurse-oriented curriculum development project</i>	Estudo descritivo exploratório	Identificar e descrever o que os enfermeiros envolvidos na equipa de emergência médica consideram ser as áreas mais importantes do conhecimento e as competências quando prestam cuidados a um doente em deterioração na enfermaria.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, pensamento crítico, relação e cuidado, liderança e integração do conhecimento. Evidencia também a capacidade de manter a calma (“ser calmo”), a concentração (“focado”) e o “sentido de humor”. Há referência ao conhecimento necessário para ser enfermeiro da EEIH estar além da Licenciatura em Enfermagem e a competências avançadas.				
E6	Jackson, 2017 Reino Unido	<i>Rapid response teams: What’s the lastest?</i>	Artigo de opinião	Analisar os membros da equipa de resposta rápida, as responsabilidades e os desafios comuns.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, pensamento crítico, ensino e liderança. Algumas competências são referidas como especializadas.				
E7	Salvatierra <i>et al.</i> , 2016 EUA	<i>Rapid response teams: Is it time to reframe the questions of rapid response team measurement?</i>	Revisão da literatura	Apresentar uma visão geral da história das equipas de resposta rápida nos Estados Unidos, rever pesquisas anteriores sobre a eficácia dessas equipas e propor a reformulação da avaliação da sua eficácia para compreendê-las no contexto da prática de enfermagem contemporânea, bem como, o seu resultado nos doentes.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da comunicação, ensino, liderança e integração do conhecimento.				
E8	Topple <i>et al.</i> , 2016 Austrália	<i>Tasks completed by nursing members of a teaching hospital medical emergency team</i>	Estudo observacional prospetivo	Avaliar as tarefas desempenhadas pelos enfermeiros das equipas de emergência médica.
Principais conclusões: Este artigo evidencia competências no âmbito da avaliação e intervenção, comunicação, ensino, gestão e liderança. Evidencia também a autoconfiança/confiança.				
E9	Santiano <i>et al.</i> , 2011	<i>The impact of the medical emergency team on the resuscitation practice of</i>	Estudo etnográfico	Avaliar as atividades dos enfermeiros da equipa de emergência médica em diferentes

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

Fonte: Elaboração dos autores.

APÊNDICE F

Reflexão Sobre o Estágio da Unidade Curricular *A*
Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e
Decisão Clínica



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Reflexão sobre o Estágio da Unidade Curricular *A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*, realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica

REFLEXÃO

Por

Lisete Maria Ponte Pereira

Lisboa, 2023



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Reflexão sobre o Estágio da Unidade Curricular *A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*, realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica

REFLEXÃO

Por

Lisete Maria Ponte Pereira

Sob orientação:

Prof.^a Doutora Isabel Rabiais

Enfermeira Especialista [REDACTED]

Lisboa, 2023

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

Ex.: exemplo

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências a Antimicrobianos



NAS – Nursing Activities Score

NEMS – Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PICIS – Clinical Information System For Patient Critical Care

Prof.^a - Professora

UCIPI – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	107
2.	REFLEXÃO	109
3.	CONCLUSÃO	124
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

1. INTRODUÇÃO

Esta Reflexão foi realizada no âmbito da Unidade Curricular *A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*, do 2.º semestre, do 16.º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

É resposta a uma solicitação pedagógica e, através da metodologia descritiva e reflexiva, tem por objetivo descrever, analisar e refletir sobre o percurso de estágio, com ênfase no Projeto Individual de Aprendizagem, nos objetivos e resultados de aprendizagem do Guia da Unidade Curricular e no processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista.

A duração total do estágio foi de 360 horas, das quais 180 decorreram em contexto de prática clínica, entre 24 de abril e 9 de junho, na Unidade de Cuidados Intermédios (UCIPI) do [REDACTED], sob a orientação clínica da Enfermeira [REDACTED], Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e a orientação tutorial da Prof.^a Doutora Isabel Rabiais. Das restantes horas, 128 corresponderam a estudo autónomo e 12 a orientação tutorial.

Os locais de estágios proporcionam contextos clínicos diferenciados e a interação de diferentes saberes pelo contacto com situações reais que permitem a aprendizagem e os torna fundamentais no processo de desenvolvimento de competências profissionais (Alarcão & Rua, 2005).

A UCIPI foi o contexto escolhido para o primeiro momento de contacto com a Pessoa em Situação Crítica e foi, portanto, o meu ponto de partida para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista nesta área.

As Unidades de Cuidados Intermédios encontram-se integradas nos Serviços de Medicina Intensiva e são classificadas de acordo com o quadro de Classificação das Unidades de Cuidados Intensivos (Regulamento n.º 743/2019, 2019). A UCIPI do [REDACTED] está classificada no nível II de cuidados.

Os cuidados de saúde e, por consequência, os cuidados de enfermagem, assumem uma importância e exigência técnica e científica cada vez maiores, na qual a diferenciação e especialização são uma realidade que a Ordem dos Enfermeiros acompanha através da atribuição do título de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Ao

Enfermeiro Especialista são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A Estas são exigidas competências comuns, entendidas como as partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, as quais estão agrupadas em domínios: (a) “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”; (b) “domínio da melhoria contínua da qualidade”; (c) “domínio da gestão dos cuidados”; e (d) “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Às competências comuns acrescem outras específicas, relacionadas com as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde e com o campo de intervenção específico, definido pela Ordem dos Enfermeiros, para cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No campo da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da *Pessoa em Situação Crítica*, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, são competências específicas: (a) “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, (b) “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” e (c) “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem exigidos são altamente qualificados e prestados continuamente como resposta às necessidades afetadas, para manter funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades com o intuito da recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Assim sendo, o contexto real de trabalho revela-se como uma verdadeira oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento de tais competências.

Este documento está organizado por Introdução, Reflexão, Conclusão e Referências Bibliográficas e foi elaborado com base no livro *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: Sugestões Para a Estruturação da Escrita Segundo Bolonha*, de Mário Azevedo, 10.^a Edição, e as orientações para elaboração de citações e referências bibliográficas da *American Psychological Association*, 7.^a edição.

2. REFLEXÃO

A unidade curricular, *A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*, regeu-se pelos objetivos e respetivos resultados de aprendizagem presentes no Guia da Unidade Curricular, assim como pelos objetivos definidos no Projeto Individual de Aprendizagem.

O Projeto foi elaborado no início do estágio e teve como objetivo geral: *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador*; e, como objetivos específicos: (1) *Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à Pessoa em Situação Crítica e sua família/cuidador, em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios* e (2) *Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, segurança do doente e otimização dos recursos humanos, através da proposta de implementação do Nursing Activities Score (NAS)*”.

Este estágio, além do alcance dos objetivos supracitados, pretendeu também contribuir para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Para cada objetivo do Projeto Individual de Aprendizagem foram definidas atividades e respetivas competências. No primeiro objetivo estão incluídos 2 grupos de atividades, encontrando-se no primeiro grupo as seguintes: (a) Conhecimento da estrutura, organização e dinâmica funcional da UCIPI; (b) Integração na equipa; (c) Conhecimento dos protocolos e procedimentos existentes; (d) Realização de pesquisas sobre a síntese das evidências disponíveis relativas às situações das Pessoas em Situação Crítica; (e) Reflexão sobre o processo de desenvolvimento de competências através da realização de 2 diários de bordo; (f) Realização da autoavaliação; (g) Promoção de momentos de *briefing* e *debriefing* com o orientador; e, (h) Construção do Portfólio de estágio.

No meu primeiro dia de estágio, dia 26 de abril, apresentei-me na UCIPI para realizar o turno da manhã, conforme combinado com o Enfermeiro Gestor. Neste dia, o Enfermeiro Gestor apresentou-me à Enfermeira Orientadora e a toda a equipa e, após a passagem de turno dos enfermeiros, efetuou a visita guiada pela Unidade, onde tive a oportunidade de conhecer a estrutura, organização e sua dinâmica funcional. Posto isto, foi efetuada a reunião de introdução ao estágio, momento em que entreguei o Guia da Unidade Curricular, apresentei os objetivos do estágio e a justificação da escolha da UCIPI como campo de estágio.

Constatei que a UCIPI é um espaço aberto, de pequenas dimensões, sem quartos de isolamento e com 6 unidades individuais, providas dos recursos materiais essenciais para garantir a monitorização, a administração de terapêutica e as técnicas necessárias. Todas as unidades estão preparadas para serem adicionados equipamentos para técnicas específicas (ex.: técnicas dialíticas, oxigenoterapia de alto fluxo e ventilação mecânica invasiva e não invasiva) e para exames complementares de diagnóstico e terapêutica (ex.: fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia e ecocardiograma transtorácico e transesofágico).

Esta unidade tem articulação com os diversos serviços do [REDACTED] e outros externos.

A equipa é multidisciplinar e, em conjunto, realiza, avalia e discute os planos de cuidados dos doentes. O enfermeiro é, na maioria das vezes, o elo com a família/cuidador.

O facto da UCIPI ser um espaço aberto, no qual o posto de trabalho de enfermagem ocupa uma posição central, tem como vantagens a observação direta e continuada de todos os doentes e a interajuda da equipa. No entanto, tal também tem desvantagens, nomeadamente: a falta de privacidade, o ruído, as distrações, as interrupções sucessivas da prestação de cuidados e períodos de descanso dos doentes e os conflitos relacionados com preferências (ex.: uma televisão para vários doentes, luminosidade e temperatura).

Durante a primeira semana fui informada sobre os critérios de admissão, serviços de proveniência, diagnósticos de enfermagem e médicos e procedimentos mais frequentes.

Os critérios de admissão são a idade (mais de 18 anos), a necessidade de monitorização e vigilância contínuas (invasiva ou não invasiva) e de terapêutica complexa e a disfunção e suporte orgânico. Ainda, existem procedimentos sobre critérios de admissão específicos de determinadas intervenções cirúrgicas (ex.: endarterectomia carotídea) e patologias médicas (ex.: pancreatite aguda).

A UCIPI é uma unidade polivalente, pelo que, de acordo com o dito anteriormente, e tendo em conta o quadro de *Classificação das Unidades de Cuidados Intensivos*, encontra-se no nível II de cuidados, que significa que “*tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais*” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 145).

Os serviços de proveniência são todos os serviços da instituição e, outros externos à mesma, por transferência de outros hospitais regionais, onde não existam determinadas especialidades médicas e cirúrgicas ou disponibilidade de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (ex.: neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia maxilofacial, cirurgia plástica, entre outras).

Tomei conhecimento da existência de protocolos e procedimentos específicos do serviço (ex.: cuidados de enfermagem no pós-operatório/intervenções específicas, avaliação da pressão intra-abdominal, avaliação da pressão intracraniana, início de dieta oral/entérica, administração de insulina regular, entre outras), os quais estão organizados num *dossier* e alguns afixados no posto de trabalho de enfermagem. Consultei-os, na primeira semana, e sempre que surgiram situações que o justificaram, para sustentar a tomada de decisão e fundamentar os cuidados.

O enunciado anteriormente ofereceu-me a possibilidade de realizar, antecipadamente, revisões de conteúdos lecionados e pesquisas sobre a síntese das evidências disponíveis, como forma de munir-me de conhecimento para fazer face à imprevisibilidade do contexto da UCIFI e característica da situação crítica.

Verifiquei que a prestação de cuidados pelos enfermeiros está organizada em acordo com o método individual de trabalho, o qual corresponde a uma abordagem de assistência total, onde um enfermeiro assume a responsabilidade pelos doentes que lhe são atribuídos no turno (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). Não obstante, a equipa tem espírito de interajuda, discutem os planos de cuidados e apoiam-se nos momentos de transição dos cuidados (ex.: admissões e altas), exames e em situações de urgência/emergência.

A distribuição dos enfermeiros é efetuada diariamente cumprindo o rácio definido pela instituição, 1:3, exceto nos turnos da manhã, em que habitualmente o rácio cumprido é 1:2. Esta distribuição tem por base a opinião dos enfermeiros e a noção de exigência de cuidados, a qual é subjetiva. Embora esteja instituído um instrumento de avaliação da carga de trabalho, o *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score* (NEMS), este não é utilizado como suporte para esta distribuição.

Em todos os turnos é destacado um enfermeiro como responsável de turno, geralmente o com mais tempo de experiência na UCIFI ou o Enfermeiro Especialista, ao qual é atribuída a responsabilidade pela tomada de decisões relacionadas com a gestão, na ausência do Enfermeiro Gestor.

O Enfermeiro Especialista é reconhecido pela equipa como o detentor de maior conhecimento técnico e científico e é recurso e referência em situações de maior complexidade e geradoras de dúvida.

No turno da manhã, em dias úteis, o Enfermeiro Gestor conta com o apoio do mesmo Enfermeiro, designado também por Responsável, nas atividades de gestão.

Foi-me concedida a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Gestor e ficar a conhecer o seu trabalho: a gestão de recursos humanos e materiais, a gestão de vagas e outras

atividades relacionadas com a gestão do serviço. Estas atividades têm implicações diretas em toda a dinâmica de funcionamento do serviço e na prestação de cuidados.

A minha integração na equipa foi facilitada pela orientadora e Enfermeiro Gestor, que me acolheram e apresentaram a toda a equipa, estimularam a minha participação e autonomia e apelaram à partilha de saberes. A iniciativa e a procura contínua de novas aprendizagens permitiram a interação e colaboração nas atividades. A assertividade e o respeito demonstrados contribuíram para o desenvolvimento da confiança. Estes foram aspetos fundamentais para o trabalho em equipa multiprofissional e para tomada de decisão em equipa.

O sistema de informação utilizado é o *Clinical Information System For Patient Critical Care* (PICIS). Na minha opinião é um sistema objetivo, intuitivo, de rápido preenchimento, que permite ter uma visão abrangente do doente e é utilizado pela equipa como um guia orientador para as passagens de turno. Tive a possibilidade de o utilizar para registos de enfermagem e para transmitir a informação nas passagens de turno, sob supervisão da orientadora.

No estágio surgiram situações desconhecidas e outras em que necessitei de aprofundar conhecimentos. Para tal, efetuei pesquisas bibliográficas e demonstrei interesse em explorá-las, através de *briefing* e *debriefing* com o orientador e, por vezes, com a equipa de enfermagem, da leitura dos registos e da procura de informação, através do próprio doente e família/cuidador.

Os momentos de *briefing* e *debriefing* e os momentos de autoavaliação realizados, demonstraram-se essenciais na identificação das minhas próprias necessidades, permitindo consciencializar-me sobre a minha identidade profissional e desenvolver estratégias facilitadoras da minha adaptação à UCIP: (a) anotações na passagem de turno; (b) tempo para planeamento das atividades de enfermagem durante o turno; (c) discussão das decisões sobre planeamento e intervenções de enfermagem com o orientador; (d) anotações das intercorrências, avaliações e reavaliações durante o turno; (e) uso de cores diferentes para identificar as horas da terapêutica na folha de terapêutica impressa; (f) procura de *feedback*; (g) realização de questões em caso de dúvidas; (h) discussão dos casos dos doentes; (i) colaboração na prestação de cuidados em equipa; (j) exploração do sistema de informação PICIS; e (h) delegação de tarefas.

Realizei reflexões, através de 2 diários de bordo, sobre o meu desempenho e processo de desenvolvimento de competências; autoavaliações; e construí um Portfólio, em suporte informático, o qual reúne as pesquisas efetuadas e os documentos elaborados no estágio.

As atividades descritas e as estratégias encontradas para facilitar a minha adaptação ao contexto de estágio permitiram alcançar as competências comuns do Enfermeiro Especialista: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, ambas do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4749-4750).

No seguimento do mesmo objetivo específico, o segundo grupo de atividade integra: (a) Definição e implementação do plano de cuidados; (b) Definição e gestão de prioridades; (c) Colaboração em procedimentos técnicos; (d) Monitorização e avaliação da Pessoa em Situação Crítica; (e) Identificação de sinais precoces de deterioração fisiológica e atuação sobre os mesmos de forma antecipada; (f) Atuação em situações de emergência, de acordo com os protocolos (ex.: Suporte Avançado de Vida); (g) Administração e gestão de protocolos terapêuticos do serviço (ex.: perfusões específicas de fármacos); (h) Gestão da dor e do bem-estar da Pessoa em Situação Crítica nas suas várias dimensões; (i) Promoção da relação terapêutica com a Pessoa em Situação Crítica e família/cuidador.

O estágio proporcionou-me um leque de oportunidades de aprendizagens enriquecedoras do *saber saber, saber fazer, saber estar e saber ser*, numa perspetiva académica e profissional avançada.

As experiências vivenciadas obrigaram-me a mobilizar conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos em contexto académico e profissional, e à procura incessante de novos conhecimentos, com vista à prestação de cuidados de enfermagem adequados e com qualidade. Estas experiências geraram momentos de partilha de conhecimentos e discussões com a orientadora para tomada de decisões e delineamento de estratégias (ex.: estratégias para desmame de terapêutica e para comunicar com a família).

Tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas, maioritariamente conscientes, em ventilação espontânea, com dependência no autocuidado e necessidade de vigilância e monitorização contínuas, pela situação de doença atual, e com problemas do foro médico e cirúrgico: choque séptico com disfunção orgânica/multiorgânica, infeções agudas com disfunções orgânicas por doença crónicas (ex.: insuficiência cardíaca descompensada, doença pulmonar obstrutiva crónica e enfarte agudo do miocárdio tipo II), edema agudo do pulmão de causa hipertensiva, choque cardiogénico, traumatismo vertebromedular, traumatismo abdominal secundário a trauma, pós-operatórios de cirurgias *major* (ex.: duodenopancreatectomia, gastrectomia radical e toracotomia), complicações

intraoperatórias (ex.: peri-paragem e alterações hemodinâmicas) e intervenções hemodinâmicas específicas (ex.: tratamento endovascular de patologia da aorta torácica).

Para cada doente atribuído foi realizado o processo de enfermagem, onde defini o plano de cuidados a implementar, de acordo com a situação individual, informação obtida através das diversas fontes de informação e conhecimento científico.

Ao longo dos turnos, os planos de cuidados foram reajustados, em função dos acontecimentos, dos dados da monitorização e da avaliação e identificação de necessidades mais prementes.

A monitorização é o aspeto fundamental na UCIPI, estando todos os doentes com monitorização contínua de sinais vitais (não invasiva e invasiva), eletrocardiograma, volume urinário e balanço hídrico. A esta monitorização tecnológica acresce a monitorização e a avaliação que só é possível humanamente, onde o enfermeiro tem destaque através da observação contínua, contínua colheita de dados, por entrevista e exame físico, e interpretação crítica sustentada por conhecimento interdisciplinar, experiência profissional e constante relação entre a situação atual da pessoa, seus antecedentes pessoais, tratamento instituído e respostas a esse tratamento. O dito anteriormente, é entendido como competência específica do Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os dados, recolhidos pelo enfermeiro, são os indicadores das necessidades e respostas da Pessoa em Situação Crítica, sendo através da sua interpretação possível identificar sinais precoces de deterioração fisiológica e atuar em tempo útil. O conhecimento em Enfermagem e sobre as várias áreas das Ciências da Saúde são uma arma do enfermeiro na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

No âmbito da prestação de cuidados, fui capaz de detetar sinais sugestivos de alterações fisiológicas, através da avaliação da pessoa e dos dados da monitorização; de atuar sobre os mesmos e de prever complicações. A discussão dos casos com a orientadora foi uma forma de prever complicações e de as contemplar no plano de cuidados. A articulação com a equipa médica proporcionou a discussão do plano de tratamento e o encaminhamento, sempre que as situações ultrapassaram o meu âmbito de competência.

A dinâmica funcional da UCIPI e as situações das pessoas admitidas exigiram a gestão dos cuidados e a definição de prioridades. Para tal foram utilizados critérios: (a) identificação de necessidades prioritárias de acordo com a metodologia ABDCE; (b) critério importante/urgente; (c) horário das atividades programadas e articulação com outros serviços e profissionais de saúde (ex.: exames complementares de diagnóstico e terapêutica,

observação médica, reabilitação, terapia da fala, entre outros); (d) as preferências das pessoas; e (e) horários definidos no serviço (ex.: cuidados de higiene, refeições e visitas). Estes critérios foram discutidos com orientadora e aceites as suas sugestões quando a minha gestão contemplou critérios menos adequados no momento da decisão.

As avaliações aos doentes foram efetuadas de forma completa, fundamentadas nas informações provenientes das diversas fontes de informação de saúde (ex.: doente, família, observação, monitorização, exames complementares de diagnóstico e terapêutica, entre outras) e na evidência científica. O PICIS foi importante, na medida em que permitiu uma linha orientadora para organizar, documentar e transmitir as avaliações efetuadas.

As situações das pessoas exigiram a realização de procedimentos e técnicas específicas, a gestão de terapêutica complexa e a prestação de cuidados de enfermagem qualificados, com o intuito de responder atempadamente e adequadamente às necessidades fisiológicas, de manter funções vitais, de prevenir complicações, de limitar incapacidades e de recuperação total, como consta no *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Tive a oportunidade de realizar procedimentos técnicos de enfermagem, de colaborar em procedimentos médicos (ex.: colocação de cateteres arteriais e venosos centrais) e de prestar cuidados a doentes com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo, ventilação mecânica não invasiva e invasiva. Ressalvo a importância da preparação e organização do material como forma de facilitar e reduzir o tempo dos procedimentos e, assim o desconforto às pessoas; da monitorização e vigilância pelas alterações fisiológicas que podem surgir; da comunicação para manter a pessoa esclarecida e promover a sua participação e colaboração; e do cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), bem como das específicas de cada procedimento, uma vez que a necessidade de procedimentos invasivos acresce o risco de desenvolver infeções associadas aos cuidados de saúde.

Foi-me permitida, em colaboração com a orientadora, a gestão de fármacos complexos, como vasoativos e sedoanalgesia, para objetivos definidos, assim como a gestão de fármacos, de acordo com protocolos específicos (ex.: perfusão de insulina regular). Esta gestão permitiu-me compreender os efeitos destes medicamentos a nível fisiológico e a responsabilidade do enfermeiro inerente à autonomia na gestão.

Além da prestação de cuidados direta, tive a oportunidade de colaborar nos transportes intra-hospitalares, admissões e transferências/altas. O transporte intra-hospitalar é assegurado pela equipa da unidade, salvo exceções. Saliento a importância da certificação

do equipamento e material necessário para responder a situações de deterioração fisiológica durante o transporte.

As admissões são, na sua maioria, não programadas e as programadas correspondem a pós-operatórios imediatos de cirurgias *major*.

As transferências/altas da unidade são maioritariamente para a Unidade de Cuidados Intensivos, por necessidade de suporte orgânico por falência de órgão (ex.: necessidade de ventilação mecânica invasiva e técnicas dialíticas), para o Bloco Operatório e para as enfermarias, para continuidade de cuidados, por melhoria da situação clínica.

A identificação da escala de avaliação da dor faz parte dos procedimentos obrigatórios na admissão do doente. Assim sendo, identifiquei a escala mais adequada e procedi à sua substituição mediante alteração do seu estado; avaliei a dor e defini estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, para alívio da mesma.

Tendo em conta o carácter agudo das situações e a necessidade de atuação atempada, a administração de fármacos prevaleceu sobretudo na dor relacionada a intervenções cirúrgicas, mas a massagem, a alternância decúbito, adoção de posição de conforto, distração com televisão e música (auscultadores), a aplicação de frio e a ingestão de líquidos frios, em particular na odinofagia, revelaram-se medidas complementares e eficazes.

A identificação da pessoa de referência, o acolhimento ao familiar/cuidador e o serviço de capelania são outros dos procedimentos obrigatórios na admissão, os quais tive o cuidado de atender. O acolhimento à família foi realizado na primeira visita, antes da entrada no serviço. Neste foi entregue o guia de acolhimento, explicada a situação do familiar e a dinâmica do serviço, como forma de preparar o primeiro encontro.

Estabeleci a relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador, como suporte para a prestação de cuidados e para o processo de transição saúde-doença, provocado pela situação de doença crítica. Para tal, apresentei-me e utilizei estratégias de comunicação, como a empatia, demonstrando compreensão pela situação e suas implicações na vida própria e familiar, procurando facilitar o processo de transição; atendi às necessidades de informação e desmistifiquei dúvidas; promovi a participação nos cuidados, na medida do possível; e respeitei a individualidade de cada um, as convicções e crenças. Permiti a expressão da religião, tal como é prática da equipa da UCIPI, através permissão de símbolos religiosos junto aos doentes e nas unidades individuais.

O horário de visitas em vigor, corresponde a 2 períodos de 30 minutos por dia, salvo exceções. Do que observei, corresponde a um fator de *stress* para os doentes e famílias/cuidadores pelo curto período de tempo, gestão familiar, horário coincidente com o

laboral e número de atividades que pretendem atender durante a visita. Esta situação serviu para reflexão pessoal, embora partilhada com elementos da equipa e com a orientadora, tratando-se de uma questão de cariz sensível e com necessidade de uma abordagem mais dedicada.

A necessidade de um horário de visitas mais limitado é justificada, assim como o número de visitas por doente, pois a rotatividade de doentes para a realização de exames, admissões e altas é elevada e as dimensões da UCIPI e a privacidade uma dificuldade, o que limita o número de pessoas na unidade. Uma estratégia sugerida foi a definição de horários diferentes por visitas.

No entanto, apesar do horário estipulado, existe sensibilidade para permitir a permanência das visitas por mais tempo e a entrada de mais pessoas, sempre que a dinâmica funcional do serviço o possibilita.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” e “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, pp. 19363-19634). Além destas competências, contribuíram também para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da melhoria contínua da qualidade: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro”; do domínio da gestão dos cuidados: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”; e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4747-4750).

A existência de um instrumento de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, o NEMS, que a meu ver não reflete as atividades dos enfermeiros na UCIPI, foi algo que

chamou a minha atenção e tornou-se alvo de reflexão, sendo a origem do segundo objetivo específico do Projeto Individual de Aprendizagem.

O NAS, mais recente instrumento de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Cuidados Intensivos, validado para Portugal desde 2017, cuja evidência científica continua a demonstrar a sua aplicabilidade e adequação, confere uma maior representatividade às atividades de enfermagem, traduzindo 80,8% destas, numa percentagem de tempo consumido, resultante da prestação de cuidados diretos e indiretos, de funções autónomas e interdependentes (Bernardino, 2020; Macedo *et al.*, 2021).

Neste sentido, tendo em conta que a UCIPI integra o Serviço de Medicina Intensiva e enquadra-se no nível II de cuidados da *Classificação das Unidades de Cuidados Intensivos*, considerei o NAS, mais adequado para a avaliação da carga de trabalho (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Acredito que a sua efetiva implementação poderá contribuir para evidenciar as atividades de enfermagem, a carga de trabalho dos enfermeiros, otimizar recursos humanos e adequar rácios, tendo como foco a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros aconselha a utilização de instrumentos cientificamente aceites para a avaliação da carga de trabalho, sendo exemplo o NAS (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para a Ordem dos Enfermeiros “a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação”, pois só assim é possível garantir a “prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, contribuindo assim para um sistema de saúde mais eficiente e melhor capacitado para responder às necessidades da população” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 184).

Refletindo sobre as recomendações para as *Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, em cuidados de nível II, o rácio recomendado é 1:2, diferente do definido pela Instituição. Na UCIPI, embora nos turnos da manhã e tarde durante a semana, esteja assegurado um rácio 1:2, aos finais de semana, feriados e nos turnos da noite, este não é cumprido.

A recomendação da Ordem dos Enfermeiros de existir 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica, em permanência durante 24 horas, também não se verifica. Da equipa fazem parte dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, distribuídos por horário rotativo (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Assim, para dar resposta ao segundo objetivo específico, as atividades desenvolvidas foram: (a) avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros através da aplicação do NEMS e do NAS durante 4 turnos; (b) comparação dos resultados obtidos com a aplicação dos 2 instrumentos; e (c) apresentação do NAS e divulgação dos resultados obtidos com a aplicação dos 2 instrumentos através de momentos formativos. Para o efeito foi realizada a abordagem do instrumento NAS em momentos formativos durante os turnos e, no dia 1 de junho, numa sessão formativa, com recurso ao *Microsoft PowerPoint*.

Atendendo ao supracitado e da análise efetuada da aplicação do instrumento, conclui que: (a) as atividades do NAS adequam-se às da UCUPI, exceto a atividade 14; (b) das 23 atividades, 15 foram atividades frequentes nos dias de aplicação do NAS; (c) as horas de cuidados e percentagens de tempo consumido obtidas pela aplicação do NAS foram superiores às obtidas no NEMS, por as atividades do NAS estarem mais adequadas ao contexto da UCUPI; (d) de acordo com o *score* NAS obtido, o rácio adequado foi sempre 1:2 para os 4 turnos, enquanto que no NEMS obteve-se 1:3 em 2 dos turnos; (e) a distribuição dos enfermeiros poderá ser melhorada, de forma a otimizar o tempo, a assegurar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, bem como a satisfação dos próprios profissionais de saúde e dos doentes/familiares.

Mediante a apresentação da proposta de implementação do NAS e dos resultados da sua aplicação, o Enfermeiro Gestor argumentou a impossibilidade de adesão imediata, por a sua implementação depender da aprovação do Serviço de Medicina Intensiva e da Administração Hospitalar e, posteriormente, da possibilidade de inclusão no PICIS.

Em suma, este objetivo e respetivas atividades permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do domínio da melhoria contínua da qualidade: “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico seguro”; do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” e do domínio da gestão dos cuidados: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4747-4750).

Efetuando uma análise do meu desempenho, além do Projeto Individual de Aprendizagem, na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua

família/cuidador, agi em conformidade com a prática profissional, ética e legal e tomei decisões no planeamento e execução dos cuidados, com base na *Deontologia Profissional de Enfermagem*, no *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*, na legislação, nas normas, nas regras, na síntese da evidência científica e nos aspetos individuais e preferências dos doentes e família, procurando a sua satisfação e bem-estar. Respeitei os direitos humanos, constantes na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, mantive as pessoas informadas sobre o plano de cuidados, procurei obter o consentimento, assegurei a confidencialidade da informação e promovi a participação nos cuidados, o direito à escolha, à autodeterminação e à privacidade.

Atendendo ao facto da UCIPI ser um espaço aberto, são muitos os estímulos que interferem no bem-estar do doente. Tive o cuidado de usar um tom de voz adequado, de recorrer ao uso de biombos, da exposição corporal mínima e de atender a fatores de distração, como o uso da TV e música.

Analisei e refleti sobre os meus atos procurando as melhores práticas e geri situações comprometedoras para os doentes e famílias. Assumi as responsabilidades profissionais, responsabilizando-me pelos meus atos e tarefas delegadas; reconhecendo os limites do meu papel, âmbito de competência e limitações enquanto enfermeira em processo de especialização; admitindo situações desconhecidas e geradoras de dúvidas e/ou insegurança; consultando a orientadora sempre que necessário e procedendo ao encaminhando para outros enfermeiros (ex.: Enfermeiro Especialista em Reabilitação ou enfermeiro responsável pelo doente), profissionais e organizações, quando as situações ultrapassaram o âmbito da minha competência e possibilidade de atuação.

O dito anteriormente vai de encontro às competências comuns do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Ainda, no campo da prestação de cuidados, deleguei tarefas, as quais tive o cuidado de certificar que foram cumpridas. No entanto, este é um aspeto que necessito melhorar, por a ausência de delegação comprometer a minha gestão de tempo.

Esforcei-me por promover um ambiente seguro, atuando de forma a prevenir a ocorrência de erros ou danos, através da comunicação de alertas, identificação inequívoca da

terapêutica, recorrendo ao uso de cores para distinguir terapêutica e horário de administração, questionando sempre que surgiram dúvidas sobre prescrições, mantendo a orientadora a par das atividades realizadas e avaliações efetuadas e informando o médico ou outros profissionais sobre alterações detetadas.

Cooperei com a restante equipa de enfermagem, embora estivesse mais focada na prestação de cuidados aos doentes que me foram atribuídos.

O descrito acima reforça as competências comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da melhoria contínua da qualidade: “Garante um ambiente terapêutico e seguro”; e do domínio da gestão dos cuidados: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4747-4748).

A prevenção e o controlo de infeção foram uma preocupação demonstrada, desde o primeiro contacto com o contexto de estágio, pelo risco de infeção cruzada, inexistência de quartos de isolamento, proximidade das unidades individuais e necessidade de inúmeros dispositivos e procedimentos invasivos para diagnóstico e tratamento.

O cumprimento das PBCI é basilar e foi algo que tive o cuidado de atender. Existe particular atenção, por parte da equipa, na identificação dos doentes infetados através da colocação de alertas nas unidades com o tipo de microrganismo e via de transmissão, assim como, com a individualização de material e/ou equipamento, uma vez que, tendo em conta a estrutura da UCIPI e a alta rotatividade de doentes, existe dificuldade na recolocação e, perante o risco de contágio há necessidade de isolamento em *coorte*, o que obriga a desativar unidades ou à transferência para serviços com quarto individual. Estes foram aspetos que também tive em consideração na minha prática.

Durante o período de estágio, no âmbito do Programa Nacional «*Stop Infeção Hospitalar 2.0!*», decorreu na instituição a atualização dos procedimentos e a divulgação dos feixes de intervenção, emanados pela Direção-Geral da Saúde (DGS), para prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, da infeção relacionada com o cateter venoso central, da pneumonia associada à intubação e da infeção do local cirúrgico. Neste sentido, foi efetuado um apelo aos serviços pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências a Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), para incluir estes temas como necessidades formativas e serem replicados momentos formativos, por forma a garantir a sua divulgação e uniformização dos procedimentos.

Sendo uma necessidade formativa, área de interesse e uma oportunidade de contribuir e desenvolver competências especializadas em *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, foi sugerida a realização de um momento formativo, em colaboração com a Enfermeira Orientadora, responsável pela área da formação em serviço, e em articulação com o GCL-PPCIRA e o elo de ligação no serviço.

Foi efetuada a divulgação da formação, *Prevenção das infeções associados aos cuidados de saúde*, a qual foi concretizada a 1 de junho. Esta contou com a participação de 50% dos enfermeiros da UCIPI e com o Enfermeiro Gestor, e foi um momento de partilha de conhecimentos, discussão de aspetos a melhorar e comportamentos a adotar para uniformizar práticas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e ao aumento da segurança do doente, visitas e profissionais de saúde.

O dito anteriormente contribuiu para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista dos domínios da melhoria contínua da qualidade: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro”; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4747-4750). Contribuiu, igualmente, para a competência específica em *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*: “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

Não surgiram situações de emergência, exceção e catástrofe durante o estágio, pelo que a competência específica “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”, não se aplicou (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359). A vigilância contínua, através da observação, e a monitorização foram importantes contributos na identificação precoce de sinais de instabilidade, permitindo a atuação imediata e a prevenção de complicações, como previsto no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, da Ordem dos Enfermeiros. Posso referir que me certifiquei da localização e operacionalidade do carro de urgência e restantes equipamentos necessários numa situação de urgência/emergência; do equipamento necessário para a realização dos transportes intra-

hospitalares; e por conhecer a localização e a organização do Plano de Emergência Hospitalar, Interno e Externo. O *briefing* com a Enfermeira Orientadora, para discutir as situações das pessoas, realizar o plano de cuidados e prever complicações, foi importante para projetar a atuação em caso de emergência, nomeadamente as funções a assumir e a organização das unidades.

3. CONCLUSÃO

Este estágio proporcionou-me um leque de experiências desafiadoras, numa perspetiva académica e profissional avançada, as quais permitiram-me alcançar os objetivos e respetivos resultados de aprendizagem do Guia da Unidade Curricular, bem como, os objetivos a que me propôs no Projeto Individual de Aprendizagem.

Assim, e de acordo com o supracitado, afirmo que consegui adquirir e desenvolver as competências científicas, técnicas e humanas, reconhecidas ao Enfermeiro Especialista, para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação de doença crítica e sua família/cuidador.

Concluo que este estágio permitiu-me compreender a importância da monitorização e avaliação do doente, da gestão da terapêutica, do trabalho em equipa, da relação enfermeiro-doente-família/cuidador, bem como, reconhecer as implicações emocionais da doença aguda e crítica no doente e sua família/cuidador.

Comprometo-me a continuar a percorrer este caminho, que se tem demonstrado enriquecedor de saberes, na procura do contínuo desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, determinadas pela Ordem dos Enfermeiros, com vista à excelência do meu exercício profissional, à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e à segurança do doente.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Bernardino, A. (2020). Carga de trabalho de enfermagem. Em J. Pinho (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp.124-133). Lidel. ISBN 978-989-752-419-6
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(01), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4540>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva* [Parecer n.º 15/2018]. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 2018-07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 184, Série II de 2019-09-25. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ventura-Silva, J. M. A., Da Silva Martins, M. M. F. P., De Lima Trindade, L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

APÊNDICE G

Formação em Serviço Realizada no Estágio de Serviço
de Urgência

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO
PLANO DE AÇÃO**

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

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

Objetivos	Conteúdos	Preletores	Metodologia	Material de apoio	Avaliação
<p>Geral: Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, segurança do doente e otimização dos recursos humanos no âmbito das necessidades formativas do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referir o objetivo da Equipa de Emergência Intra-hospitalar; - Enunciar os ganhos em saúde com a criação e implementação de Equipas de Emergência Intra-hospitalar; -Enumerar as necessidades formativas do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar; -Descrever as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar. 	<p>Equipa de Emergência Intra-hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivo; - Contextualização; - Necessidades formativas do enfermeiro; - Competências do enfermeiro. 	Lisete Pereira	Expositiva/Participativa	<p>Computador</p> <p>Projetor de imagem</p>	<p>Formativa</p>

EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR

Necessidades Formativas do Enfermeiro

Mestranda: Lisete Pereira
Enfermeiro orientador: [REDACTED]

Ponta Delgada, 18 de outubro de 2023

OBJETIVOS



OBJETIVO GERAL: Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, segurança do doente e otimização dos recursos humanos no âmbito das necessidades formativas do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Referir o objetivo da Equipa de Emergência Intra-hospitalar;
- Enunciar os ganhos em saúde com a criação e implementação de Equipas de Emergência Intra-hospitalar;
- Enumerar as necessidades formativas do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar;
- Descrever as competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.

Fonte da imagem: <https://reemid.com.br/time-respada-urgida/>

SUMÁRIO



- Introdução
- Equipa de Emergência Intra-hospitalar: Objetivo e Contextualização
- Necessidades formativas do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar
- Competências do enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar.
- Conclusão
- Referências bibliográficas

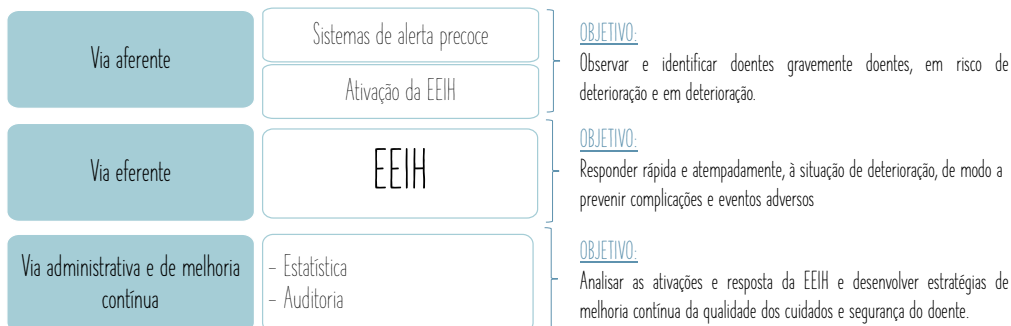
Fonte da imagem: <https://recomed.com.br/time-resposta-rapida/>

INTRODUÇÃO

As Equipas de Emergência Intra-hospitalares (EEIH) integram Sistemas de Resposta Rápida (SRR) e correspondem a uma Estratégia de Segurança do Doente e Qualidade em Saúde.

(Despacho n.º 9390/2021, 2021; Chalwin et al., 2020)

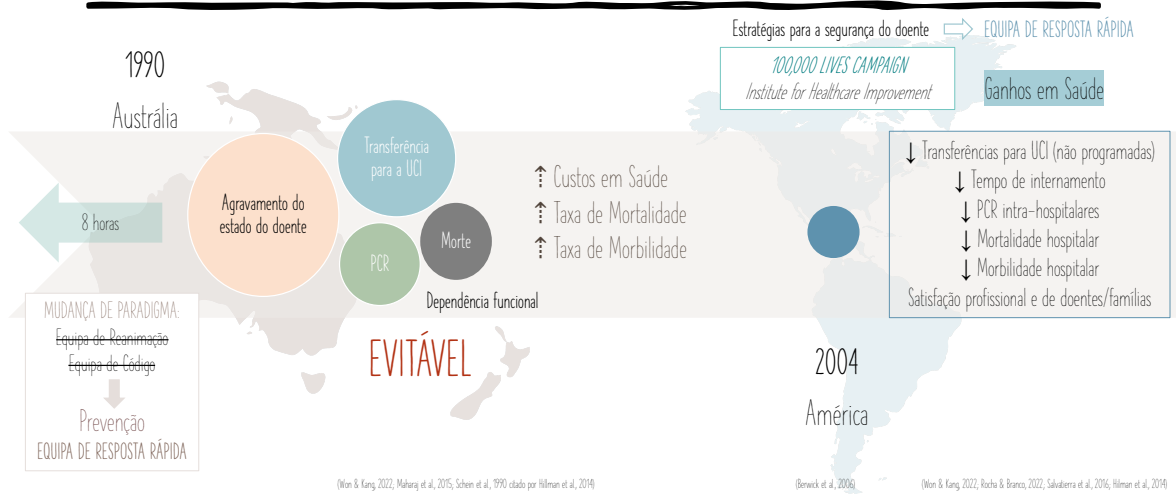
Sistema de Resposta Rápida



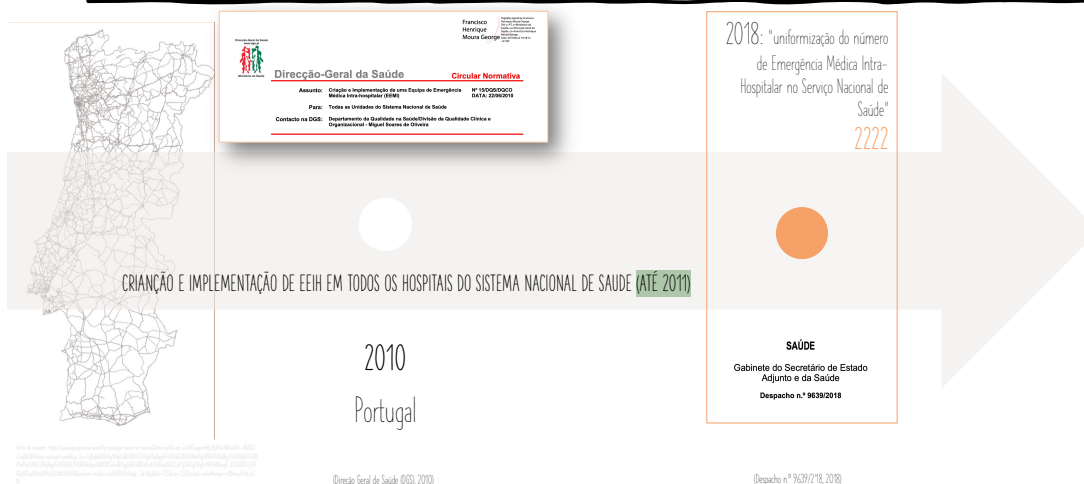
(Winters et al., 2013)

(Fischer et al., 2021; Lissa et al., 2020; Olson et al., 2019; Moreira et al., 2018; Maharg et al., 2015; Hilman et al., 2014)

EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR: Contextualização



EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR: Contextualização



EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR: **A**EQUIPA



Equipa de Emergência Médica (MET)
Equipa de Resposta Rápida (RRT)

variável

Médico

Enfermeiro

Terapeuta respiratório

Emergência e Cuidados intensivos



Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

Médico

Enfermeiro

Competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação e, preferencialmente, formação em emergência e cuidados intensivos (65, 2018)

Meio intra-hospitalar

Levar conhecimentos e competências para cuidados críticos a **onde o doente se encontra**, de forma atempada, para evitar efeitos adversos

Moreira et al., 2018

EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR: **O** ENFERMEIRO

Os enfermeiros são os membros mais indispensáveis.

(Wang & Zheng, 2009) citado por Yuan et al., 2022

SER ENFERMEIRO NESTA EQUIPA É PROFISSIONALMENTE COMPLEXO E É NECESSÁRIO UM
PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL E PROFISSIONAL

(Burkenberg et al., 2022)

São necessárias "competências profissionais de prática avançada, tais como conhecimentos avançados, competências clínicas e capacidades de comunicação"

(McNeil et al., 2019) citado por Worn & Kang, 2022

PESQUISA NAS BASES DE DADOS: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DA EEIH



Competências:
 "conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção"
 Regulamento n.º 190/2015, 2015

Competências clínicas especializadas (comuns e específicas):
 "conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção"
 Regulamento n.º 140/2019, 2019

NECESSIDADES FORMATIVAS DO ENFERMEIRO DA EEIH

New Education Today 67 (2018) 77-82

Contents lists available at ScienceDirect

Nurse Education Today

ELSEVIER journal homepage: www.elsevier.com/locate/med

What nurses involved in a Medical Emergency Teams consider the most vital areas of knowledge and skill when delivering care to the deteriorating ward patient. A nurse-oriented curriculum development project

Judy Currey^a, Debbie Massey^{b,c}, Josh Allen^d, Daryl Jones^e

^aSchool of Nursing and Midwifery and Centre for Quality and Patient Safety Research, Deakin University, Geelong, Victoria 3222, Australia
^bSchool of Nursing, Midwifery and Paramedicine, University of the Sunshine Coast, Coast Range, Maroochydore QLD, Queensland 4570, Australia
^cAcute Health, A/Prof School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Monash A/Prof Department of Surgery, University of Melbourne, Austin Hospital, 146 Studley Rd, Heidelberg, VIC 3089, Melbourne, Australia

Original Article

Competency expectations of nurses in rapid response teams: an interview-based qualitative study

Xia Yuan^{1,2}, Shenmin Wan¹, Yihong Chen², Wei Qin²

¹School of Nursing, Fudan University, Shanghai, China; ²Zhongshan Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai, China

Contributions: (I) Conception and design: X Yuan; (II) Administrative support: Y Chen, W Qin; (III) Provision of study materials or patients: W Qin; (IV) Collection and assembly of data: X Yuan; (V) Data analysis and interpretation: X Yuan, S Wan; (VI) Manuscript writing: All authors; (VII) Final approval of manuscript: All authors.

Correspondence to: Yihong Chen, Wei Qin, Zhongshan Hospital Affiliated to Fudan University, 180 Fenglin Road, Shanghai 200012, China. Email: chen.yihong@zhs-hospital.cn; qin.w@zhs-hospital.sh.cn

Francisco Henrique Moura George

Direção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEM) Nº 15/DGS/DGCO DATA: 22/06/2019

Para: Todas as Unidades do Sistema Nacional de Saúde

Contacto na DGS: Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional - Miguel Soares de Oliveira

PORTUGAL

NECESSIDADES FORMATIVAS DO ENFERMEIRO DA EEIH



OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÕES	
Identificar os conteúdos curriculares necessários para que os enfermeiros reconheçam e respondam à deterioração clínica do doente e sejam um membro do MET.	<p>Conhecimentos gerais em Ciências da Saúde (ênfase na doença crítica e deterioração fisiológica);</p> <p>Conhecimentos para a prática clínica (avaliação, triagem, diagnóstico, intervenções MET, suporte avançado de vida, ventilação, equipamentos e tecnologia, farmacologia, gestão de terapêutica de acordo com o estado hemodinâmico, documentação e comunicação);</p> <p>Conhecimentos específicos em determinadas áreas;</p> <p>Conhecimento do SRR, legislação e dimensões éticas (cuidados paliativos).</p>	<p>Competências cognitivas (pensamento e raciocínio diagnóstico);</p> <p>Competências psicomotoras (abordagem ao doente, transporte, transição de cuidados, práticas seguras, intervenções e procedimentos técnicos (ex.: suporte avançado de vida, ventilação, tecnologia, entre outros);</p> <p>Competências em áreas especializadas;</p> <p>Competências de liderança, comunicação (escutar, empatia, comunicar, ISBAR e debriefing) e tomada de decisão.</p>	<p>Área de conhecimento especializada e distinta ("teoria da deterioração clínica");</p> <p>Educação fundamental no reconhecimento e resposta à deterioração para enfermeiros com formação universitária e cursos de curta duração</p> <p>"desempenho (...) além do esperado dos enfermeiros de clínica geral"</p> <p>"currículos de pós-graduação e não de licenciatura"</p> <p>(Garry et al., 2018, p. 83)</p>
Compreender as expectativas dos membros não enfermeiros da RRT sobre quais devem ser as competências dos enfermeiros dessa Equipa e fornecer uma base para a formação e avaliação dos enfermeiros da RRT.	<p>Conhecimentos de enfermagem;</p> <p>Conhecimentos médicos básicos (interpretação de exames);</p> <p>Conhecimento do SRR.</p>	<p>Competências para a prática profissional (capacidade de reação rápida, capacidade de avaliação (pensamento crítico) e competências em primeiros socorros e avançadas de reanimação);</p> <p>Competência de comunicação (transmissão rápida, precisa e eficaz);</p> <p>Capacidade de concentração e espírito cooperativo e de grupo (trabalhar em equipa).</p>	<p>Reforçar a formação;</p> <p>Competências para a prática profissional;</p> <p>Elevados requisitos de comunicação</p> <p>"conhecimento teórico profissional é a pedra angular da competência do enfermeiro da ERR"</p> <p>(Forn et al., 2022, p. 2040)</p>

NECESSIDADES FORMATIVAS DO ENFERMEIRO DA EEIH

Direção-Geral da Saúde | Conselho Normativo

 Rua do Carmo, 104 | 1200-016 Lisboa | Portugal

 Tel: +351 21 394 1000 | Fax: +351 21 394 1001

 Email: dgs@dgges.gov.pt | www.dgges.gov.pt

4. ACÇÕES PÓS-REANIMAÇÃO

No período pós-reanimação devem ser verificadas quais as necessidades do doente, nomeadamente qual o nível de cuidados/monitorização que o doente requer. A EEMI deverá, tão cedo quanto possível, assegurar o ingresso no local mais adequado para o doente. Se não existir, no Hospital, vaga para esse doente, deverá ser promovido transporte inter-hospitalar em condições adequadas para unidade clínica de outro hospital, capaz de fornecer o nível de cuidados que o doente necessita.

TRANSPORTE DO DOENTE

2. RECURSOS HUMANOS - EXISTÊNCIA DE UMA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA¹¹

Cada Hospital deverá, de acordo com a sua organização interna e os recursos disponíveis, assegurar a existência, 24 horas por dia, 365 dias/ano, de uma EEMI¹². Esta deve ser constituída por um Médico e um Enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação e, preferencialmente, formação em emergência/intensivismo.¹³

A resposta às eventuais necessidades da população pediátrica internada também tem que ser assegurada¹⁴. O modelo de organização das equipas de cada Unidade de Saúde dependerá, entre outros, da dimensão das suas enfermarias pediátricas, sendo, no entanto, obrigatório que os elementos que respondam a esta faixa etária tenham formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico¹⁵.

ABORDAGEM AVANÇADA DA VIA AÉREA

6. EQUIPAMENTO/ MATERIAL

TODAS as áreas de internamento devem ter acesso fácil e imediato a equipamento, material e fármacos de emergência. Este deve estar organizado e acondicionado de forma padronizada ("carro de emergência") em toda a Unidade de Saúde^{15,19,20}.

A EEMI deve transportar sempre consigo, além do material de comunicação, material de via aérea, material de acesso endovascular, fármacos de emergência e um monitor/desfibrilhador.

EQUIPAMENTOS/CARROS DE URGÊNCIA

(internamento)

7. FORMAÇÃO

TODOS os profissionais da Unidade de Saúde devem ter formação em Suporte Básico de Vida, em monitorização clínica, em critérios de activação da EEMI e no seu papel no funcionamento do sistema e em implementação de medidas iniciais de reanimação²¹.

O elemento Médico da EEMI deve ter, no mínimo, formação em Suporte Avançado de Vida¹⁵. Recomenda-se que tenha ainda formação em emergência/intensivismo (curso do tipo do *Fundamental Critical Care Support - FCCS*, da Sociedade Portuguesa de Medicina Intensiva).

O elemento Enfermeiro da EEMI deve ter, no mínimo, formação em Suporte Imediato de Vida (preferencialmente formação em Suporte Avançado de Vida)¹⁵.

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA

(ADULTO E PEDIÁTRIA)

NECESSIDADES FORMATIVAS DO ENFERMEIRO DA EEIH

Assim, com base nesta norma, é de ter em conta não só a necessidade de criação e implementação de Equipas de Emergência Intra-Hospitalares na prestação de cuidados a doentes em estado crítico, mas também a **motivação**, por considerarmos que esta temática possa contribuir para a **visibilidade da autonomia, responsabilidade e qualificação no processo de cuidar do doente crítica**, pelos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica no domínio da pessoa em situação crítica como está definido nas suas competências específicas, já descritas acima (Regulamento n.º 124/2011, OE).

3. CONCLUSÃO

Pelo exposto verificamos que o profissional com melhor **formação** para integrar Equipas de transportes de doente críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica. Assim, a Mesa do Colégio de Especialidade Médico-Cirúrgica faz o apelo às Instituições de Saúde, no sentido de valorizarem a formação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica dotando as suas equipas com pessoal qualificado de modo a que os cuidados prestados sejam em benefício da pessoa/população alvo, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção, tendo sempre presente que as funções dos enfermeiros especialistas não dependam da natureza flutuante de disponibilidade em recursos humanos ou de opiniões individuais.

Complementaridade **Formação + Treino + Experiência** ⇒ **COMPETÊNCIA**
Desenvolvimento profissional é para todos!

PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO DO *CURRICULUM* DO ENFERMEIRO DA EEIH

"a aprendizagem mista, aprendizagem *online*, meios formais e informais, ensino individual, ensino em equipa, *debriefing*, autorreflexão, tutoria e simulação"

(Curry et al., 2018)

Formação:

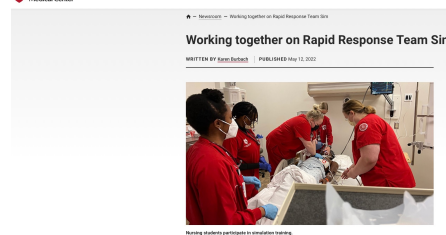
- Teoria da Deterioração (condições comuns, doenças críticas e abordagem do doente);
- Monitorização hemodinâmica;
- Material e equipamentos (ventiladores, carro de urgência, monitores, desfibriladores, pacemaker externo...);
- Farmacologia de emergência e gestão de terapêutica complexa;
- Documentação e comunicação (ex.: circuito fechado e ISBAR);
- Formações certificadas (atualizadas): Suporte Avançado de Vida, Ventilação, Transporte do Doente Crítico e Trauma;
- Situações específicas* (pediatria, psiquiatria, obstetria...);
- Políticas (funcionamento do SRR, formação a colaboradores e protocolos instituídos).

*De acordo com as necessidades institucionais, SRR e o âmbito de atuação da EEIH.

Experiência:

PRÁTICA CLÍNICA, TREINO, SIMULAÇÕES e DEBRIEFING

University of Nebraska
 Medical Center



DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL E PROFISSIONAL

Fonte da imagem: <https://www.unmc.edu/newsroom/2022/05/12/working-together-on-rapid-response-team-sim/>

CONCLUSÕES

- Os enfermeiros das EEIH oferecem cuidados de alta qualidade.
- A formação, treino, experiência e *debriefing* são parte do sucesso de uma atuação.
- O sucesso é o resultado do trabalho de uma equipa multiprofissional que trabalha em prol do doente e em ambientes complexos.



Fonte da imagem: <https://www.facebook.com/search/top/?q=debriefing&source=ufb&type=video>

CONCLUSÕES

Complementaridade:

Formação + Treino + Experiência \Rightarrow COMPETÊNCIA

"A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria"

(Benner, 2001, p. 61)

O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL É DA RESPONSABILIDADE DE TODOS NÓS!

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE H

Reflexão Sobre o Período de Observação Realizado no
Serviço de Suporte Imediato de Vida



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Reflexão sobre o Estágio de observação realizado no Serviço de Suporte Imediato de Vida, no âmbito do Estágio em Serviço de Urgência da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica

REFLEXÃO

Por

Lisete Maria Ponte Pereira

Lisboa, 2023



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Reflexão sobre o Estágio de observação realizado no Serviço de Suporte Imediato de Vida, no âmbito do Estágio em Serviço de Urgência da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica

REFLEXÃO

Por

Lisete Maria Ponte Pereira

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2023

ÍNDICE

1. ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO SERVIÇO DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA.....	141
1.1.Caracterização do Contexto de Estágio	141
2. REFLEXÃO.....	145
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151

1. ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO SERVIÇO DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Por forma a adquirir experiência, compreender a importância do enfermeiro e sua prestação de cuidados no contexto extra-hospitalar e acompanhar a situação da pessoa, vítima de doença súbita ou trauma, desde o extra-hospitalar até ao Serviço de Urgência (SU), foi solicitada a realização de 3 turnos de observação no Serviço de Suporte Imediato de Vida (SIV), unidade operacional de [REDACTED].

Após aprovação do solicitado foram realizados os turnos nos dias 2, 3 e 6 de outubro de 2023, cada um com duração de 8 horas.

1.1. Caracterização do Contexto de Estágio

O Serviço de SIV existe na Região Autónoma dos Açores (RAA) desde 2012 e está sob a responsabilidade do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), constituindo uma unidade operacional deste (Portaria n.º 79/2019, 2019).

Este serviço funciona durante 24 horas por dia, 365 dias por ano, em regime de horário rotativo. É responsável pelo transporte terrestre de emergência dos cidadãos, sem distinção de idade, e tem como base de atuação orientações objetivas e rigorosas, previstas e aprovadas pelo SRPCBA, que definem os critérios e procedimentos a serem instituídos pelo enfermeiro do SIV e médico regulador (Portaria n.º 79/2019, 2019).

O seu objetivo é a prestação de cuidados para estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento no transporte de Pessoas em Situação Crítica, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência (Portaria n.º 79/2019, 2019).

Como forma de consolidar o Serviço de Emergência Médica e aumentar a eficácia e qualidade dos serviços prestados, em 2019, foi promovida a articulação entre as unidades de saúde e o SRPCBA (Portaria n.º 79/2019, 2019). Assim, o Serviço de SIV passou a ser sediado nos Serviços de Urgência dos hospitais e nas Unidades Básicas de Urgência das Unidades de Saúde de Ilha, ou no quartel de bombeiros da Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários (AHBV) locais, nos concelhos sem hospital (Portaria n.º 79/2019, 2019).

Na RAA existem 5 unidades operacionais de SIV, nomeadamente: Ponta Delgada, Ribeira Grande, Angra do Heroísmo, Horta e São Roque do Pico.

Todas as unidades estão sob coordenação única do Centro de Operações de Emergência (COE) e sob regulação de um médico regulador único.

No caso do Hospital [REDACTED], a viatura do SIV fica sediada no SU, no entanto com a necessidade de reestruturação do serviço pela pandemia da COVID19, de momento está a ser usado o espaço da AHBV [REDACTED], local onde também se encontram os restantes veículos de socorro.

Os Serviços do SIV podem recorrer-se de Ambulâncias de Socorro tipo B com 2 Tripulantes de Ambulância de Socorro (TAS) ou 1 TAS e 1 Tripulante de Ambulância de Transporte (TAT).

A unidade operacional de SIV [REDACTED] atua na região [REDACTED] da Ilha [REDACTED], desde a freguesia [REDACTED].

Com a integração do SIV nas unidades de saúde passou a ser da responsabilidade dos Conselhos de Administração garantir a disponibilidade de enfermeiros, informar sobre a necessidade de fardamento e formação, assegurar a reposição de material clínico e terapêutica, zelar pelo cumprimento das normas de funcionamento e boa utilização dos equipamentos, entre outras ([REDACTED], 2021).

Os turnos do SIV fazem parte do horário dos enfermeiros do SU e a sua elaboração é da responsabilidade do Enfermeiro-Chefe. Estão organizados em 8 horas distribuídos por manhã, tarde e noite.

Equipa

O SIV é coordenado pelo Responsável Clínico do SRPCBA e a sua equipa é constituída pelo condutor da viatura, enfermeiro e médico regulador:

- Os condutores possuem certificação de TAS;
- Os enfermeiros têm obrigatoriamente 2 anos de experiência em SU e, na sua formação, curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular, curso avançado de Trauma e curso em *Protocolos SIV*;
- O médico regulador é autónomo e responsável pela tomada de decisões. A regulação médica é feita por médicos de diversas especialidades, cuja função principal consiste na regulação da prestação de cuidados de emergência pelo enfermeiro, com base em protocolos de atuação, e o encaminhamento da pessoa para a unidade de saúde mais adequada (Portaria n.º 79/2019, 2019).

De referir que os condutores e o médico regulador estão em exclusivo sob a responsabilidade do SRPCBA.

Enfermeiros

Aos enfermeiros que desempenham funções no extra-hospitalar estão atribuídas diversas funções, as quais estão descritas em procedimento próprio, salientando-se: a verificação das condições da viatura; a garantia do material e de que o equipamento está em condições de utilização imediata; a reposição do material; a desinfecção do equipamento; a atuação segundo os protocolos e procedimentos SIV e as orientações do médico regulador; o acompanhamento da vítima durante o transporte primário e/ou secundário, quando indicado; o preenchimento do verbete SIV; a transmissão da informação adequada ao profissional de saúde da instituição que acolhe a vítima; e a colaboração com a equipa do SU na estabilização da vítima, em situações de transporte de vítima instável para o [REDACTED] caso não haja chamada para nova ocorrência ([REDACTED], 2021).

A responsabilidade principal pela prestação de cuidados de emergência é do enfermeiro do SIV, mas, também é sua função, a coordenação dos cuidados com os TAS envolvidos no socorro.

Viatura

A viatura é tripulada por 1 enfermeiro do SU e 1 TAS (Portaria n.º 79/2019, 2019). Esta encontra-se equipada com botija de oxigénio, equipamento de aspiração, monitor-desfibrilhador portátil (com capacidade para *pacemaker* externo e transmissão de dados em tempo real para a central, onde se encontra o médico regulador), mala médica, mala de terapêutica, caixa térmica, mala de trauma, equipamento de imobilização (colares cervicais, colete de extração, torniquete e cinta pélvica), equipamento de telecomunicações (telefone, rádio e *walkie-talkie*), equipamento de proteção individual (capacetes, coletes refletores e luvas), equipamento de segurança local (fitas refletoras, cones de sinalização, extintor, cinta de reboque, machado e lanterna) e material para eliminação de resíduos (contentor cortopercutantes e sacos). Em suma, possui todo o material necessário para resposta a situações de urgência e emergência no meio extra-hospitalar.

O equipamento a transportar para o local da ocorrência depende do protocolo e procedimento ativado, sendo a viatura posicionada de forma estratégica para facilitar a reposição de material ou acesso ao mesmo.

Socorro

O socorro é ativado mediante o contacto para o Número de Emergência Europeu, o 112. Posteriormente, a chamada é encaminhada para o SRPCBA. O SRPCBA integra o Centro de Operações de Emergência (COE), onde se inclui a Sala de Atendimento e Gestão de

Emergências. Nesta Sala são atendidas, triadas e acompanhadas as chamadas de socorro da RAA. Conforme a necessidade é também ativada a Polícia.

Após, e de acordo com a informação transmitida pela pessoa responsável pela chamada, é efetuada a triagem mediante 4 prioridades: Alfa, Beta, Charlie e Delta. De acordo com a informação apresentada é ativado o SIV para o local da ocorrência, sendo o mais habitual ocorrer na prioridade Alfa (socorro imediato). O contacto com o médico regulador pode ser feito previamente, ou posteriormente, à ativação pelo COE, ou apenas pelo enfermeiro durante a sua atuação. Pode acontecer, a identificação *à posteriori*, da necessidade do SIV no local ou o encontro no percurso para prestação de socorro.

Quando está indicada a saída do SIV é efetuado o contacto para o enfermeiro, que atende a chamada identificando, em primeiro lugar, a unidade operacional [REDACTED], seguindo-se a sua identificação. Normalmente, é fornecida informação sobre a vítima, o sucedido e o local da ocorrência. Perante o sucedido é selecionado o protocolo de atuação.

Os *Protocolos SIV* [REDACTED], seguem as recomendações mais atuais na área da emergência médica e objetivam melhorar a qualidade e agilidade na prestação de cuidados emergentes (SRPCBA, 2021). No total, correspondem a 17 protocolos e 9 procedimentos, que têm fluxogramas de fácil leitura, constituídos por passos autónomos, atos diagnósticos, passos que necessitam de validação médica e informações.

Os protocolos são: avaliação inicial; paragem cardiorrespiratória; cuidados pós-reanimação; avaliação primária; obstrução da via aérea; paragem respiratória; dispneia; taquicardia; bradicardia; hemorragia; dor toraco-abdominal; alteração do estado de consciência e défice motor; convulsão; alteração da glicémia; intoxicação; queimados e parto (SRPCBA, 2021).

Os procedimentos são: analgesia; sedação; terapia elétrica; descompressão do tórax; Via Verde AVC; Via Verde Coronária; Via Verde Trauma; vítima cadáver e situação multivítimas (SRPCBA, 2021). Em situações multivítimas e de catástrofe é utilizada a triagem START (*Simple Triage And Rapid Treatment*) e, na triagem secundária, o *Injury Severity Score* (SRPCBA, 2021).

A abordagem à vítima inicia-se com o protocolo de avaliação inicial, seguindo-se o de avaliação primária e, posteriormente, o específico relacionado à ocorrência (SRPCBA, 2021). Termina com o transporte para a unidade de saúde, exceto nas situações de vítima cadáver ou perante a recusa de transporte, na qual o médico regulador é informado e a vítima assina o termo de recusa (SRPCBA, 2021). A decisão sobre o acompanhamento da vítima pelo enfermeiro é do médico regulador.

2. REFLEXÃO

A intervenção clínica no pré-hospitalar pretende garantir a prestação de cuidados de saúde, em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando através dos meios disponíveis, a abordagem mais correta e a estabilização da vítima no local, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à unidade de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007):

Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar. (p. 1)

A existência de enfermeiros neste contexto resultou em ganhos em saúde, nomeadamente a diminuição da taxa de mortalidade e morbidade (Regulamento n.º 226/2018, 2018).

A vítima de acidente ou doença súbita pode ser designada por *Pessoa em Situação Crítica*, alvo dos cuidados de enfermagem, especificamente em *Enfermagem Médico-Cirúrgica*, na área de *Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*.

No ambiente extra-hospitalar podem estar incluídas situações de urgência/emergência, entendidas como situações de risco de vida; situações de exceção, resultantes de desequilíbrios entre necessidades e recursos disponíveis; e situações de catástrofe, as quais implicam danos materiais avultados e vítimas, afetando as condições de vida e o setor socioeconómico, numa determinada área ou a nível nacional (Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º 226/2018, 2018).

O enfermeiro de emergência extra-hospitalar é considerado detentor de conhecimento concreto e pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, profissão e emergência extra-hospitalar, e, também, de competência, efetiva e demonstrada, nesta área (Regulamento n.º 226/2018, 2018). É o responsável pelo processo de cuidados de enfermagem à pessoa, grupo ou comunidade, garantindo o atendimento integral e oportuno, e assegurando a práxis baseada na evidência e investigação e prática profissional ética e legal (Regulamento n.º 226/2018, 2018).

Durante o estágio de observação, realizado no Serviço de SIV, tive a oportunidade de acompanhar o trabalho destes enfermeiros e de constatar a sua importância na avaliação e

prestação de cuidados de urgência/emergência para estabilização da vítima no local e transporte.

A experiência adquirida cingiu-se a situações de vítima única.

Presenciei 3 ocorrências e acompanhei todo o processo de raciocínio dos enfermeiros, de modo a: interpretar e relacionar a informação previamente fornecida, os dados das avaliações efetuadas (avaliação inicial, primária e secundária) e da monitorização; identificar situações *load and go* e *scoop and run*; tomar a decisão adequada, de forma rápida e segura; e prever situações de agravamento durante o transporte.

Em primeiro lugar, constatei que a informação transmitida pela pessoa que pede o socorro é determinante na tomada de decisão e orientação do mesmo. Numa das ocorrências, para a qual o SIV não foi ativado, este foi solicitado através de contacto pelos bombeiros com o COE, por se ter verificado uma situação que carecia de cuidados de enfermagem pré-hospitalares (ex.: intoxicação voluntária medicamentosa). Posteriormente, o enfermeiro agilizou a prestação de socorro com os bombeiros e, para evitar atrasos no transporte para a unidade de saúde, foi combinado um ponto de encontro.

A abordagem à situação iniciou-se sempre com a avaliação inicial, que incluiu a avaliação do cenário, nomeadamente das condições de segurança do local, para a equipa e para a vítima, do tipo de ocorrência, do número de vítimas, da quantidade de meios necessários e da existência de necessidades especiais. Tratando-se de situações com vítima única e garantidas as condições de segurança, seguiu-se a avaliação da impressão geral da vítima que tem por base o algoritmo de Suporte Básico de Vida.

Após, o enfermeiro efetuou a avaliação primária, baseada na metodologia ABCDE, monitorizou a vítima e seguiu o(s) protocolo(s)/procedimento(s) adequados à situação. A avaliação, com base nesta metodologia, pretendeu a correção imediata de situações que ameaçam a vida.

Na colheita de dados, através da vítima, familiares ou pessoas no local, foi utilizada a mnemónica SISA (Sintoma principal, Início do sintoma, Sintomas associados e Antecedentes pessoais), preconizada nos *Protocolos SIV* e facilitadora da recolha de informação pertinente para atuação imediata. Na avaliação secundária, o enfermeiro recorreu à mnemónica CHAMU (Circunstâncias, Historial de doenças, Alergias, Medicação e Última refeição), para completar a colheita de dados anterior, conforme, também, indicado nos referidos protocolos. Ambas facilitaram a colheita de dados sistémica e sistematizada, prevista na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O recurso a registo fotográfico, nomeadamente da medicação habitual, ocorreu e foi uma forma de reduzir o tempo no local e facilitar o preenchimento do verbete durante o transporte.

Nos casos presenciados foram realizadas intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes para estabilização da vítima no local e prosseguir-se com o transporte.

Quando detetadas alterações nos parâmetros vitais ou nas avaliações realizadas, quer na inicial quer nas contínuas, o médico regulador deve ser informado. O mesmo acontece quando, no seguimento dos fluxogramas, é necessário validar algum passo, diagnosticar ou tomar decisões, fora do âmbito de atuação de enfermagem.

Assim, nas ocorrências assistidas, o médico regulador foi contactado para informar sobre as avaliações que exigiam intervenção ou decisão médica, validar a transmissão dos dados da monitorização e do eletrocardiograma, tomar conhecimento das intervenções realizadas (protocolos) e para decidir sobre o transporte da vítima e respetivo acompanhamento.

Durante o período de observação, constatei que os enfermeiros que exercem no extra-hospitalar revelam grande capacidade de concentração, não se dispersando com os cenários secundários; de avaliação da situação, mantendo o foco na informação necessária e prioritária; de tomada de decisão rápida e em situações de *stress* extremo, atuando de acordo com as prioridades identificadas; e ainda, de gestão dos cuidados e coordenação da equipa, garantindo o adequado trabalho em equipa, a prestação de cuidados atempados e a coordenação das atividades com os TAS e o médico regulador.

No atendimento à vítima, verifiquei a preocupação com a privacidade, através da permissão no local das pessoas necessárias; do transporte da vítima para a ambulância com fecho de portas, sobretudo em situações com multidão; e da exposição das regiões corporais necessárias. O conforto foi também atendido, na imobilização em maca, e ao permitir à vítima acompanhar-se por objetos pessoais.

O envolvimento da família foi considerado, sobretudo no que diz respeito à recolha de informações sobre a vítima e o sucedido. A proteção dos familiares, especialmente crianças, promovendo a sua retirada do local e garantindo o seu cuidado, na ausência da vítima familiar, foi também tida em conta pelo enfermeiro SIV.

No local da ocorrência, estes enfermeiros tentaram atender às necessidades da família e tranquilizá-la, através da transmissão de informação, em linguagem perceptível, sobre a situação. Em algumas situações foi providenciado apoio emocional através da escuta ativa, toque terapêutico e desmistificação da informação. O enunciado anteriormente demonstrou preocupação com a família no processo de cuidar no extra-hospitalar.

Terminada a colheita de dados e as intervenções de enfermagem imediatas, procedeu-se ao transporte das vítimas para a unidade de saúde, de acordo com a decisão do médico regulador, neste caso para o SU do [REDACTED].

Segundo informação dos colegas, o acompanhamento da vítima, por familiar, no transporte em veículo de socorro, apenas é possível quando se trata de vítimas com menos de 18 anos de idade ou com necessidades especiais, salvo exceções. Esta situação relaciona-se com questões legais e com a limitação de espaço dentro da ambulância, o que foi explicado aos familiares pelos enfermeiros e TAS.

Durante o transporte, o enfermeiro manteve-se próximo à vítima; avaliou-a continuamente, recorrendo à metodologia ABCDE e aos dados da monitorização e registou os sinais vitais de 5/5 minutos, as intervenções efetuadas e a terapêutica instituída, mantendo uma vigilância rigorosa. Após a chegada ao destino, com a ambulância já desligada, voltou a repetir toda a avaliação.

Na área da Pessoa em Situação Crítica é sabido que os cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua de dados, de modo a conhecer a situação, prever e detetar precocemente complicações, para assegurar uma intervenção adequada e atempada (Regulamento n.º 429/2018, 2018), tal como se verificou durante o transporte.

Neste, saliento que, perante a necessidade de realizar alguma intervenção, é recomendado estacionar a ambulância, por questões de segurança, sobretudo nas manobras de reanimação e desfibrilhação.

Por último, em caso de instabilidade ou agravamento da vítima, o enfermeiro deve contactar o médico regulador e, quando necessário, este entra em contacto com a unidade de saúde de destino, por exemplo, para alertar sobre a necessidade de ativar a Sala de Emergência, o Bloco Operatório ou as Equipas de Prevenção. Nas situações vivenciadas esta intervenção não foi necessária.

Finalizado o transporte, no SU foi transmitida a informação sobre o doente ao enfermeiro da Triagem e as vítimas foram acompanhadas pelo enfermeiro do SIV até à Sala de Observações, com a devida monitorização e terapêutica. De acordo com o procedimento do funcionamento do SIV, a vítima pode ser acompanhada pelo enfermeiro SIV, dentro da unidade de saúde, até ao local decidido pelo médico regulador (ex.: Sala de Observação, Unidade de Hemodinâmica, entre outros).

Tive a oportunidade de assistir ao *handover* e verifiquei que os enfermeiros do SIV utilizam a ferramenta ISBAR (Identificação, Situação atual, Background, Avaliação e Recomendações), tal como recomendado pela Ordem dos Enfermeiros e pela Direção-Geral

de Saúde (DGS), nos momentos de transição de cuidados (DGS, 2017). A meu ver, esta ferramenta facilitou a organização da informação a transmitir e preveniu a perda ou a dispersão da mesma.

Em todas as ativações foi preenchido o verbete SIV, onde constam todas as informações relacionadas com a identificação da vítima e ocorrência (número da ocorrência, local, hora de ativação, hora de chegada e saída do local e hora de chegada ao destino). Em relação à ocorrência, a informação a registar deverá ser a necessária para compreender o sucedido e para garantir a continuidade de cuidados à vítima. Devem constar os dados da avaliação primária e secundária e estar identificados os protocolos ativados e os procedimentos efetuados. É importante que esta informação esteja completa e seja precisa, porque existem ocorrências com implicações legais, que podem ser averiguadas em tribunal, nas quais o verbete constitui uma prova e os profissionais envolvidos serão testemunhas. Depois de preenchido é enviado para o endereço eletrónico dos verbetes do SRPCBA e para a unidade de saúde de destino da vítima.

A ocorrência só termina com a entrega do doente no local de destino e após o contacto com COE a dar disponibilidade da mesma.

Durante o socorro, os enfermeiros tiveram o cuidado de utilizar equipamento de proteção individual e de cumprir as medidas de prevenção e controlo das infeções. Terminada a ocorrência, todo o material foi repostado e os equipamentos desinfectados.

Por fim, o referido anteriormente vai ao encontro do enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (2007) quando expressa que, os enfermeiros no exercício das suas funções em ambiente extra-hospitalar devem: (a) procurar estabilizar a vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais; (b) acompanhar e manter a vigilância da vítima durante o transporte, primário e/ou secundário, e assegurar a prestação dos cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais; (c) assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção da vítima na unidade de saúde de destino; e (d) garantir informação e acompanhamento adequados à família com o intuito de minimizar o seu sofrimento.

A prestação de cuidados urgentes/emergentes no extra-hospitalar são um desafio constante no dia a dia dos enfermeiros, pois em cenários inesperados, dinâmicos e, por vezes, complexos, e com recursos limitados, desdobram-se para socorrer vítimas em risco de vida, evitando, muitas vezes, situações que poderiam ter desfechos trágicos, no local, durante o transporte ou já no SU.

Este período de observação permitiu-me constatar que a presença destes profissionais nas equipas de socorro contribui para a admissão da vítima no SU, com a situação de doença aguda ou acidente mais estabilizada e, assim, para a redução do risco de vida, de complicações e/ou da probabilidade de progressão da situação para situação de emergência ou crítica.

É inegável a coragem e o risco de vida que enfermeiros e TAS estão sujeitos, desde a condução a alta velocidade, à imprevisibilidade dos cenários, revestidos, sempre, por alguma insegurança.

Verifiquei que os enfermeiros encararam cada ocorrência como uma oportunidade de aprendizagem única e procuraram desenvolver estratégias para enfrentar desafios futuros e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados, o que revela compromisso com a profissão e população. Tive a oportunidade de participar em momentos de *briefings* e *debriefings*, com o objetivo de analisar e refletir sobre as ocorrências e desenvolver estratégias de melhoria contínua.

A formação e treino são ferramentas dos enfermeiros do extra-hospitalar, razão pela qual a Ordem dos Enfermeiros decidiu a atribuição da certificação individual da *Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-hospitalar*, reconhecendo a diferenciação nos cuidados prestados neste contexto específico (Regulamento n.º 226/2018, 2018), a qual também pude constatar.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma clínica n.º 001/2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- ██. (2021). *Integração do suporte imediato de vida (SIV) no Serviço de Urgência* [Procedimento ██████████].
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Portaria n.º 79/2019 da Secretaria Regional da Saúde. (2019). *Jornal Oficial do Governo Regional dos Açores n.º 136, Série I de 2019-11-20*.
<https://jo.azores.gov.pt/#/ato/7eb1a2cc-5869-428a-b621-d90873fef3e6>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República n.º 135, Série II de 2018-07-16*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 226/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República n.º 74, Série II de 2018-04-16*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2021). *Protocolos Suporte Imediato de Vida Açores*.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Apresentação do Póster

CERTIFICADO

Certifica-se que **Lisete Pereira**, apresentou o Póster n.º 2 com o tema **“Perfil de Competências do Enfermeiro da Equipa de Emergência Intra-hospitalar: uma Scoping Review”**, em coautoria com Nuno Moniz, Isabel Rabiais no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



ANEXO II

*Certificado de Participação no VI Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem:
Conhecimento Especializado de Enfermagem para a
Fraternidade Social*

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) **Lisete Maria Ponte Pereira** - estudante n.º 192022009, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP
Amélia Simões Figueiredo
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

