



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA UM CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO E DE QUALIDADE**

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

Por

Mariana Barroso Saraiva

Porto – março de 2023





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA UM  
CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO E DE  
QUALIDADE**

**DEVELOPMENT OF SKILLS FOR SAFE AND QUALITY  
NURSING CARE**

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

Por

Mariana Barroso Saraiva

Sob a orientação de Prof<sup>ª</sup> Doutora Irene Oliveira

Porto – março de 2023



## Resumo

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” decorrente do 15º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Através de metodologia descritiva e reflexiva, aborda o processo de aquisição de competências comuns e específicas, na assistência à pessoa em situação crítica nos contextos de estágio de Serviço de Urgência e de Emergência Extra-Hospitalar, fazendo também uma breve referência ao estágio do 1º ano numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Realizou-se uma reflexão sobre a importância da segurança e da qualidade nos cuidados de enfermagem, como temática central, salientando-se a importância da implementação de políticas e estratégias que reduzam os incidentes durante a prestação de cuidados, como também, a importância do cumprimento das regras e da procura da melhor e mais atual evidência científica por parte dos enfermeiros. No estágio do 1º ano do curso foi possível desenvolver um trabalho relacionado com a abordagem à família da pessoa em situação crítica com o objetivo de satisfazer as suas necessidades e facilitando também a conduta de atuação dos profissionais de enfermagem. Em contexto de Serviço de Urgência e de Emergência Extra-Hospitalar, tendo por base os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da prática profissional ética e legal, foi desenvolvida a capacidade de execução de práticas com base nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional respeitando os direitos humanos. No domínio da melhoria contínua da qualidade foram realizados trabalhos sobre o transporte secundário da pessoa em situação crítica e sobre os contributos da supervisão clínica em enfermagem que visaram colaborar nos programas de melhoria contínua e desenvolver práticas seguras e de qualidade. Quanto ao domínio da gestão dos cuidados destaca-se a capacidade de gestão de cuidados e de recursos otimizando a resposta da equipa e, por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade.

As pesquisas de literatura realizadas, as reflexões e atividades desenvolvidas, os cuidados prestados e as experiências vividas contribuíram para o crescimento profissional e pessoal, promovendo o pensamento crítico-reflexivo enquanto Mestre e Enfermeira Especialista. Todo este percurso trouxe implicações para a prática profissional, pois, permitiu desenvolver conhecimentos e competências alicerçadas na investigação contribuindo para a resolução de problemas e para a gestão de qualidade em saúde.

**Palavras Chave:** Pessoa em Situação Crítica, Segurança, Qualidade, Supervisão Clínica.



## Abstract

This report comes within the scope of the Curricular Unit “Final Internship and Report” resulting from the 15th Master's Degree in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Patients of the Institute of Health Sciences (Porto) of the Universidade Católica Portuguesa. Through a descriptive and reflective methodology, it addresses the process of acquiring common and specific skills in the assistance to critically ill patient in the internship contexts of the Emergency Service and Extra-Hospital Emergency, also making a brief reference to the 1st year internship in a Multipurpose Intensive Care Unit.

A reflection was carried out on the importance of safety and quality in nursing care, as a central theme, emphasizing the importance of implementing policies and strategies that reduce incidents during the provision of care, as well as the importance of nurses ‘compliance of the rules and the search for the best and most current scientific evidence. In the internship of the 1st year of the course, it was possible to develop a work related to the approach to the family of the person in a critical condition, with the objective of satisfying their needs and also facilitating the behavior of the nursing professionals. In the context of Emergency Service and Extra-Hospital Emergency, based on the areas of common competences of the Specialist Nurse, in the field of ethical and legal professional practice, the capacity to carry out practices was developed based on legal norms, on the principles ethics and professional deontology respecting human rights. In the field of continuous quality improvement, work was carried out on the secondary transport of critically ill patients and on the contributions of clinical supervision in nursing, which aimed to collaborate in continuous improvement programs and to develop safe and quality practices. As for the domain of care management, emphasis is given to the ability to manage care and resources by optimizing the team's response and, finally, in the area of learning development, the development of self-knowledge and assertiveness.

The literature searches carried out, the reflections and activities developed, the care provided and the experiences lived contributed to professional and personal growth, promoting critical-reflective thinking as a Master and Specialist Nurse. This entire path has implications for professional practice, as it has allowed the development of knowledge and skills based on research, contributing to problem solving and quality management in health.

**Keywords:** Critically ill Patient, Safety, Quality, Clinical Supervision.



## Agradecimentos

O meu agradecimento a todos aqueles que no decorrer deste percurso demonstraram o seu apoio, apreço e compreensão, para que conseguisse alcançar este tão desejado objetivo.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Irene Oliveira por ter sido incansável no apoio e disponibilidade.

A todos os Enfermeiros Tutores com quem tive o prazer de partilhar esta fase da vida profissional, e que em muito contribuíram para o meu percurso formativo.

Aos meus pais por terem inculcado em mim valores com a educação, determinação, respeito e humildade;

Aos amigos de sempre, com uma presença permanente e fundamental na minha vida, e aos amigos que fiz durante este percurso e que viverem comigo as alegrias e as conquistas alcançadas.

A todos,

O meu sincero e honesto,

Obrigada.



## Lista de Siglas e Acrónimos

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure/Environmental Control*;

AVC - Acidente Vascular Cerebral;

APA - *American Psychological Association*;

CIAV - Centro de Informação Antivenenos;

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

DGS - Direção Geral da Saúde;

EE - Enfermeiro Especialista;

EEH - Emergência Extra-Hospitalar;

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica;

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

EMI - Emergência Médica Interna;

EPE - Entidade Pública Empresarial;

ICS-UCP - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

ISBAR - Identificação, Situação Atual, *Background*, Avaliação, Recomendações;

iTEAMS - *INEM Tool for Emergency Alert Medical System*;

NAS - *Nursing Activities Score*;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

PCR - Paragem Cárdio-Respiratória;

PSC - Pessoa em Situação Crítica;

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

RMN - Ressonância Magnética;

SAV - Suporte Avançado de Vida;

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem;

SE - Sala de Emergência;

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica;

SIV - Suporte Avançado de Vida;

SNS - Sistema Nacional de Saúde;

SU - Serviço de Urgência;

SUB - Serviço de Urgência Básico;

SUMC - Serviço de Urgência Médico -Cirúrgico;

SUP - Serviço de Urgência Polivalente;

TAC - Tomografia Axial Computorizada;

TEPH - Técnico de Emergência Pré-hospitalar;

UC - Unidade Curricular;

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos;

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;

UCP - Universidade Católica Portuguesa;

UDC - Unidade de Decisão Clínica;

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

VMNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva.

## Índice

1. Introdução.....	13
2. Segurança e Qualidade na Prestação de Cuidados .....	17
3. Contextos da Prática Clínica .....	23
3.1. Contextualização da Prática Clínica na UCIP .....	23
3.2. Contexto do Serviço de Urgência e da Emergência Extra-Hospitalar .....	28
4. Ser Enfermeiro Especialista: Desenvolvimento de Competências na abordagem à Pessoa em Situação Crítica.....	33
4.1. Responsabilidade Ética e Legal .....	34
4.2. Melhoria Contínua da Qualidade .....	36
4.3. Gestão dos Cuidados.....	42
4.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	46
5. Conclusão.....	51
6. Referências Bibliográficas .....	53
7. Apêndices.....	61
Apêndice I - Abordagem da Família da Pessoa em Situação Crítica em contexto de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos .....	63
Apêndice II - Transporte da Pessoa em Situação Crítica .....	87
Apêndice III - Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar .....	117



## 1. Introdução

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserida no 15º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa, no 1º semestre do ano letivo de 2022/ 2023.

Embora este relatório incida maioritariamente nas competências desenvolvidas em prática clínica no âmbito da UC mencionada anteriormente, o percurso formativo iniciou-se com o estágio ainda do primeiro ano do curso correspondente à UC “A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica”. Este foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) da região norte do país, no período compreendido entre os meses de maio e junho de 2022, num total de 180h de contexto prático e 12h de orientação tutorial.

À UC Estágio Final e Relatório corresponde uma carga horária total de 840 horas, correspondentes a 30 ECTS, que abrange a realização de 360 horas de contacto em prática clínica, 20 horas de orientação tutorial, 20h de seminário e 440 horas de trabalho individual. A prática clínica realizou-se em dois contextos distintos, sendo o primeiro no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital do norte do país no período de 05/09/2022 a 26/10/2022, e o segundo, numa área opcional dentro das preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em contexto de Emergência Extra-Hospitalar (EEH) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), também na região norte, entre 27/10/2022 e 17/12/2022.

A evolução dos tempos em diversos níveis permitiu a agudização de doenças crónicas e o aumento do surgimento de doenças de início súbito, assim como, o aumento e complexidade dos acidentes, o acréscimo de violência urbana e o surgimento de catástrofes naturais. Todas estas situações podem conduzir à falência de funções vitais que, caso não sejam implementadas medidas de suporte de vida, podem levar a pessoa à morte. Para tal, é necessário que existam profissionais de enfermagem qualificados para dar a melhor resposta no atendimento à pessoa em situação crítica e/ou família/cuidador em contextos extra e intra-hospitalar (OE, 2017). A escolha de contextos de estágio ligados situações de urgência/emergência, extra e intra-hospitalar, permite integrar todo o percurso do doente crítico desde a sua admissão, diagnóstico e tratamento contribuindo para o desenvolvimento de competências que permitem prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Mediante o percurso de quatro anos como enfermeira generalista num serviço de cirurgia existe a necessidade de investir no desenvolvimento profissional tendo em vista a prestação de cuidados especializados. A escolha da área da PSC deve-se ao facto de, primeiramente, ser considerada profissionalmente aliciante e, por isso, querer aprofundar conhecimentos nesse contexto, mas também por este tipo de doente ser cada vez mais frequente em diversas situações no âmbito da profissão, o que torna imperativa a necessidade de prestar cuidados de excelência, sendo o conhecimento um fator essencial para responder de forma eficiente aos desafios da prática.

De acordo com a experiência profissional até à data e com a realização de estágios em contextos de emergência, considera-se a Segurança e a Qualidade na Prestação de Cuidados como um tema de relevo a ser abordado. Dadas as condições de alta pressão, com múltiplas interrupções e restrições de tempo em que os enfermeiros do SU e da EEH trabalham, é expectável que haja uma maior tendência para a ocorrência de erros que podem pôr em causa a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados (Diz, A. e Lucas, P., 2021).

Por muito simples, habitual ou controlada que seja uma atividade humana, existe sempre algum risco associado. Segundo Coimbra (2021), para minimizar o risco é preciso profissionais com competência, motivação, empenho, formação e treino constantes, entre outros. Com o objetivo de identificar falhas organizacionais e, conseqüentemente, áreas de oportunidade de melhoria surgiram iniciativas, a nível mundial, como a Declaração de Luxemburgo para a Segurança do Doente e a Aliança Mundial para a Segurança do Doente (Coimbra, 2021). Em Portugal, foram desenvolvidos documentos como o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022), referente a recomendações globais, o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (Saúde M. d.,2021) que abarca recomendações mais específicas, entre outros.

A composição deste documento tem por base uma metodologia descritiva e reflexiva, alicerçada no plano de estudos delineado para a UC, nos regulamentos da OE referentes às competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e às competências específicas do EE em EMC na área da PSC, no projeto de estágio realizado anteriormente e na pesquisa bibliográfica de diferentes temáticas através de bases de dados e trabalhos de investigação, espelhando, assim, todo o percurso de aprendizagem. Tem, por isso, como principais objetivos descrever o percurso realizado, descrever as atividades desenvolvidas a fim de cumprir os objetivos propostos e refletir criticamente sobre as competências desenvolvidas.

Com o objetivo de facilitar a leitura e compreensão do mesmo, o desenvolvimento deste trabalho está dividido estruturalmente em três capítulos. No primeiro capítulo é apresentada uma pesquisa bibliográfica sobre a temática central abordando, por isso, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. De seguida, são apresentados os três contextos da prática clínica, começando por fazer referência ao estágio do primeiro ano e ao percurso do desenvolvimento de competências e respetiva fundamentação de forma breve, pois, demonstrou ser um contributo bastante significativo para o percurso nos Estágios seguintes e, assim, na construção como EE, e a partir deste contexto realiza-se uma caracterização com análise crítica dos contextos de Estágio no âmbito da UC “Estágio Final e Relatório”. No capítulo seguinte, através dos domínios das competências comuns do EE segue-se a respetiva análise e reflexão das atividades desenvolvidas no SU e na EEH, que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição das competências específicas como EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e no âmbito do grau de mestre em enfermagem.

Este documento orienta-se pelas normas de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) tendo sido redigido à luz do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.



## 2. Segurança e Qualidade na Prestação de Cuidados

A 17 de setembro assinala-se o Dia Mundial da Segurança do Doente que tem por objetivo aumentar a consciencialização da importância dos cuidados centrados nas pessoas e da prevenção de danos nos doentes (OMS, 2020).

Em maio de 2021, na 74ª Assembleia Mundial da Saúde foi adotado o “Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente: 2021-2030” com o objetivo de promover a segurança do paciente como um elemento essencial no desenho, nos procedimentos e na avaliação de desempenho dos sistemas de saúde de todo o mundo. O plano serve para reforçar a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde no mundo, abrangendo todos os cuidados de saúde, desde o diagnóstico até ao tratamento, reduzindo a probabilidade de que ocorram danos durante a prestação dos mesmos (OMS, 2020).

Segundo a OE (2020, pg. 3) “a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais de saúde e dos gestores das instituições de saúde”. As entidades de saúde, do Sistema Nacional de Saúde (SNS), prestadoras de cuidados à população obedecem, entre outros, a princípios como a promoção da qualidade dos cuidados de saúde baseados na humanização e no respeito pelos direitos dos utentes, garantia de cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado e cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Quando se fala em segurança na prestação de cuidados de saúde, abordam-se temas como a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e dos ambientes em que os cuidados são prestados.

Um ambiente de prática de enfermagem favorável é fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde tendo, por isso, consequência na qualidade dos cuidados de enfermagem levando a melhores resultados e ao aumento da satisfação dos enfermeiros, fator fundamental para se manter equipas com dotações seguras (Diz, A. e Lucas, P., 2021).

Considerando o Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 743/2019), nas equipas das unidades de cuidados intensivos/intermédios, recomenda-se que 50% dos enfermeiros que as constituem sejam especialistas em Enfermagem na área da PSC e estejam em permanência nas 24 horas do dia (OE, 2020). O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício

Profissionais dos Enfermeiros (REPE) referem-se à segurança dos doentes como um imperativo ético nas ações dos enfermeiros (OE, 2015).

A implementação de políticas e estratégias que reduzam os incidentes durante a prestação de cuidados traduz ganhos em saúde e é hoje uma aposta inequívoca em saúde. Segundo um relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2021), em Portugal, a taxa de hospitalizações consideradas evitáveis, como é o caso de doentes com asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes, tem vindo a diminuir sendo uma das mais baixas da União Europeia. Essa diminuição deve-se, em parte, à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que veio fortalecer a segurança dos doentes e aumentar a adesão a normas de orientação clínica para prescrições seguras, repercutindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados. Atualmente, encontra-se em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 que objetiva fortalecer e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde não descurando a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Saúde, M. d., 2021).

A segurança do doente é sinónimo de ausência de danos desnecessários e de ações que contribuem para a melhoria da prática de forma a minimizar a ocorrência de eventos adversos (Coimbra, 2021). Um erro, que ocorre por ação ou omissão, pode provocar um evento adverso que são situações indesejadas, por norma inesperadas e que são consequentes da prestação de cuidados em saúde e não da doença subjacente da pessoa (DGS, 2021). Segundo Coimbra (2021) profissionais competentes e dedicados cometem erros, pois, errar é humano, contudo, a postura não deve ser de culpabilização, mas também não pode ser de vitimização ou laxismo. Para o mesmo autor, os profissionais devem ter consciência que trabalham em ambientes complexos onde o trabalho em equipa e o cumprimento das regras é fundamental, tendo também a responsabilidade de, mediante as fragilidades, trabalhar de acordo com a melhor e mais atual evidência científica.

A OE (2017) definiu através de um regulamento os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em EMC na área de enfermagem à PSC, no sentido de servirem para nortear a prática do EE.

Entende-se por PSC 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” (OE, 2018, pg. 19362). As pessoas que se encontram

neste tipo de situação precisam de cuidados de enfermagem altamente qualificados e contínuos para que possam manter as suas funções vitais básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, perspetivando a sua recuperação (OE, 2018).

O desenvolvimento de padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC permite constituir um referencial para a prática, estimulando a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. Posto isto, a Ordem dos Enfermeiros (2017) refere que no cuidado à PSC o EE, responsável por ajudar a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos resultantes de doença aguda ou crónica, tem como referência os seguintes enunciados:

- **Satisfação do cliente** - o EE procura prestar cuidados de saúde de excelência tendo em vista a satisfação máxima da pessoa perante a sua situação de doença crítica e/ou falência orgânica através de ações como, utilização de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica, intervenções eficazes, eficientes e em tempo útil tendo uma visão holística da PSC;

- **Promoção da saúde** - o EE fornece informação à PSC e família/cuidador no intuito de gerar aprendizagem cognitiva e novas capacidades que facilitem os processos decorrentes da situação crítica em que se encontram;

- **Prevenção de complicações** - o EE é responsável pela prevenção de complicações na saúde da pessoa através de, por exemplo, execução correta de cuidados técnicos de alta complexidade, implementar medidas de suporte avançado de vida (SAV) apropriadas, gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos, supervisão das atividades delegadas pelo próprio, entre outros;

- **Bem-estar e Autocuidado** - o EE procura o bem-estar da pessoa doente tentando complementar as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente, dos quais são exemplos, gestão diferenciada e eficaz da dor através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma, gestão e manutenção de situações de morte cerebral de um possível dador de órgãos/tecidos, gestão emocional da PSC e família/cuidador decorrente da situação crítica com que se deparam, assim como, a relação de ajuda facilitadora perante processos de luto e morte digna;

- **Readaptação funcional** - o EE no desenvolvimento da relação terapêutica com a pessoa doente procura em conjunto com a mesma desenvolver processos eficazes de adaptação aos

seus problemas de saúde, sendo importante salientar a importância de conhecer os recursos existentes na comunidade que podem facilitar a readaptação funcional da PSC;

- **Organização dos cuidados de Enfermagem** - o EE tem de assegurar a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, para tal, tem de haver preocupação na existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade, de um resumo mínimo de dados, de uma política de formação contínua dos enfermeiros, revisão dos guias de boas práticas, metodologias de organização dos cuidados tendo em vista uma resposta eficaz perante situações de catástrofe ou emergência com múltiplas vítimas;

- **Prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados** - o EE executa a sua prática em distintos contextos, com diferentes graus de complexidade e recorrendo a múltiplas medidas invasivas, pelo que é importante que exista da sua parte uma preocupação na prevenção e controlo da infeção, devendo ter um papel ativo na capacitação dos outros profissionais na área da prevenção e do controlo de infeção associada aos cuidados à PSC, assim como, participar na definição de estratégias e execução de um plano de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade.

Embora existam outras vertentes que podem influenciar a segurança da pessoa doente, estabelecer uma cultura de segurança é uma estratégia fundamental. Entende-se por cultura de segurança como sendo “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde” (DGS, 2020, pg. 3).

Os profissionais de saúde do SU e da emergência extra-hospitalar trabalham em condições de alta pressão, com múltiplas interrupções e restrições de tempo, por isso, existe uma maior predisposição para a ocorrência de erros que podem pôr em causa a segurança dos doentes (Diz, A. e Lucas, P., 2021).

É fundamental ter consciência que todo o ser humano erra e, segundo Pinho, “o reconhecimento do erro é promotor da aprendizagem” (2020, pg. 58). Como pessoas e, neste caso, como profissionais de enfermagem é importante ter a capacidade de olhar para o erro como uma oportunidade de melhoria. Posto isso, é importante os profissionais de saúde estarem sensíveis à importância de notificar eventos adversos, erros e incidentes. Essa é uma forma das instituições conseguirem tomar medidas de forma a evitá-los, levando a um

crescimento da cultura de segurança e, conseqüentemente, a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Através de políticas e estratégias nacionais, cada país planeia e promove uma melhor qualidade dos cuidados de saúde. Apesar de não existir uma definição de “qualidade” que seja universalmente aceita, a OMS definiu cuidados de saúde de qualidade como sendo cuidados eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Entende-se que a adoção de uma cultura da qualidade vise a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, para tal, é necessário que a organização promova um ambiente que encoraje a participação e o diálogo, que valorize o ensino e a investigação e a responsabilização (OMS, 2020).



### 3. Contextos da Prática Clínica

O estágio em contexto clínico assegura experiências realistas, permitindo o desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho autónomo e responsável do enfermeiro especialista em EMC.

O Curso de Mestrado em Enfermagem, no qual está inserido este relatório, tem como finalidade o desenvolvimento de competências específicas no que respeita ao EE em EMC na área da PSC, visando a prestação de cuidados altamente qualificados. Desta forma, no seu Plano de Estudos encontram-se definidos os objetivos gerais e as competências que devem ser atingidos pelo estudante para obter o grau de Mestre em Enfermagem. Tendo por base os objetivos gerais, foram elaborados pela estudante objetivos específicos e atividades para os diferentes contextos clínicos de forma a atingir as respetivas competências.

Este capítulo, dividido em dois subcapítulos, começa por contextualizar o primeiro campo de prática clínica, no âmbito da UC do 1º ano "A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica" descrevendo o contexto e fazendo uma sucinta análise crítica das competências desenvolvidas, como ponto de partida para o Estágio realizado na UC "Estágio Final e Relatório". Posteriormente, são descritos os dois contextos de estágio correspondentes à última UC mencionada, abordando as características gerais de cada instituição seguindo-se uma descrição mais específica de cada serviço. Em relação ao desenvolvimento de competências nestes contextos, estas são descritas de forma mais pormenorizada no capítulo seguinte através da apresentação das atividades realizadas e da respetiva análise crítico-reflexiva das mesmas.

#### 3.1. Contextualização da Prática Clínica na UCIP

O caminho para o desenvolvimento de competências enquanto EE, foi iniciado com o estágio do segundo semestre, na UC "A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica", numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Hospital do norte do país no período de 2 de maio a 25 de junho do ano de 2022. Foi um contexto de estágio desafiante e enriquecedor, não só pelas experiências vivenciadas, mas também pelo contacto com profissionais experientes e detentores de um conhecimento diferenciado e baseado na evidência científica mais atual.

A realização de um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é essencial para o desenvolvimento e crescimento de um enfermeiro com EEMC na área da PSC. Pretende-se

que os cuidados prestados numa UCI sejam cuidados de qualidade, contínuos tendo sempre em conta as necessidades da pessoa e a sua total recuperação. Para que tal seja possível é necessário que o EE esteja capacitado para efetuar uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes de forma a prestar cuidados à pessoa e família/cuidador que se encontram perante processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

A UCIP onde decorreu o estágio admitia apenas doentes de nível III, esta categorização de camas por níveis é entendida ao nível dos cuidados que, para Paiva *et al.* (2017), são destinadas a pessoas com duas ou mais disfunções agudas dos órgãos vitais, apresentando potencial ameaça de vida e que, por isso, necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico.

A Unidade era formada por uma sala semiaberta, iluminada com luz natural, com catorze camas ativas das quais dez se encontravam em *open space* e quatro eram quartos de isolamento com parede de vidro e com antecâmara possibilitando ter pressão positiva ou negativa para permitir o isolamento de precaução ou de proteção dos doentes, mediante as suas especificidades clínicas. Na zona central da Unidade situava-se um balcão equipado com computadores e uma central de monitorização que expunha os parâmetros vitais de todos os doentes internados. Na parte posterior do balcão, existia um outro para a preparação de medicação, diversos armários que acomodavam material clínico e o sistema de dispensa de medicamentos semiautomático denominado *Pyxis*® onde estavam armazenados os medicamentos. Este sistema é um dispositivo de dispensa automatizado que permite a gestão, o armazenamento e a dispensa dos produtos farmacêuticos, que é controlado informaticamente por um *software* que está interligado a uma consola central que se encontra no serviço de gestão farmacêutico. O enfermeiro consegue aceder, através de uma senha pessoal, ao perfil de cada doente permitindo-lhe retirar toda a terapêutica que está prescrita. A manutenção do equipamento e reposição dos medicamentos são da responsabilidade dos técnicos e farmacêuticos respetivamente. A implementação deste tipo de sistema destaca-se, sobretudo, pela redução do risco de erro associado à prestação de cuidados de saúde levando, consequentemente, ao aumento da segurança do doente. (Câmara, 2018).

A distribuição dos enfermeiros por doente era feita utilizando a escala *Nursing Activities Score* (NAS), como instrumento de medida para obter o índice de carga de trabalho de enfermagem. Este instrumento, para além de fiável do ponto de vista da investigação, mostrou ser muito útil relativamente à gestão da equipa de enfermagem, assim, surge em

Portugal através de um estudo realizado por Macedo *et al.* (2016) com o objetivo de realizar a sua adaptação e validação para o contexto português. A atribuição dos doentes pelos enfermeiros era feita pelo enfermeiro responsável do turno verificando-se uma razão de 1:1 ou 1:2 consoante a carga de trabalho previsível por doente. Segundo Macedo *et al.* (2021, pg. 27) existem estudos que comprovam que, perante doentes que despendem de mais tempo para a prestação de cuidados, o rácio adequado de enfermeiros pode diminuir o surgimento de “infecções associadas aos cuidados de saúde, pneumonias associadas à ventilação, quantidade e tipologia de lesões cutâneas, tempo de ventilação mecânica, tempo de internamento, risco de mortalidade e garantir a segurança do doente, assim como o *burnout*, insatisfação profissional e diminuição de lesões músculo-esqueléticas nos profissionais de saúde”. O instrumento de medida NAS foi idealizado para uma aplicação retrospectiva medindo o tempo que o enfermeiro despendeu na prestação de cuidados aquele doente nas últimas 24 horas. É considerado um instrumento confiável, e válido para medir a carga de trabalho dos enfermeiros nas UCI portuguesas (Macedo *et al.*, 2021). Em relação ao número de enfermeiros por turno, existiam sete, havendo ainda nos turnos da manhã e tarde, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Existem estudos que destacam a importância da mobilidade da PSC de forma a prevenir complicações que se traduzem posteriormente em sequelas físicas, funcionais, cognitivas e mentais, daí a importância de existir nas UCI enfermeiros especialistas nesta área (Prazeres *et al.*, 2021).

No decorrer do estágio houve oportunidade de participar em atividades de gestão uma vez que à Enfermeira Tutora cabia, por vezes, o papel de responsável de turno. Essas atividades passavam por elaborar/atualizar o plano de trabalho, providenciar a reparação de anomalias nas instalações e equipamentos, providenciar a reposição de fármacos ou material necessário à prestação de cuidados, conferir e registar o *stock* de estupefacientes no turno, registar o número de derivados de sangue em *stock* no turno, coordenar a permanência de familiares junto de doentes terminais ou daqueles cuja situação clínica justificasse, entre outros. Houve também a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Chefe do serviço no exercício da sua função de forma a conhecer também a gestão do ponto de vista de chefia. Desta forma, foi adquirida consciência e conhecimento de como é feita a gestão de recursos humanos e materiais numa UCIP. Os gestores em Enfermagem são também responsáveis pela criação de ambientes de trabalho que influenciem positivamente o desempenho dos seus enfermeiros. Uma liderança autêntica e transparente que reforça o sentido do trabalho, promove a participação na tomada de decisão e que expressa confiança na equipa de

enfermagem facilitam o atingimento das metas organizacionais, assim como, a promoção da autonomia (Pinho, 2020).

A prestação e gestão dos cuidados de enfermagem à PSC, a relação terapêutica com o doente, respeitando valores, crenças e privacidade, a supervisão clínica dos cuidados, o acompanhamento do doente crítico na realização de exames, a aplicação de conhecimentos teóricos na prática clínica e reflexão sobre a mesma através de juízos critico-reflexivos com a Enfermeira Tutora, foram algumas das atividades desenvolvidas. Foi possível contactar com doentes com diversas patologias, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, assegurando uma vigilância contínua desde a preparação da unidade, à admissão, estabilização hemodinâmica e alta clínica. No sentido de monitorizar o doente crítico destacaram-se os vários momentos em que houve necessidade de recorrer procedimentos de monitorização hemodinâmica invasiva, como a monitorização intra-arterial ou a monitorização da pressão venosa central. Utiliza-se a monitorização intra-arterial quando há necessidade de uma monitorização contínua da pressão arterial, este acesso permite também uma colheita rápida de sangue para obter gasometria arterial ou outras amostras laboratoriais. A pressão venosa central consiste na medição da pressão na veia cava superior, junto à entrada da aurícula direita por meio de um cateter venoso central. Ambos os procedimentos exigem uma intervenção asséptica existindo no serviço protocolos e diretrizes da prevenção e controlo de infeção.

As UCI abarcam doentes em estado grave e com múltiplas comorbilidades, por isso, precisam de profissionais com formação específica bem consolidada de forma a dar resposta a essas necessidades. Devem integrar a equipa enfermeiros formados e familiarizados com as imensas técnicas utilizadas nas Unidades que são necessárias para tratar a PSC – via aérea, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral, monitorização metabólica, diferentes técnicas de substituição renal e eventualmente hepática, membrana de oxigenação extracorpórea, etc. – para além dos procedimentos comuns à atividade de Enfermagem (Pinho, 2020).

Surgiu como preocupação, dada a complexidade associada e a falta de experiência, a pessoa com ventilação mecânica invasiva e/ou alvo de técnicas de substituição renal, com as quais houve oportunidade de lidar. De forma a facilitar a abordagem e compreensão da assistência à pessoa alvo desses procedimentos, foi importante aceder aos protocolos existentes no serviço e a pesquisa em bases de dados científicas, assim como, a consulta de algumas

normas. A técnica de substituição renal com que houve oportunidade de contactar foi a hemodiafiltração venovenosa contínua através do sistema *Prismaflex* que tem como funções o controlo metabólico, a remoção de fluidos, o controlo ácido/base e o equilíbrio de eletrólitos que, através de um acesso vascular, atua de forma contínua. Durante a técnica é necessário anticoagulação do circuito extracorporal para manter a sua funcionalidade sem interrupções e que pode ser feita com heparina ou citrato. A utilização de citrato implica também soluções dialisantes e/ou de reposição especiais e a infusão endovenosa de cálcio (cloreto de cálcio) no doente de forma a evitar a hipocalcémia. A utilização de fármacos cujo contacto até à data tinha sido reduzido, suscitou também alguma preocupação, daí ter também sido necessário fazer uma pesquisa mais aprofundada sobre eles relativamente à sua farmacocinética e farmacodinâmica, permitindo compreender melhor a sua utilização, são exemplos o Propofol, Fentanilo, Dexmedetomidina Rocurónio, Midazolam, Noradrenalina, Dobutamina, Dopamina, Isoprenalina, entre outros. Para Pinho (2020), é considerada uma prática de Enfermagem baseada na evidência a junção da melhor evidência científica existente com a experiência e os valores e preferências do cliente, o que deve resultar em ganhos para o doente e para o profissional.

Os registos médicos e de enfermagem da UCIP são feitos através do programa informático B-ICU.CARE. Para Silva (2012), a utilização de um sistema de informação competente e eficaz e que possui as ferramentas certas, pode trazer grandes melhorias não só ao nível do tratamento dos doentes nas UCI, como também à gestão de todos os seus recursos humanos ou financeiros.

A comunicação com a pessoa doente e com a sua família/cuidador é também um processo importante e de grande complexidade. A integração da família nos cuidados ao doente e a disponibilidade para fornecer informação parecem diminuir o impacto do internamento na qualidade de vida da família aumentando o seu grau de satisfação (Pinho, 2020). Ao identificarem as reais necessidades da família, os enfermeiros conseguem estabelecer uma relação de ajuda e confiança que facilita a inclusão da família no processo de cuidar. No decorrer do estágio foi identificada a necessidade de um procedimento que ajudasse os enfermeiros na abordagem à família de forma a satisfazer as suas necessidades e facilitar a comunicação com a mesma. Posto isso, surgiu a oportunidade de desenvolver um trabalho intitulado “Abordagem da Família da Pessoa em Situação Crítica em contexto de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos” que se encontra no apêndice I, onde foi desenvolvido um leque de orientações para o ensino à família de forma a ajudar o enfermeiro

na relação com a mesma. Meleis, na sua Teoria das Transições, destaca o enfermeiro como agente facilitador do processo de transição saúde-doença, dando ênfase ao papel da família da PSC e à importância da satisfação das suas necessidades (Silva *et al.*, 2019). Este trabalho permitiu sistematizar o papel do enfermeiro na abordagem da família da PSC de forma a responder às suas necessidades, ajudar no processo de transição e ao mesmo tempo uniformizar a forma de atuação dos profissionais do serviço, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados. Vários estudos demonstram que os sobreviventes de doença crítica, após a alta da UCI, desenvolvem o chamado “síndrome pós-cuidados intensivos” que pode levar a pessoa a desenvolver um novo diagnóstico de doença mental (Fernando, Ranzani e Herridge, 2022). Segundo os mesmos autores, os familiares/cuidadores são afetados de forma semelhante estando este acontecimento relacionado com o tempo de dependência da pessoa doente que pode ser um enorme fardo. Posto isto, é importante que o enfermeiro tenha, o mais precocemente possível, um papel interventivo perante a família no sentido de a ajudar na adaptação às mudanças, facilitar a comunicação, aumentar a tomada de decisão, promover o *coping* e reduzir a tensão do papel (Fernando, Ranzani e Herridge, 2022).

A formação em serviço é uma parte da formação contínua que reforça os conhecimentos base e a aquisição de novas competências e práticas de cuidados de saúde, em contexto de local de trabalho. De forma a otimizar o desempenho profissional e, conseqüentemente, os resultados obtidos, é importante que as instituições de saúde adotem medidas que promovam a prática baseada na evidência (Coimbra, 2021). Na Unidade, existia um grupo de enfermeiros responsável por identificar as necessidades de formação da equipa de Enfermagem e elaborar um plano de formação anual. Existiu a possibilidade de frequentar duas formações durante o estágio, uma designada “Ventilação Mecânica Não Invasiva” e a outra “Cateteres Epidurais”, que permitiram a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens. A constante aquisição e atualização de conhecimentos permite que os cuidados sejam prestados com maior segurança, o que traduz um impacto positivo na qualidade dos cuidados, com práticas mais eficazes e experiências satisfatórias para os doentes e familiares.

### 3.2. Contexto do Serviço de Urgência e da Emergência Extra-Hospitalar

O Serviço de Urgência é, muitas das vezes, a linha da frente no que diz respeito ao contacto do doente com o serviço de saúde. Contudo, o objetivo dos SU é o tratamento de doentes graves, estando os seus profissionais treinados e preparados para tal.

O artigo 2 do despacho nº 10319/2014, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República, 2ª série – Nº153 – 11 de agosto de 2014, refere que “A Rede de Serviços Urgência integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: a) Serviço de Urgência Básico (SUB); b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP)” (Saúde M. d., 2014, pg. 20673).

O SU referente ao primeiro contexto da prática clínica do 3º semestre está caracterizado como um SUP, sendo este o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência que, para além dos recursos pertencentes ao SUMC, deve ainda dar uma resposta mais específica às valências médico-cirúrgicas mencionadas no despacho acima referido (Saúde M. d., 2014).

Pelo menos 50% dos enfermeiros que fazem parte das equipas de atendimento da Rede de Urgência nos SUB, nos SUMC e nos SUP devem possuir competências específicas do EE em Enfermagem na área da PSC, atribuída pela OE. A formação dos enfermeiros do SU deve também contemplar obrigatoriamente formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) (OE, 2019).

Relativamente à estrutura física do SU em questão, esta iniciava-se por um posto de admissão onde se fazia abertura de episódio de urgência do doente. De seguida, dava-se o primeiro contacto com o enfermeiro que aplica a Triage de Manchester e que procede à sua identificação através de uma pulseira, com a respetiva cor de triagem, com os dados do doente. Posteriormente, os doentes são encaminhados para as diferentes salas de espera das diversas áreas, podendo ser a área cirúrgica/trauma, área médica ou especialidade, e aguardam a primeira observação médica. Existiam também duas salas, denominadas Unidades de Decisão Clínica (UDC) onde na UDC 1 eram encaminhados os doentes mais dependentes triados com a cor verde e a UDC 2 comportava os doentes com necessidade de monitorização mais apertada que correspondia às cores amarelo e laranja. Contudo, mediante a clínica que apresenta a pessoa e os critérios identificados pelo enfermeiro da triagem, podem ser ativadas as Vias Verdes AVC (Acidente Vascular Cerebral) e Coronária, respeitando os protocolos inerentes da instituição. Relativamente à grávida e às crianças (idade inferior a 18 anos) estes eram triados e encaminhados noutra local do SU de forma a não estarem a contacto com os outros tipos de doentes.

Em relação à distribuição dos enfermeiros por área no SU esta estava pré-definida, podendo no entanto esta alocação ser ajustada mediante as necessidades como, por exemplo, se houvesse uma grande afluência a uma área específica. Esta estratégia além de ser adequada em termos de rentabilização de recursos humanos, é também estimuladora do espírito de equipa, incitando nos enfermeiros uma visão global do SU.

O SU tinha duas Salas de Emergência (SE), uma ao lado da outra, situadas estrategicamente junto à entrada do serviço e próximas da área de triagem. Para lá eram encaminhados os doentes vindos do exterior mais graves e em perigo iminente de vida, triados com pulseira vermelha. No entanto, recebia também doentes que agudizassem no SU ou noutra serviço do hospital, doentes que vinham acompanhados pela equipa de Emergência Médica Interna (EMI) do hospital, ativada através do número telefónico interno.

Existiam também na estrutura física do SU áreas específicas e separadas para realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente Radiografia e Tomografia Axial Computorizada (TAC).

A passagem pelo SU foi importante não só para relembrar conhecimentos e técnicas relacionadas com o doente urgente, mas também para conhecer novas abordagens e desenvolver competências na vigilância da PSC com súbitas alterações da clínica dada a dificuldade acrescida de que na sua maioria não estão monitorizados. Permitiu, por isso, aprimorar a capacidade reconhecer mudanças, quer no aspeto físico do doente, quer a nível fisiológico, prevenindo situações de crise e antecipando complicações.

O segundo momento de contexto de prática clínica decorreu no âmbito da EEH, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). A escolha pelo contexto da EEH surgiu pelo interesse em experienciar e dar respostas eficazes a situações de urgência/emergência fora do ambiente hospitalar contribuindo para a aquisição de competências como EE.

O Ministério da Saúde tem na sua constituição um organismo, que abrange Portugal Continental, denominado INEM e que é responsável pelo funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) que garante aos lesados ou vítimas de doença súbita a rápida e correta prestação de cuidados de saúde. Tem como principais tarefas a prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência e o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema. É acionado através do número europeu de emergência 112 e as chamadas são atendidas em centrais de emergência da Polícia de Segurança Pública que, tratando-se de

situações de saúde, são encaminhadas para os Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Para além do CODU existem outros subsistemas integrados no INEM no sentido de dar orientação e apoio noutros tipos de emergências. São exemplos o CODU-MAR, que presta auxílio na evacuação marítima, acolhimento em terra e orientação para uma unidade hospitalar, e o CIAV (Centro de Informação Antivenenos), responsável por fornecer informação toxicológica relativa ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos em contexto de intoxicações agudas ou crónicas (INEM, 2013).

O INEM dispõe de múltiplos meios para responder com eficácia a situações de emergência médica de forma a garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do SIEM. As ambulâncias, situadas em vários pontos do país, podem estar associadas ao INEM, a corporações de bombeiros ou a delegações da Cruz Vermelha. Podem ser classificadas em vários tipos como, ambulância de socorro, Ambulância de Emergência Médica (AEM), ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e ambulância de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP). Além das ambulâncias existem as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), o helicóptero de emergência médica, a mota de emergência médica e a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) (INEM, 2013).

O estágio foi repartido entre dois meios de emergência no norte de Portugal, a VMER e a ambulância SIV, sendo que a maioria das horas de estágio foram realizadas no último meio mencionado.

Segundo o INEM (2013), as ambulâncias SIV, tripuladas por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH), visam a estabilização da vítima no extra-hospitalar e o seu adequado acompanhamento para a unidade hospitalar mais apropriada, tendo também o papel de realizar transportes secundários. Têm como funções a administração de fármacos, assim como, a realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos implementados. São tripuladas por um TEPH e um enfermeiro e dependem diretamente do CODU, estando situadas em unidades de saúde e podendo, ou não, estar integradas num hospital. A ambulância SIV onde decorreu o estágio estava integrada num SUB e dava resposta ao nível da região do alto Minho, sendo a equipa de enfermagem constituída por enfermeiros do INEM e do SUB em questão.

As VMER, tal como as ambulâncias SIV, têm como objetivo a estabilização no pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou

doença súbita com caráter de emergência. Estas têm sempre uma base hospitalar e são também dependentes diretas do CODU. Tripuladas por um enfermeiro e um médico, dispõem de equipamento para Suporte Avançado de Vida (SAV) em situações do foro médico ou traumático (INEM, 2013). Segundo Coimbra (2021), para trabalhar nesta viatura de emergência o enfermeiro necessita de ter competências técnico-científicas, pessoais, relacionais, comunicacionais, ético-morais, de melhoria contínua da qualidade e de capacidade de gestão de eventos críticos.

A VMER do contexto de estágio pertencia a um hospital da região Norte onde a equipa de enfermagem era formada pelos profissionais do SU do hospital.

Existiu também, no dia 7 de dezembro, a possibilidade de visitar a delegação Regional do Norte, no Porto, com o intuito de compreender a outra vertente do EH que não está ligada à prestação direta de cuidados. O funcionamento do CODU é permanentemente assegurado por médicos e técnicos que têm como função atender e triar os pedidos de socorro, selecionar e acionar os meios mais adequados, acompanhar as equipas de socorro no terreno e contactar as unidades de saúde para onde serão encaminhadas as vítimas com o objetivo de preparar a sua receção (INEM, 2013).

#### 4. Ser Enfermeiro Especialista: Desenvolvimento de Competências na abordagem à Pessoa em Situação Crítica

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, o desenvolvimento das competências apresenta especial importância na capacidade comunicacional, de liderança, de gestão, de ensino, de capacidade de pensamento crítico que promovem a capacidade de compreensão e de resolução de problemas perante situações novas e questões complexas (DGES, 2019). O mestrado permite capacitar os enfermeiros com um conjunto de conhecimentos e habilidades que os tornam agentes de mudança e promoção da saúde levando a prestação de cuidados ao mais alto nível.

O enfermeiro de cuidados gerais tem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao doente e família. Por outro lado, o enfermeiro especialista tem competência científica, técnica e humana para a prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados na área da sua especialidade (OE, 2019). O EE em enfermagem na área da PSC é reconhecido como uma referência e uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade prestados de forma contínua à pessoa e famílias alvos dos seus cuidados. Estes cuidados podem suceder de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que deixam a vítima numa situação de falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e da qual a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Exigem observação, colheita e procura contínua, de informação que permita prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção competente e rápida aqueles que são alvo do seu cuidado (OE, 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) o EE, independentemente da sua área de especialização, tem como base para o exercício da sua função as competências comuns que assentam em quatro domínios, sendo eles, responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. É com base nesses domínios que foi desenvolvido este capítulo relacionando cada um deles com as atividades desenvolvidas nos campos de estágio do SU e da EEH permitindo assim a aquisição de competências como EE com especialização em EMC na área da PSC.

#### 4.1. Responsabilidade Ética e Legal

O exercício profissional de cada enfermeiro deve ser pautado por uma prática segura e ética, com base na tomada de decisão ética e deontológica, como previsto nas competências do enfermeiro especialista (OE, 2019). Durante a prática clínica decorrente nos estágios, foi adotada uma postura respeitadora das normativas expostas no Código Deontológico e no REPE, privilegiando a relação terapêutica com a pessoa doente e família/cuidador.

Para a OE (2019), o enfermeiro deve salvaguardar o respeito pela dignidade, privacidade e autonomia de cada doente. Durante o período de estágio foi procurado garantir essas mesmas premissas aquando da prestação de cuidados, apesar de ser algumas vezes uma tarefa de grande dificuldade dada a afluência de utentes ao SU, que torna difícil a gestão do espaço físico. A administração de fármacos ou a execução de colheitas para análise, por vezes, ocorrem sobre o olhar dos outros utentes que se encontram na sala e, embora existam cortinas para individualizar os espaços, são muitas vezes insuficientes dada a grande afluência de pessoas. Contudo, foi sempre procurado proporcionar um ambiente o mais privado e seguro possível para a prestação de cuidados, garantindo o bem-estar de cada doente.

Um dos vários papéis do enfermeiro é esclarecer, informar e deixar que a própria pessoa decida sobre si garantindo que está ciente da decisão que toma e das suas consequências. Sempre que o estado clínico da pessoa doente o permitia, antes da realização de qualquer procedimento (como por exemplo, cateterização venosa, algaliação, entubação nasogástrica, etc.) ou da exposição corporal da pessoa, foi procurado o consentimento livre e esclarecido junto da mesma. No entanto, quando tal não era possível, como é o caso de doentes com nível de consciência comprometido incapazes de participar na tomada de decisão, com ausência de familiares, de diretiva antecipada de vontade ou da existência de um representante legal, essa responsabilidade era assumida pela equipa de saúde que tem de ponderar vários fatores, considerando o princípio da beneficência e da não maleficência objetivando a recuperação do doente. A equipa clínica responsável pelos cuidados a determinada pessoa, após a avaliação da condição da mesma e dos seus interesses, se estiver convicta de que uma dada medida terapêutica de suporte de vida provocará mais dano do que benefício, então tal não deverá ser tentado mesmo sabendo que o doente poderá morrer por ausência do mesmo. Contudo, é obrigatório discutir a situação com o doente e família, esclarecendo a decisão de não realizar determinada medida e, posteriormente, arranjar alternativas adequadas (Caires, Correia e Lohmann, 2021).

A prestação de cuidados é realizada com base numa relação de confiança. Os enfermeiros utilizam instrumentos e metodologias de recolha de informação como, por exemplo, a recolha de dados realizada em situação de acolhimento no hospital. Essa recolha de dados, apesar de ser feita para um potencial benefício à própria pessoa, é sempre uma ingerência na vida e nos sentimentos pessoais da mesma. Daí que seja necessário assegurar a confidencialidade de tudo o que foi dito ou escrito sob sigilo profissional (OE, 2015).

O dever de cuidar colide por vezes com o dilema ético da equidade e da justiça quando se fala na abordagem à PSC. A priorização dos cuidados, o tempo despendido para cuidar de cada pessoa, lidar com a dor do outro, cuidar da pessoa em fim de vida sem a família presente, são algumas das questões que o enfermeiro enfrenta na sua prática clínica.

No âmbito da componente prática realizada no INEM, a maioria das ativações da ambulância SIV ou da VMER estão relacionados com situações fisiopatológicas do foro médico, nomeadamente a PCR. A decisão de iniciar ou suspender medidas de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), são um desafio na EEH mediante fatores como o desconhecimento acerca da história clínica da pessoa, meios complementares de diagnóstico limitados e o desconhecimento da hora de início do evento e do início das manobras de SBV. Segundo o INEM (2012) não são tomadas medidas de SBV se estiverem presentes indicadores de morte evidente como é o caso de putrefação de cadáver, desfragmentação ou sinais de rigidez cadavérica. Nas *guidelines* do Conselho Europeu de Ressuscitação (2021) a decisão de iniciar ou suspender medidas de RCP está também relacionada com os princípios éticos, pois, é importante considerar o prognóstico do doente, tendo em conta que apesar de existirem técnicas médicas cada vez mais avançadas capazes de prolongar a vida, é necessário pensar no custo que terá para a qualidade de vida da pessoa. Contudo, na ausência médica o enfermeiro do meio SIV tem de implementar as medidas de RCP previstas e protocoladas o que, em certas situações, levanta questões ético-legais. Foram momentos importantes para o desenvolvimento de competências a reflexão com o Enfermeiro Tutor sobre a vivência deste tipo de experiências.

A complexidade dos cuidados prestados neste tipo de situações pode fazer com que, em alguns momentos, se atribua menor importância à família como alvo de atenção dos cuidados. Uma das ativações com a VMER tratou-se de uma pessoa de 46 anos do sexo masculino em PCR no domicílio, onde tinha sido a esposa a fazer o pedido de socorro. Após o médico certificar o óbito houve necessidade de direcionar os cuidados para a esposa que

se encontrava em choque perante aquela situação. Através do diálogo, empático e assertivo, foi possível dar algum conforto à senhora tentando perceber também a sua história de vida. Concluiu-se que o melhor seria ativar o meio UMIPE para dar mais apoio àquela família, pois, uma das preocupações da senhora era como ia dar aquela notícia aos filhos adolescentes que estariam prestes a chegar a casa. Com uma intervenção precoce é possível reduzir o *stress* emocional do acontecimento, promover a resiliência e capacitar o indivíduo com estratégias de  *coping*  que lhe permitam lidar com a situação reduzindo a probabilidade de desenvolver psicopatologia (Beja  *et al* , 2018).

Os contextos de estágio, ricos na diversidade de experiências, permitiram o cumprimento dos objetivos previamente definidos que visavam o desenvolvimento de uma visão apoiada em valores éticos, científicos e culturais incitando uma intervenção multiprofissional e interdisciplinar junto das populações, tendo em vista o alívio do seu sofrimento. Conclui-se que o exercício da prática de enfermagem foi desempenhado com uma postura profissional, ética, legal e humanizada, com uma tomada de decisão assente no conhecimento científico, prático e na experiência obtida permitindo desenvolver competências como EE previstas pela OE (2019) para este domínio, tais como, o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal com base nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional e a execução de práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

#### 4.2. Melhoria Contínua da Qualidade

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa e/ou grupo de pessoas (família ou comunidades). No processo da tomada de decisão, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Basear a prática na evidência é recorrer a estudos científicos, desenvolvidos com rigor metodológico, com o intuito de orientar a tomada de decisão e a conduta prática perante cada situação. É através da literatura que se estabelecem padrões de comportamento sendo, por isso, uma ferramenta de trabalho imprescindível à excelência dos cuidados. O decorrer do estágio assentou na busca de literatura procurando o esclarecimento de dúvidas e novos conhecimentos que ajudassem a solidificar os conhecimentos adquiridos até então. De salientar que a discussão e análise com os Tutores e outros elementos das equipas também foram um contributo importante para esse desenvolvimento. Segundo Pinho (2020, pg. 59), o “*debriefing* é

descrito como uma discussão reflexiva orientada que visa ajudar o participante a identificar lacunas no seu conhecimento e competências”.

Na Enfermagem, a qualidade e a segurança dos cuidados dependem da adoção de boas práticas por parte dos enfermeiros. É importante que o enfermeiro tenha uma atitude crítica perante as ações que desempenha baseando-se na melhor e mais atual evidência científica e tornando-se assim um profissional de referência para a equipa (Duarte *et al.*, 2020). Com o objetivo de nortear e proporcionar os melhores cuidados à PSC foi procurado, nos distintos locais de estágio, a adoção de boas práticas desde o ato mais simples, como a correta higienização das mãos, a orientações mais detalhadas relacionadas com os cuidados à pessoa com tubo endotraqueal e submetida a ventilação mecânica incluindo as normas relacionadas com o respetivo equipamento (ventilador e circuito), controlo de infeção, comunicação, entre outros.

A equipa do SU onde decorreu o estágio encontrava-se organizada em grupos de trabalho, cada um com uma área de interesse distinta, com o objetivo de elaborar normas, procedimentos e/ou protocolos dentro de cada área de ação. Periodicamente, eram ministradas formações por cada grupo de trabalho aos restantes elementos da equipa. Contudo, com o surgimento da pandemia COVID-19 estas formações foram interrompidas e até à data de término do estágio não tinham ainda sido retomadas.

Nas experiências e conhecimentos adquiridos em contexto de estágio, seja através de momentos formativos ou decorrentes da prática de cuidados, a aprendizagem deve também ter um caráter pessoal. Assim, no caminho rumo a EE, foi dedicado tempo à atualização de conteúdos, busca de conhecimentos e momentos formativos e de aprendizagem através, não só da participação em formações, mas também através de momentos de reflexão com os Tutores e equipa multidisciplinar e através de pesquisa em bases de dados científicas a partir da EBSCO. Um estudo realizado por Audet, Bourgault e Rochefort (2018), contrariamente ao que geralmente se pensa, mostra que o número de anos de experiências de trabalho não traduz melhor nem mais segura a prática clínica. Os mesmos autores demonstram que existe evidência que sugere que uma maior formação das equipas de enfermagem está associada a melhores *outcomes* nos pacientes, sendo por isso importante investir na formação das mesmas. Face ao exposto, é importante que os enfermeiros mantenham os seus conhecimentos atualizados através de formações e da procura de evidência científica mais atual, de forma a satisfazer as suas necessidades, como ocorreu durante todo o percurso

acadêmico da aluna sobre temas como, por exemplo, controle de infecção, boas práticas, supervisão clínica, transporte da PSC, ventilação mecânica invasiva, entre muitas outras.

No SU houve oportunidade de participar numa formação dada por uma empresa particular sobre ventilação mecânica não invasiva (VMNI) que tinha como objetivo dar a conhecer os dispositivos que existiam no hospital, mas também, os dispositivos domiciliários que podiam surgir no SU com os doentes. Durante a sessão para além de abordado o tema sobre o mecanismo de ventilação, houve também a demonstração de diferentes equipamentos que podem ser utilizados no domicílio, o que demonstrou ser uma mais valia dada a grande diversidade de aparelhos com que os enfermeiros se podem deparar. Os aparelhos de ventilação não-invasiva funcionam como ventiladores que insuflam ar, aumentando a pressão nas vias respiratórias, facilitando as trocas gasosas. O objetivo da utilização de dispositivos de ventilação no domicílio é o controlo dos sintomas consequentes da doença da pessoa, sendo do médico a responsabilidade da escolha do ventilador, do modo ventilatório e dos parâmetros utilizados. Atualmente existem diversos tipos e modelos de ventiladores e a escolha do dispositivo tem de ter em conta a adaptação e o conforto do doente, pois, é sobretudo daí que depende o sucesso da ventilação. Os dispositivos são classificados de acordo com as variáveis que controlam durante o momento de inspiração como a pressão, o volume, o fluxo ou o tempo (Thompson, 2015). Sendo esta uma técnica indispensável no tratamento de várias patologias do foro respiratório e, nomeadamente, em situações de emergência, implica que os profissionais de enfermagem tenham formação em VMNI devido à intervenção fundamental que têm para o sucesso da mesma, ao prepararem o doente para o início do tratamento, garantindo a sua colaboração, conforto e prevenindo complicações (Fernandes, Branco e Rodrigues, 2019). Vários estudos demonstram que a utilização de VMNI é responsável pelo desenvolvimento de lesões provocadas por pressão o que, para além de criar outras complicações para o doente no período de internamento, representa um mau indicador da qualidade dos cuidados. Uma estratégia viável para prevenir este tipo de complicações é a utilização de *bundles* que funcionam como um conjunto de intervenções, baseadas em evidência, que quando implementadas em simultâneo geram resultados positivos (Silveira *et al.*, 2021).

Sendo a segurança dos cuidados especializados um dos padrões de qualidade em EMC é necessário que se implementem intervenções seguras que salvaguardem a segurança de todos os intervenientes, ao longo de todo o processo de cuidar. Para tal, é necessário a criação de ambientes seguros, isento de riscos, com o mínimo de ocorrência de eventos adversos, e com

a capacitação das equipas profissionais (OE, 2017). A título de exemplo, os profissionais de saúde envolvidos no transporte do doente crítico devem antecipar todas as complicações possíveis de forma a manter o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o processo de transporte. No SU do hospital onde decorreu o estágio, foi detetada a necessidade de um documento que auxiliasse o enfermeiro, quer na logística do transporte, quer no registo de intercorrências durante a efetivação do mesmo. Após ter sido constatada essa lacuna, foi elaborado um trabalho (apêndice II) sobre o transporte secundário da PSC e a importância de documentar todos os acontecimentos durante a sua efetivação tendo sido desenvolvido um documento que permitisse fazer esses mesmos registos. O transporte da PSC é um período de grande instabilidade podendo levar a complicações que agravam a situação clínica do doente, por isso, essa decisão deve ser tomada tendo em consideração o risco/benefício que trará para a sua saúde (SPCI e a OM, 2008). Os profissionais de saúde envolvidos no transporte do doente crítico devem antecipar as complicações possíveis de forma a manter o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante um transporte. Os registos de enfermagem são importantes fornecedores de informação objetiva aos profissionais de saúde garantindo a continuidade dos cuidados e diminuindo o risco de perda de informação (Pinho, 2020). O trabalho desenvolvido perspetivava ser um elemento facilitador na atuação do enfermeiro perante o transporte da PSC através da criação de um instrumento que auxiliasse a organização das fases do transporte inter-hospitalar de forma a garantir práticas seguras. O documento elaborado teve por base as três fases definidas pela SPCI e pela OM (2008), decisão, planeamento e efetivação, permitindo registar em intervalos adequados, o estado do doente ao longo do transporte, assim como, todas as intervenções que eram executadas pela equipa de transporte. Existe evidência científica de que o uso de equipas dedicadas exclusivamente às transferências melhora os *outcomes* dos doentes transferidos (Fernandes, 2021), assim como, todos os elementos da equipa de transporte devem ser detentores do curso de Suporte Avançado de Vida, como requisito mínimo para o transporte da PSC.

Durante o estágio desenvolvido na UCIP, houve oportunidade de presenciar a realização de uma auditoria interna em que a Enfermeira Chefe da Unidade verificava se os enfermeiros durante a prestação de cuidados respeitavam os cinco momentos de higienização das mãos. Para Caveião *et al* (2015), o enfermeiro auditor é responsável pela promoção da melhoria da qualidade dos cuidados, pela gestão da equipa e dos materiais, assim como, pelo alcance dos objetivos da instituição onde trabalha. Foi possível compreender, de forma informal, que o

processo de auditoria não era bem aceite pelos profissionais, pois, o facto de serem observados perante a execução do seu trabalho suscitava alguma ansiedade e, por vezes, receio de algum juízo crítico face às suas intervenções. Perante as circunstâncias da EEH, num dos momentos de reflexão com o Enfermeiro Tutor da ambulância SIV, surgiu a dúvida de como poderia ser feito o processo de auditoria neste contexto tão particular. Concluiu-se que existia então a necessidade de implementar um processo de supervisão tendo em vista a melhoria da *práxis* dos enfermeiros.

No seguimento do referido anteriormente, foi desenvolvido um trabalho na área da Supervisão Clínica (apêndice III) evidenciando os seus contributos para a prática de enfermagem na EEH através da aplicação de um modelo denominado *SafeCare*. É possível afirmar que foi nos Estados Unidos da América que a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) teve o seu início através de Hildegard Peplau, sendo pioneira quando fundou uma teoria de médio alcance onde destacava a importância do acompanhamento e supervisão das práticas (Garrido *et al.*, 2008). Em Portugal, o conceito de supervisão evoluiu a partir de um contexto de formação onde, segundo Alarcão e Tavares (2007, pg. 16), se definia como “o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, acompanha um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”. Após uma pesquisa sobre a evolução e desenvolvimento dos diferentes modelos de supervisão clínica ao longo do tempo, estes podem ser definidos tendo em consideração o foco de cada um, podendo assim serem centrados no desenvolvimento, nas funções de supervisão clínica, na relação de supervisão clínica ou nos cuidados ao cliente (Rocha, 2021). A Supervisão Clínica é definida pela OE (2018, pg. 16657) como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”. Mostrou-se importante o processo de refletir com os pares sobre como a supervisão dos cuidados deve ser realizada e encarada como uma oportunidade de melhoria e não como um processo crítico ou de avaliação. Um modelo de SCE deve proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica.

O Modelo *SafeCare*, desenvolvido por um grupo de investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto e três enfermeiros do Centro Hospitalar do Médio Ave, foi um projeto inovador em Portugal com início em 2011 que apresentou resultados positivos que se

refletiram em melhores e mais seguros cuidados de enfermagem (Teixeira A., 2021). Tem como foco as necessidades e interesses sentidos pelos enfermeiros de cada contexto em estudo e o seu propósito é desenvolver competências nos profissionais através de momentos de formação (Carvalho *et al.*, 2019). Uma das grandes vantagens deste modelo é a sua flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática clínica, posto isso, perante a evidência atual, o Modelo *SafeCare* mostrou ser o mais adequado à realidade da EEH.

Segundo Cruz (2012), em Portugal, as publicações sobre a temática da SCE, tendo em consideração os benefícios para as organizações de saúde, enfermeiros e clientes, são escassas, por isso, segundo a autora, torna-se essencial a realização de investigação nesta área. No sentido de sensibilizar os profissionais sobre o contributo da SCE foi realizada uma sessão de formação *online* no dia 13 de dezembro para diversos enfermeiros onde foi apresentado o trabalho desenvolvido com o intuito deste ser um elemento impulsionador para uma maior prática de SCE, tendo em vista, a promoção da melhoria contínua dos cuidados.

Ao longo dos estágios, foi adotada uma postura dinamizadora e proativa de forma a garantir ações de qualidade, busca de conhecimento recente e atualizado e a sua inclusão nas intervenções realizadas, promovendo um ambiente de bem-estar com o mínimo de riscos associados. As ações foram sempre desenvolvidas de forma responsável e segura, e de acordo com os interesses dos doentes, promovendo a sua segurança, orientando a *práxis* de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (OMS, 2020) e com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DGS, 2021). Foi possível a integração na equipa multidisciplinar e o desenvolvimento de uma boa relação e espírito de *entreaajuda*. Através das atividades descritas foi possível alcançar os objetivos definidos que visavam a participação na formação da equipa de enfermagem promovendo uma cultura científica de inovação e criatividade. Assim, as competências adquiridas vão de encontro às pré-definidas passando por: adotar um papel dinamizador e de suporte nas estratégias institucionais; desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando nos programas de melhoria contínua; promoção de um ambiente terapêutico seguro. Quanto às competências específicas do EE no cuidado à PSC destaca-se a capacidade de atuação face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil maximizando a prevenção, intervenção e controlo da infeção.

### 4.3. Gestão dos Cuidados

Segundo a OE (2019), cabe ao EE gerir os cuidados de enfermagem, acrescentando valor às respostas da sua equipa, sendo também responsável por criar uma articulação com a equipa multidisciplinar. Desta forma, deve também ser capaz de gerir os recursos físicos, humanos e materiais mediante as diferentes situações e contextos, garantindo sempre a segurança e qualidade máxima dos cuidados.

Os sistemas de informação constituem uma ferramenta indispensável na gestão e organização dos cuidados de enfermagem, devendo ser considerados como aliados na construção de planos individualizados a cada doente.

Relativamente ao SUP do contexto estágio, os registos de enfermagem eram feitos através do programa informático *Glintt*. Apesar de não ser familiar, por nunca ter existido contacto com o mesmo, foi relativamente fácil a adaptação ao mesmo após algumas utilizações por se tratar de um programa muito intuitivo e ajustado à realidade do SU. Em relação aos registos clínicos na EEH, estes são feitos através da aplicação informática *iTEAMS (INEM Tool for Emergency Alert Medical System)* que permite, em tempo real, a interação do CODU com os meios que estão no terreno, possibilitando a estratificação da gravidade clínica das ocorrências e contribuindo para uma regulação médica mais eficaz nas situações de maior gravidade. O *iTEAMS* permite aceder aos dados avaliados no local e a tudo o que foi executado, e ainda enviar ao hospital de destino o eletrocardiograma do doente caso tenha sido feito no local (Coimbra, 2021). Como alternativa, caso se verifique alguma falha eletrónica, existem os verbetes que permitem fazer manualmente o mesmo tipo de registos.

Como já foi referido anteriormente, o SU é composto por diferentes áreas e, por isso, o enfermeiro tem de se adaptar aos diferentes métodos de trabalho.

Uma área bastante específica do SU é a triagem onde, no SU em questão, se utilizava a Triagem de Manchester. De uma forma geral, a triagem fornece ao enfermeiro uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Existem 52 fluxogramas (dois deles foram desenvolvidos para lidar com situações de catástrofe), sendo que o que leva o enfermeiro a escolher um fluxograma em detrimento de outro é a principal queixa (sinal ou sintoma), identificada pelo doente ou pelo profissional de saúde, e que motiva a sua ida ao SU. De seguida é necessário proceder à recolha e análise de informações que permitam a determinação da prioridade clínica. O fluxograma estrutura este processo, mostrando discriminadores-chave (perguntas) em cada nível de prioridade, sendo a avaliação feita a

partir da prioridade clínica mais elevada. O tempo alvo previsto para o doente ser observado pelo médico é atribuído por cores (Grupo Português de Triage, 2021).

A triagem é um encontro rápido e focado e, segundo Coimbra (2021), deve ser realizada por um enfermeiro com experiência em emergência, com formação específica em triagem e com forte capacidade de pensamento crítico e de comunicação. Tendo também em conta os aspetos éticos e deontológicos da profissão, o enfermeiro deve responder apropriadamente às questões, solicitações e problemas do utente estabelecendo uma relação empática, relação essa que permite muitas das vezes diminuir sentimentos, como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência demonstrados pelos utentes (Costa, 2020).

A dificuldade inicial não passou pela compreensão dos fluxogramas nem pelas questões adjacentes, até porque a linguagem utilizada é bastante clara e a informação é sucinta. Contudo, a dificuldade incidiu no tipo de perguntas que deveriam ser feitas ao doente e/ou acompanhante e quais os sinais e sintomas que deveriam ser valorizados para conseguir chegar ao fluxograma correto. Com a oportunidade de participação no processo de triagem em diversos turnos, estas dificuldades foram-se dissipando acabando por ser possível realizar de forma mais autónoma este processo. Após a identificação da queixa que leva a pessoa ao SU, é selecionado o fluxograma mais adequado que é composto por um conjunto de sinais e sintomas, denominados discriminadores, que discriminam as prioridades clínicas. O discriminador selecionado resume-se ao primeiro que seja positivo ou que não possa ser negado atribuindo assim uma das cinco prioridades clínicas (Coimbra, 2021).

A gestão e organização dos cuidados no atendimento a uma vítima crítica em fase aguda de doença exige uma adaptação do processo de enfermagem. Em contexto de SE e de EEH, a metodologia de abordagem à vítima adotada foi a *Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure/Environmental Control* (ABCDE). Esta abordagem permite aos enfermeiros realizar um trabalho holístico e sistemático de avaliação da pessoa em situação crítica tornando, posteriormente, a sua abordagem mais rápida e eficaz. Contudo, apesar desta abordagem recomendar uma atuação sequencial, é importante salientar que deve ser efetuada de uma forma horizontal, ou seja, em equipa, tendo cada elemento bem definido o seu papel e responsabilidades perante a situação (Coimbra, 2021).

Durante os estágios surgiram vítimas, tanto na SE, como no contexto da EEH, com diferentes situações de estado crítico, passando por alterações do estado de consciência, monotraumas, politraumas (devido a acidentes de viação ou quedas), e vítimas em PCR. Houve várias

oportunidades de participar no algoritmo de suporte avançado de vida (SAV) em pessoas adultas sobretudo no percurso da EEH. Contudo, aquando o estágio no SU surgiu uma situação pouco frequente com uma criança de quatro anos que entrou na SE em PCR com ritmo de assistolia, tendo sido reanimada após quatro ciclos de SAV. Posteriormente, foi sujeita a laparotomia exploradora ainda no interior da SE procedendo de seguida ao seu transporte para o bloco operatório. No decorrer desta situação, para além da equipa médica e de enfermagem responsável pela SE, foi necessário ativar uma equipa do bloco operatório com cirurgiões, pediatras e enfermeiros. A abordagem do doente em choque é de extrema dificuldade, por isso, deve ser sempre pedido apoio diferenciado, nomeadamente, à medida que o quadro agrava e a necessidade de medidas de suporte de órgão aumenta (Dantas *et al*, 2021).

A equipa alocada à SE é também responsável pela emergência interna, ou seja, sempre que existe uma situação de emergência em algum serviço de internamento ou outro local do hospital (consulta externa, cantina, etc.) a equipa é acionada através de um número interno e desloca-se a equipa de enfermagem e a equipa médica acompanhadas pelo monitor desfibrilhador para o local da ocorrência, podendo também ser necessário levar a mala dos fármacos dependendo do sitio para onde são acionados. Surgiram algumas situações em serviços de internamento em que doentes em choque eram levados para realizar exames complementares de diagnóstico, como por exemplo Tomografia Computorizada (TAC) ou Ressonância Magnética (RMN), passando pela SE e, posteriormente, transferidos para a UCIP do hospital. Segundo Dantas *et al* (2021) a abordagem inicial a um doente aparentemente instável que não está em PCR deve seguir a metodologia ABCDE, seguindo-se a identificação e o tratamento do problema passível de pôr em risco a vida do doente. Os doentes em choque podem apresentar alterações nas diferentes componentes da avaliação ABCDE, contudo, será no elemento *Circulation* que serão identificados os sinais e sintomas que permitirão o diagnóstico e a definição do tipo e da etiologia de choque. Para os mesmos autores, a instabilidade do doente que está na SE influencia a sua avaliação, pois a necessidade de medidas imediatas é condicionada pelas limitações logísticas impostas na colheita da história clínica, na realização de exames complementares de diagnóstico, na colocação de acessos venosos centrais ou de medidas invasivas para monitorização (Dantas *et al*, 2021).

Num dos turnos realizados na ambulância SIV, uma das experiências mais desafiantes correspondeu a um acidente de viação com uma vítima politraumatizada. Foram ativados

para o local, para além da ambulância SIV, uma corporação dos bombeiros e uma equipa policial. Uma das funções do enfermeiro da ambulância SIV é a de *team leader* sendo responsável, não só pela prestação de cuidados, mas também pela gestão das equipas de socorro que estão no local da ocorrência (Mota, Cunha e Santos, 2020). Conjuntamente com a equipa de bombeiros, foi possível desencarcerar a vítima e transportá-la para o interior da ambulância em segurança, devidamente imobilizada em plano duro. Os cuidados de enfermagem em meio SIV estão assentes em protocolos de atuação específicos para cada situação, contudo, é necessário que o enfermeiro tenha competência para avaliar a vítima, diagnosticar precocemente possíveis complicações, atuando de forma a que não aconteçam. É urgente que a Enfermagem marque a sua posição na EEH para que não seja vista como uma profissão tecnicista, pondo em risco a existência de enfermeiros na emergência extra-hospitalar, para tal, é necessário que os enfermeiros recorram à investigação científica para uma prática baseada na evidência (Mota, Cunha e Santos, 2020).

Por serem eventos raros e imprevisíveis, as situações de exceção e catástrofe suscitavam insegurança ao nível da atuação perante esse tipo de cenários. Sejam catástrofes naturais, epidemias, incidentes nucleares ou outros, são situações que provocam um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes. Após o 11 de setembro de 2001 foram realizados estudos que demonstraram que, principalmente nos SU, existiam dificuldades em lidar com vítimas conseqüentes de situações de exceção/catástrofe. Essas dificuldades não estavam relacionadas com o número de vítimas, mas sim com a falta de planeamento, treino e preparação perante este tipo de acontecimento (INEM, 2012). Posto isto, é imprescindível a existência de planos de emergência, externos (exterior ao hospital) e internos (dentro da instituição), que detenham diretrizes e informações necessárias para a execução de procedimentos estruturados capazes de dar uma resposta rápida e eficiente. Estes planos devem ser vistos como instrumentos de trabalho e, por isso, devem ser de conhecimento de todos os profissionais da instituição (Coimbra, 2021).

De forma a contribuir para que os participantes desenvolvam competências instrumentais e não instrumentais para conseguirem integrar as equipas multidisciplinares de forma mais confiante, as práticas simuladas podem ser vistas como uma mais-valia perante situações de exceção/catástrofe. Estas, segundo Pinho (2020, pg. 59), “devem começar com uma orientação para a experiência (*briefing*), seguindo-se o episódio de cuidado (o caso de simulação) e, finalmente, um período de análise de experiência (*debriefing*)”. Não tendo sido possível participar em nenhuma atividade de simulação durante o período de estágio, quer

ao nível do SU quer da EEH, foi importante discutir e analisar com os Tutores os protocolos de atuação e planos de emergência percebendo como seria feita a gestão e execução de todo o processo. Segundo o *International Council of Nurses* (2009), os enfermeiros são elementos cruciais perante situações de exceção e catástrofe pela capacidade de prestação de cuidados, criatividade, adaptação, liderança e variedade de competências.

Através das diversas experiências vivenciadas, partilhadas e refletidas com os Tutores de estágio, conclui-se que a gestão é uma ferramenta imprescindível a todas as organizações de saúde. Essas vivências foram essenciais no processo de formação como EE com EEMC, fomentando o crescimento pessoal e profissional e permitindo desenvolver competências como: gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Da mesma forma, as atividades relatadas contribuíram para a aquisição de competências específicas no cuidado à PSC no sentido de atuar eficazmente perante situações de emergência, exceção e catástrofe, contribuindo também para os objetivos propostos inicialmente relacionados com o aprofundamento de conhecimentos sobre situações clínicas e procedimentos técnicos mais complexos.

#### 4.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

É de salientar a importância da realização de estágios clínicos, incluídos nos planos de estudos académicos, pois são potenciadores do desenvolvimento da análise crítico-reflexiva das práticas instituídas, privilegiando o pensamento crítico em prol da atualização e adequação dos cuidados.

Uma outra abordagem utilizada na tentativa de otimizar o atendimento dos doentes mais urgentes é a utilização de um Sistema de Via Verde que consiste na existência de protocolos para o atendimento prioritário de doentes em que se suspeita de determinada patologia que implica um atendimento imediato. O objetivo é diminuir a morbilidade e mortalidade devida a atrasos no diagnóstico e tratamento especialmente em entidades clínicas em que o diagnóstico atempado é crucial como, por exemplo, o enfarte agudo do miocárdio, sépsis, trauma e acidente vascular cerebral (AVC) (Coimbra, 2021). É crucial que o enfermeiro que avalia este tipo de doente tenha destreza para reconhecer este tipo de diagnóstico.

Um dos casos que surgiu no serviço de triagem foi de uma senhora que vinha acompanhada pelo filho em que o próprio optou por trazê-la ao SU depois de estar em casa a falar com ela

e ter percebido que a sua linguagem não estava igual. Após a avaliação física da doente, e mediante esta não ter apresentado nenhum déficit motor, optou-se por pedir para enumerar o nome de alguns objetos que lhe foram mostrados, perante os quais ela não foi capaz de dizer o nome. Posteriormente ao diagnóstico de afasia motora, seguiu-se a ativação da Via Verde AVC e foi possível acompanhar todo o processo adjacente desde a colheita de análises e execução de exames complementares de diagnóstico, como a TAC crânio-encefálica, à administração de terapêutica fibrinolítica e respetiva monitorização da doente.

O enfermeiro da triagem tem um papel fulcral perante vítimas suspeitas de AVC, pois, é dele que depende a ativação rápida e eficaz do protocolo da via verde AVC. A identificação dos sinais da Escala de Cincinnati (paresia facial, queda de membro superior ou alteração da fala) representam a primeira fase da tomada de decisão, seguindo-se a avaliação de outros critérios de inclusão como, idade superior a 18 anos, início da sintomatologia há menos de 4-5 horas e ausência de dependência prévia (Barreira, I. *et al*, 2019). O protocolo da via verde AVC tem como finalidade conseguir que as vítimas de AVC isquémico cheguem ao hospital em tempo útil, tendo um diagnóstico definitivo rápido e, no caso de confirmação, o tratamento de reperfusão. A fibrinólise melhora/restabelece o fluxo sanguíneo cerebral pela reperfusão do tecido isquémico, contudo, a eficácia do tratamento exige que o início dos sintomas não ultrapasse a janela terapêutica das 4-5 horas, caso contrário os riscos ultrapassam os benefícios (Catanese, Tarsia, e Fisher, 2017).

Durante o período de estágio foram sempre promovidos momentos crítico-reflexivos que contribuíram para o desenvolvimento de competências profissionais. Questionar cada intervenção planeada, cada procedimento realizado, o fundamento dos protocolos instituídos e as normas e regras institucionais surgiram como oportunidades de melhoria e aprendizagem solidificando assim a prática clínica. Ao longo do estágio foi notória a preocupação da equipa em manter-se sempre no nível mais atualizado possível, quer nos conhecimentos, nas práticas e nas ideologias.

No que concerne à comunicação com o doente e família, Coimbra (2021) refere que esta é uma ferramenta essencial para estabelecer uma relação terapêutica de confiança. Dado o estado de preocupação e aflição característico de quando se encontram numa situação de urgência/emergência, a comunicação deve ser realizada de forma calma e assertiva para que seja eficaz e de fácil compreensão. No contexto da assistência à PSC, o cuidado dirigido aos familiares pode ser pouco visível, ou até mesmo, pouco presente e pouco estruturado, o que

não significa que não sejam alvo de preocupação por parte dos enfermeiros. Contudo, perante a gravidade da situação de doença, as necessidades dos familiares podem ser proteladas ou serem por vezes desconhecidas (Cabete *et al.*, 2019). É, por isso, importante ter em atenção o estado emocional das pessoas, mas também o seu nível sociocultural. Perante uma situação clínica crítica, a comunicação permite dar resposta às necessidades da família relacionadas com a incerteza da situação, a imprevisibilidade da evolução da situação, o risco de vida eminente, e ainda com o ambiente tecnológico desconhecido (Sá, F. e Henriques, H., 2020).

Dos vários momentos existentes em que houve necessidade de uma comunicação mais assertiva de forma a tranquilizar o doente e familiares, destaca-se uma situação em que um doente que ia realizar cardioversão elétrica e a esposa que o acompanhava estavam num estado de grande ansiedade perante a situação. Apesar de já terem sido abordados por parte do clínico sobre a situação, foi importante conversar novamente com os dois, de forma separada, para clarificar melhor a situação e o procedimento que ia ser realizado. Uma comunicação eficaz com a família permite diminuir o seu sofrimento, pois clarifica a situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade (Sá e Henriques, 2020). O estado emocional em que a pessoa doente se encontra influencia não só todo o mecanismo de intervenção, mas também o estado emocional de toda a equipa envolvente sendo, por isso, importante que haja uma comunicação eficaz de forma a tornar a situação numa experiência positiva.

Um estudo realizado por Sá e Henriques (2020) concluiu que as principais estratégias comunicacionais utilizadas pelos enfermeiros na relação com a família da PSC eram: transmitir informação atualizada regularmente, através de uma linguagem acessível adequada ao familiar; promover conferências familiares; demonstrar empatia, mantendo contato visual, tocando e escutando ativamente a família; acolher a família no contexto, facultando informação escrita através, por exemplo, de um guia de acolhimento; promover a confiança no enfermeiro e na equipa de saúde. Para Barreto *et al.* (2019), em contexto de urgência/emergência, o cuidado prestado na assistência à pessoa não deve ser desvinculado da família. Para os autores, dar oportunidade aos familiares de testemunhar o atendimento à vítima permite que compreendam melhor a gravidade da situação, sofram menos com a ansiedade e o transtorno do *stress* pós-traumático e, quando inevitável, preparem mais facilmente o processo de luto. Para o doente a presença da família promove sensação de segurança, conforto e apoio, enquanto os profissionais, relatam que é uma forma dos

familiares reconhecerem e valorizarem o seu trabalho, mas também, de fornecerem informações mais completas e detalhadas sobre os antecedentes clínicos da vítima (Barreto *et al.* (2019).

A comunicação na prática de Enfermagem não se limita à pessoa doente e família/cuidador destacando-se também a comunicação entre os profissionais de enfermagem e equipa multidisciplinar. Desta forma, é de extrema importância que exista entre os profissionais uma comunicação segura e eficaz aquando a transição dos cuidados contribuindo para a segurança dos doentes. Em ambos os contextos, SU e EEH, era utilizada a metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual, *Background*, Avaliação, Recomendações) para a transferência de informação. A evidência científica demonstra que a utilização de uma comunicação padronizada e sistematizada diminui a ocorrência de erros que podem comprometer a segurança dos cuidados (Ramos e Cunha, 2022). No SU utilizava-se a técnica ISBAR nas passagens de turno e em situações de transição de cuidados aquando a transferência do doente para outro local. Quanto à EEH este instrumento era utilizado na passagem de dados, tanto ao CODU, como à triagem do hospital que recebia a vítima. É de salientar que a comunicação com o CODU deve conter a informação que realmente importa sendo curta, clara e concisa dado que o mesmo não pode estar ocupado com pormenores desnecessários para conseguir dar resposta aos outros meios que se encontram no terreno (Coimbra, 2021).

Assim, foi possível alcançar os objetivos propostos relativos ao desenvolvimento e demonstração de técnicas de comunicação eficazes com a PSC e equipa multi e interdisciplinar, assim como, a aquisição de competências previstas neste domínio tais como: desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade; desenvolvimento de uma prática clínica especializada em evidência científica. Quanto às competências específicas dos cuidados à PSC, destaca-se a capacidade de cuidar da pessoa, família/cuidador a experienciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Ao longo deste capítulo foram descritas várias atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências como EE em EMC na área da PSC, em que uma parte delas se encontra intimamente relacionada sendo, por isso, transversal a vários domínios.



## 5. Conclusão

O enfermeiro com EEMC assume um papel desafiante e de grande responsabilidade. É um profissional que reflete sobre a sua prática, que mobiliza conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, baseados na evidência científica demonstrando competências nos domínios, da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, que lhe permitem prestar cuidados de excelência na sua área de especialidade.

A realização dos estágios facultou competências ao nível de um enfermeiro com EEMC promovendo o desenvolvimento da capacidade de diagnosticar, decidir, executar e avaliar de forma a promover a excelência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Permitiu consolidar e adquirir novos conhecimentos e desenvolver, quer capacidades metodológicas e técnicas, quer capacidades de reflexão, autocrítica e autoavaliação. Proporcionou também oportunidade de lidar com questões complexas dentro da área de especialização, que impulsionaram o desenvolvimento de competências ao nível da resolução de problemas em situações cuja informação é limitada, mas também, ao nível da comunicação desenvolvendo capacidade de transmitir os seus conhecimentos e conclusões de forma clara e sustentada. Foi um contributo extremamente positivo para a formação como Mestre e EE, permitindo adquirir e desenvolver competências de grande importância para o crescimento a nível profissional e pessoal. Em suma, os contextos de estágio foram ricos em novas experiências profissionais que permitiram o incremento de aprendizagens referentes à prestação de cuidados à PSC, desde o seu planeamento, execução e avaliação até à sugestão de oportunidades de melhoria.

A metodologia adotada na composição deste relatório foi a descritiva e reflexiva que teve como principais objetivos descrever o percurso realizado, descrever as atividades desenvolvidas a fim de cumprir os objetivos propostos e refletir criticamente sobre as competências desenvolvidas. A sua elaboração permitiu compreender a importância desta metodologia no desenvolvimento pessoal e profissional, pois, contribui para uma melhor compreensão das vivências ocorridas durante o estágio e para um melhor enquadramento do que são as competências do EE em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC. Contudo, foi também uma das dificuldades sentidas, pois o exercício de reflexão e autocrítica não é fácil de realizar, assim como, a síntese de ideias e a seleção dos aspetos mais importantes a abordar.

Todo o percurso desenvolvido teve como linha orientadora a prestação de cuidados de excelência à PSC, visando as boas práticas clínicas e promovendo assim a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. A identificação de oportunidades de melhoria na área da segurança e qualidade dos cuidados à PSC permitiu deixar contributos que se refletiram na melhoria dos cuidados, quer ao nível do SU com o desenvolvimento de um documento que ajudasse os enfermeiros no transporte inter-hospitalar, quer da EEH com a sensibilização para a importância de implementar um modelo de SCE.

Os objetivos delineados para a realização deste relatório foram concretizados através da exposição das atividades realizadas durante todo o percurso, a fim de cumprir os objetivos propostos no projeto de estágio, e da reflexão crítica das competências desenvolvidas ao nível de um EE em EMC na área da PSC.

Em conclusão, todo o percurso contribuiu para o crescimento enquanto pessoa e profissional de enfermagem desenvolvendo competências de Mestre e EE, procurando a prestação de cuidados especializados, diferenciados e de excelência, com perícia e mestria. Após a realização deste curso de mestrado, foi notório o crescimento face à prestação de cuidados enquanto enfermeira de cuidados gerais para cuidados especializados, sendo agora pautada por uma reflexão constante da conduta e uma necessidade acrescida de fundamentação mediante a melhor e mais atual evidência científica.

## 6. Referências Bibliográficas

Alarcão, I., Tavares, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Edições Almerinda, SA, Coimbra.

Audet, L., Bourgault, P. e Rochefort, C. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, 80(12):128-146.

Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/322846469\\_Associations\\_between\\_nurse\\_education\\_and\\_experience\\_and\\_the\\_risk\\_of\\_mortality\\_and\\_adverse\\_events\\_in\\_acute\\_care\\_hospitals\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_observational\\_studies](https://www.researchgate.net/publication/322846469_Associations_between_nurse_education_and_experience_and_the_risk_of_mortality_and_adverse_events_in_acute_care_hospitals_A_systematic_review_of_observational_studies).

Barreira, I., Martins, M., Silva, N., Preto, P., e Preto, L. (2019). Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22). Disponível em [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3170&id\\_revista=24&id\\_edicao=189](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3170&id_revista=24&id_edicao=189).

Barreto, M., Vilar, C., Matsuda, L., Angelo, M., Oliveira, M. e Marcon, S. (2019). *Presence of the Family during Emergency Care: Patient and Family Living*. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28: e20180150. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/yB84nB8gy6sXR3ZYk3CPw4B/?lang=en>.

Beja, M., Portugal, A., Câmara, J., Berenguer, C., Rebolo, A., Crawford, C. e Gonçalves, D. (2018). Primeiros Socorros Psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe. Disponível em [https://impactum-journals.uc.pt/psicologica/article/view/1647-8606\\_61-1\\_7/4290](https://impactum-journals.uc.pt/psicologica/article/view/1647-8606_61-1_7/4290).

Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, A. e Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20):128-138. Disponível em [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3049&id\\_revista=24&id\\_edicao=173](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3049&id_revista=24&id_edicao=173).

Caires, N., Correia, J. e Lohmann, C. (2021). Iniciar ou não a ventilação mecânica invasiva – uma aplicação dos quatro princípios éticos. *Cadernos de Saúde*, 13(2):56-61. Disponível em <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/10299>.

- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem. Porto: Uniarte Gráfica.
- Câmara, E. (2018). A Relação dos Técnicos de Farmácia com os Sistemas Pysix® na Gestão Hospitalar do Medicamento. Projeto de Investigação, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto, Porto.
- Catanese, L., Tarsia, J., e Fisher, M. (2017). Acute ischemic stroke therapy overview. *Circulation Research*, 120(3):541-558. Disponível em <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.116.309278>.
- Caveião, C., Montezeli, J., Peres, A., Hey, A., Sales, W. e Costa, T. (2015). Competências Requeridas do Enfermeiro Auditor para a Prática Profissional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 9(10):9584-9592. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10904/12173>.
- Coimbra, Nelson (coord.). 2021. *Enfermagem de Urgência e Emergência*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.
- Costa, F. (2020). *Triagem de Manchester: intervenção dos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Enfermagem apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Cruz, S. (2012). *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso*. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Dantas, J., Vaz, R., Morais, R. e Verdasca, I. (2021). Revisão Narrativa sobre Choque na Sala de Emergência. *Acta Med Port*, vol. 34. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/350930182\\_Revisao\\_Narrativa\\_sobre\\_Choque\\_na\\_Sala\\_de\\_Emergencia](https://www.researchgate.net/publication/350930182_Revisao_Narrativa_sobre_Choque_na_Sala_de_Emergencia).
- Direção Geral do Ensino Superior (2020). *Enfermagem*. Disponível em <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/enfermagem>.
- Direção Geral da Saúde (2020). *Norma Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2021). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Ministério da Saúde, Portugal. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Disponível em [https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030\\_FINAL-para-Edicao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf).

Diz, A. e Lucas, P. (2021). Segurança do paciente em hospital – serviço de urgência – uma revisão sistemática. *Ciência & saúde coletiva*, 27(5):1803-1812. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/xZv4NLrnBm8FSK3QCXHzp9K/>.

Duarte S., Azevedo S., Muinck G., Costa T., Cardoso M. e Moraes J. (2020). Boas Práticas de segurança nos cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2):1-9. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/r6gdrDJxDmHhDmwsTY7mDGw/?format=pdf&lang=pt>.

Etxebarria, M. J., Serrano, S., Ribó, D., Cía, M. T., Olaz, F. e López, J. (1998). *Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. European Journal of Emergency Medicine*, 5(1):13-17. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10406413/>.

European Resuscitation Council Guidelines (2021). *Ethics of resuscitation and end of life decisions*. Disponível em <https://www.cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Et.pdf>.

Fernandes, S, Branco M. e Rodrigues P. (2019). A pessoa em situação crítica submetida a ventilação não invasiva num serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22):13-22. Disponível em [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3232&id\\_revista=24&id\\_edicao=189](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3232&id_revista=24&id_edicao=189).

Fernandes, F. (2021). Papel do Enfermeiro no Transporte Inter-Hospitalar de Doentes em Estado Crítico: Revisão *Scoping*. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde de Viseu - Politécnico de Viseu, Viseu.

Fernando, S., Ranzani, O. e Herridge, M. (2022). *Mental health morbidity, self-harm, and suicide in ICU survivors and caregivers*. *Intensive Care Medicine*, 48:1084-1087. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-022-06743-9>.

Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., e Araújo I. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1):1-8. Disponível em [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=3444&id\\_revista=55&id\\_edicao=216](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3444&id_revista=55&id_edicao=216).

Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Universidade de Aveiro Editora.

Grupo Português de Triagem (2021). *Sistema de Manchester*. Disponível em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>.

INEM (2012). *Abordagem à Vítima: Manual TAS/TAT (versão 2.0, 1ª Ed.)*. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-à-Vítima.pdf>.

INEM (2012). *Situação de Exceção: Manual TAS (versão 3.0, 1ª Ed.)*. Lisboa: INEM.

INEM (2013). *Manual do SIEM (versão 2.0, 1ª Ed.)*. Lisboa: INEM.

INEM (2020). *Verbetes Nacionais de Socorro*. Disponível em <https://www.inem.pt/category/documentacao/verbete-nacional-de-socorro/>.

International Council of Nurses (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing*. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf).

Macedo A., Mendes C., Candeias A., Sousa M., Hoffmeister L. e Lage M.. *Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5):826-832. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/6C9c9whVM8RJTB5vVD64GFS/?lang=pt>.

Macedo, R., Dias, A., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P. e Macedo, M. (2021). *Nursing Activities Score: Adaptação Transcultural e Validação para a População Portuguesa*. *Revista Servir*, 2(1):19-30. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23763/19197>.

Mota, M., Cunha, M., e Santos, M. (2020). O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Cuidar para a Cura. Millenium (Ed. Especial nº5). Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33671/1/artigo%20afiliado%20MRSantos-07.pdf>.

OCDE (2021). Estado da Saúde na UE · Portugal · Perfil de saúde do país 2021. Disponível em <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/766c3111-pt.pdf?itemId=/content/publication/766c3111-pt&mimeType=pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em [//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República nº 135, 2ª série.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica (diário da república, 2.ª série -n.º 113, 14 de junho de 2018);

Ordem dos Enfermeiros (2019). Caracterização dos Serviços de Urgência na Secção Regional do Centro – “Conhecer para Intervir”. Coimbra. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República nº 184, 2ª série.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº 26, 2ª série.

Ordem dos Enfermeiros (2020). Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica. Parecer do Conselho de Enfermagem nº 07/2020. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-nº-07\\_ce\\_27022020\\_transporte-secundário-de-pessoas-em-situaçã.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-nº-07_ce_27022020_transporte-secundário-de-pessoas-em-situaçã.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica e dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos: recomendações 2008. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, Genebra. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. e Coutinho P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Disponível em [//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf).

Pinho, José António (coord.). 2020. Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.

Prazeres, V., Ribeiro, C. e Marques, G. (2021). Contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 4(2):88-92. Disponível em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/158>.

Rocha, I. (2021). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: contributos para o autocuidado, satisfação profissional e competência emocional. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Sá, F. e Henriques, H. (2020). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental,

26:109-123. Disponível em [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602021000200109?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602021000200109](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602021000200109?script=sci_arttext&pid=S1647-21602021000200109).

Saúde, M. d. (2014). Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa: Diário da República, 2ª série - N.º153 - 11 de agosto de 2014. Disponível em <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2014/08/2S153A0000S00.pdf>.

Saúde, M. d. (2021). Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa: Diário da República, 2ª série - N.º187 - 24 de setembro de 2021. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.

Serviço Nacional de Saúde (2017). Princípios gerais na prestação de cuidados de saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/principios-gerais-na-prestacao-de-cuidados-de-saude-%E2%80%A2-enquadramento/>.

Silva, R. (2012). Indicadores de Gestão em Cuidados Intensivos. Dissertação em Engenharia Informática. Instituto Superior de Engenharia do Porto. Disponível em [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/2836/1/DM\\_RuiSilva\\_2012\\_MEI.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/2836/1/DM_RuiSilva_2012_MEI.pdf).

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pino, N., Araújo, T., Ribeiro, O. e Bettencourt, M. (2019). Contribuições do ensaio referencial de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 35-44. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/337313131>.

Silveira, N., Busanell, J., Potter, R., Galetto, G. Carvalho, C. e Siqueira, L. (2021). *Bundle* para a Prevenção de Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos em Pacientes Críticos. *Revista Enfermagem Atual in Derma*, 95(36):1-13. Disponível em <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1103>.

Teixeira, A. (2021). Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Teixeira, F. (2021). Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem: Um Percuro. Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Thompson, A. (2015). Ventilação Mecânica domiciliar – Uma realidade cada vez mais frequente. Revista Pulmão RJ, 24(3):49-53. Disponível em [http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revista/2015/n\\_03/12.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2015/n_03/12.pdf).

## 7. Apêndices



Apêndice I - Abordagem da Família da Pessoa em Situação Crítica em contexto de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

## **15º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em  
situação crítica

Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”

### **Abordagem da Família da Pessoa em Situação Crítica em contexto de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos**

Estudante: Mariana Saraiva

Tutora: Enf<sup>a</sup> A. C. M.

Sob orientação de: Prof<sup>a</sup> Doutora Irene Oliveira

Porto, junho de 2022



## Índice

Introdução .....	73
I. A Enfermagem e a Família.....	75
1. Teoria das Transições de Meleis .....	75
2. A Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos.....	77
II. Proposta de Intervenção na UCIP .....	79
Conclusão .....	83
Referências Bibliográficas.....	85



## Lista de Figuras

**Figura 1:** Teoria das Transições de Meleis.



## Lista de Siglas

**CA** - Cateter Arterial;

**CCFNI** - *Critical Care Family Needs Inventory*;

**CIPE®** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

**CVC** - Cateter Venoso Central;

**EEMC** - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

**EPI** - Equipamento de Proteção Individual;

**ICS-UCP** - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

**SPCI** - Síndrome Pós-Cuidados Intensivos;

**TOT** - Tubo Oro Traqueal;

**UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos;

**UCIP** - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.



## Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Porto da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), no 2º semestre do ano letivo de 2021/2022. O mesmo constitui um dos elementos integrantes da avaliação do aluno perante o estágio que decorreu num Hospital da região norte de Portugal numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são serviços especializados criados para tratar e acompanhar a pessoa em situação crítica. São dotados de material e equipamento diferenciado para monitorizar e vigiar o doente existindo um ruído constante de alarmes e bips que, por si só, o pode tornar num lugar opressor para as visitas dos doentes.

Quando um membro da família fica doente, toda a família fica em crise. Para que o doente seja bem entendido e bem atendido é necessário envolver a família no processo de cuidar, embora os benefícios da presença da família possam nem sempre traduzir-se em resultados positivos para o doente. A Enfermagem tem um papel fulcral na abordagem à família, é através dela que se estabelece uma relação de ajuda e confiança com a mesma para poder identificar as suas necessidades e desse modo dar resposta às mesmas.

No serviço onde decorreu o estágio verificou-se que o primeiro contacto com a família da pessoa em situação crítica era feito pelo médico, numa sala apropriada, e através dele era fornecida toda a informação clínica do doente. O enfermeiro que recebe o familiar/cuidador pela primeira vez na unidade é o enfermeiro que está responsável pelo doente naquele turno e a admissão e as informações fornecidas são dadas da forma que lhe pareça ser a mais apropriada. Posto isto, no decorrer do estágio identificou-se a necessidade de um procedimento que ajudasse os enfermeiros na abordagem à família de forma a satisfazer as necessidades da mesma e, por outro lado, a facilitar a conduta de atuação dos profissionais.

Este trabalho, mediante a literatura existente, começa por oferecer um suporte teórico para o cuidado de Enfermagem por meio da teoria das transições abordando seguidamente o contexto de família na UCI. Posteriormente, surge a proposta feita pela estudante para a

melhoria dos cuidados de Enfermagem no respetivo serviço de estágio no que diz respeito à abordagem da família.

## I. A Enfermagem e a Família

Perante a Ordem dos Enfermeiros (2018), uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, é “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;” (pg.19359). Posto isto entende-se que, não só a pessoa em situação crítica é alvo dos cuidados de Enfermagem, como também a sua família/cuidador, pois permite ao enfermeiro assegurar uma resposta mais precisa, concreta e eficiente.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2019), família significa “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”

É importante para a Enfermagem que exista uma orientação concetual para o exercício da prática. A teoria de Meleis ajuda o enfermeiro especialista a compreender a pessoa e a sua família/cuidador em qualquer momento do processo de transição, para que este possa ocorrer de forma consciente e saudável.

### 1. Teoria das Transições de Meleis

Afaf Meleis define o conceito de “transição” como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro. A Teoria das Transições de Meleis explica de uma forma muito interessante os processos de crise que as pessoas vão vivenciando e as suas respostas a esses processos.

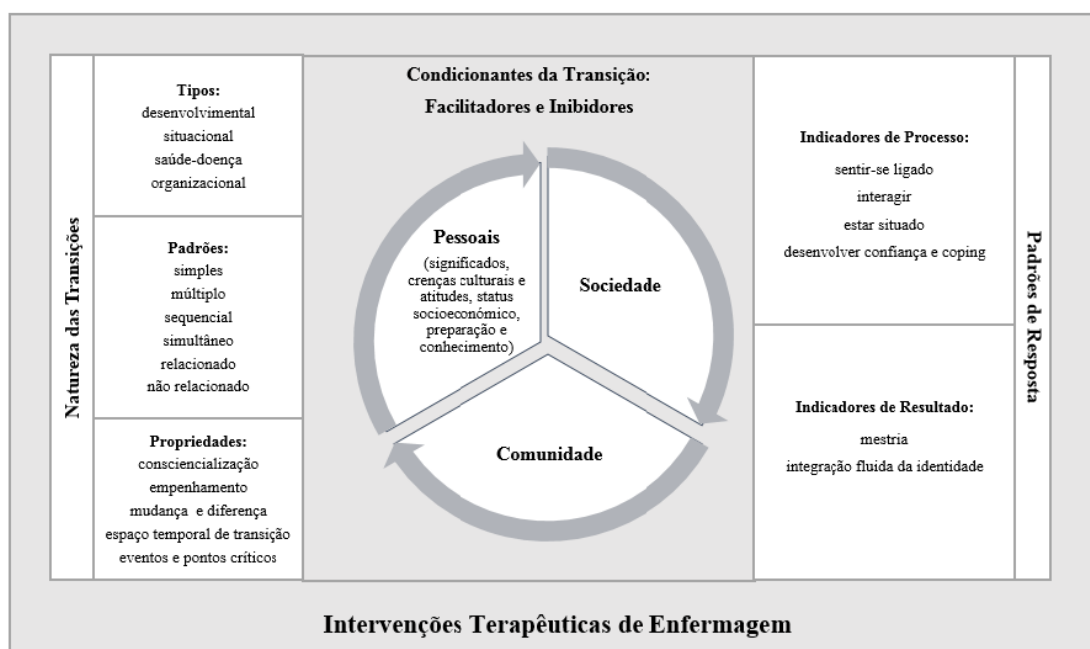
A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade), padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem. Esta teoria de médio alcance aborda fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática da Enfermagem.

De acordo com Meleis, o Ser Humano pode experienciar diversos tipos de transições que, de acordo com a sua natureza podem ser do tipo desenvolvimental, quando relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital (por exemplo o casamento, ou o nascimento de um filho), situacionais, associada a alteração de papéis previamente desempenhados (por exemplo uma situação de desemprego), do tipo saúde-doença, quando ocorre mudança de um estado

saudável para um estado de doença, e organizacionais, relacionadas com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e intraorganizacionais. Ainda no que respeita à natureza das transições, Meleis refere que podemos ter transições simples (quando acontece apenas um dos processos) ou transições múltiplas (quando ocorrem várias transições) e no contexto das múltiplas podemos ter transições sequenciais ou transições simultâneas. Estas transições múltiplas podem ainda ser definidas como sendo relacionadas ou não relacionadas (Silva *et al.*, 2019).

Uma transição saudável é caracterizada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, através dos indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo permitem identificar se o indivíduo se encontra na direção da saúde e bem-estar, ou na direção da vulnerabilidade e riscos. Os indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica).

Ao longo do processo de transição existem as terapêuticas de enfermagem que são responsáveis por fornecer conhecimentos e capacidades à pessoa e família/cuidador que lhes permitam desencadear respostas positivas às transições. Esta teoria é ilustrada seguidamente na Figura 1.



**Figura 1** – Teoria das Transições de Meleis (adaptado de Silva, R. *et al.*, 2019)

Neste trabalho é evidenciado o papel do enfermeiro como agente facilitador do processo de transição saúde-doença dando ênfase ao papel da família da pessoa em situação crítica e à importância da satisfação das suas necessidades.

## 2. A Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados Intensivos

O internamento em contexto de Cuidados Intensivos ocorre, normalmente, de forma aguda e inesperada o que faz dele um momento de stresse para a pessoa e para a família tendo inevitavelmente repercussão no desempenho normal da família e nos papéis familiares provocando desequilíbrio da mesma.

Historicamente, a família sempre foi afastada da UCI devido ao estado crítico dos doentes, ao tipo de infraestruturas e à intensa atividade dos profissionais fazendo com que o contacto com os familiares fosse formal, burocrático e restrito. Ora o cuidado centrado na família é um conceito com raízes na Enfermagem, que, ao assumir uma abordagem holística, não pode separar as necessidades dos doentes das dos seus familiares (Pinho, 2020).

Posto isto, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento do processo a que o familiar do doente internado numa UCI está sujeito para garantir cuidados de qualidade ao doente e família. James e os seus colaboradores, referido por Pinho (2020) descreveram a experiência da família em quatro estádios, sendo eles:

- Hovering - é aquele em que a família experiencia sentimentos de incerteza, exaustão emocional e distress, causados pela falta de informação e pela espera para o acesso à UCI e à informação médica;
- Information seeking - é descrita como a procura de todo o tipo de informação sobre a condição do doente, sobre a doença e se é ou não grave;
- Tracking - fase em que os familiares frequentemente observam, analisam e avaliam os cuidados prestados ao doente;
- Garnering of resources - fase em que os familiares procuram angariar e mobilizar recursos para dar resposta às necessidades do doente.

Para que a inclusão da família no processo de cuidados seja uma realidade, é também necessário o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança, que só é possível se os

enfermeiros conseguirem avaliar as reais necessidades da família. Na literatura existem alguns instrumentos que avaliam as necessidades da família em contexto de cuidados intensivos como é o caso do Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Este questionário desenvolvido por Molter e Leske, utilizado em inúmeros estudos, enumera 45 necessidades que os familiares classificam de acordo com uma escala de Lickert. A informação, a segurança, a esperança, o sentir-se apoiado e a proximidade com o doente foram os fatores identificados como sendo as principais necessidades dos familiares (Pinho, 2020). Campos (2014) diz-nos que no fornecimento de informação o médico surge como primeiro recurso, enquanto do enfermeiro os familiares esperam informações sobre os cuidados diários e tratamentos, sobre a Unidade, funcionamento de equipamentos, qual o seu potencial de envolvimento na prestação de cuidados e possibilidades de transferência.

Os membros da família desempenham um papel importante na promoção do bem-estar psicológico do doente, através do carinho, presença, interação e colaboração no plano de cuidados. A integração da família nos cuidados prestados ao doente permite ainda melhorar a compreensão sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do doente (Pinho, 2020).

## II. Proposta de Intervenção na UCIP

Com este trabalho pretende-se sistematizar o papel do enfermeiro na abordagem da família da pessoa em situação crítica, incluindo a mesma na prestação dos cuidados de forma a responder às suas necessidades e a ajudar no processo de transição.

No hospital onde decorreu o estágio, os registos de enfermagem da UCIP são feitos através do programa informático B-ICU.CARE. À medida que o estágio foi decorrendo, observou-se que no processo informático do doente existia um item designado “Padrão de papéis/relações” alocado à Avaliação Inicial que apenas identificava a pessoa significativa do doente e o seu contacto telefónico. Mediante a literatura acima referida, considera-se importante desenvolver mais esta parte do processo do doente de forma a completar o Processo de Enfermagem com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, ao fornecer dados sistemáticos e recuperáveis acerca dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente ao familiar. O objetivo seria construir uma base para a prática de Enfermagem, uma matriz unificadora, ao estabelecer uma linguagem comum para descrever o exercício profissional, representar conceitos utilizados no acompanhamento familiar e descrever os cuidados de Enfermagem.

A sugestão passa por, ao identificar o familiar de referência, surgir seguidamente um leque de orientações para o ensino à família de forma a ajudar o enfermeiro na relação com o familiar, satisfazendo as necessidades do mesmo. Por outro lado, serviria também para uniformizar a forma de atuação dos profissionais do serviço.

<b>Orientações para o ensino à Família</b>		
<b>1 - Descrição do ambiente físico e humano da UCI</b>	Sim	Não
Informar sobre a localização da Unidade/Sala de Espera/Casa de banho/Refeitório.		
Descrever e explicar a unidade do doente e os seus equipamentos.		
<b>2 - Horário e número de visitas</b>	Sim	Não
Horário e flexibilidade dos mesmos.		
Número de visitas.		
Tempo de visita.		

Contacto telefónico direto.		
<b>3 - Normas de proteção e higienização das mãos</b>	Sim	Não
Instruir sobre EPI.		
Instruir sobre desinfecção das mãos (4 momentos).		
Instruir sobre medidas de proteção adicionais.		
<b>4 - Normas e rotinas do serviço</b>	Sim	Não
Explicar sobre cuidados de higiene, alimentação eliminação, reabilitação e ciclo circadiano.		
Espólio do doente.		
Proibição da utilização do telemóvel.		
Instruir sobre a minimização de ruídos.		
<b>5 - Informação clínica</b>	Sim	Não
Acesso à informação clínica diária da familiar relacionada com as intervenções de Enfermagem.		
Informar sobre condição geral do doente, dispositivos invasivos/ não invasivos (TOT, CVC, CA, etc.).		
Informar sobre técnicas, exames e planos de intervenção relacionados com as intervenções de Enfermagem.		
<b>6 - Outros aspetos</b>	Sim	Não
Informar que o familiar tem os melhores cuidados possíveis.		
Instruir como proceder junto do familiar (toque, comunicação).		
Promover estratégias de <i> coping </i> familiar (gestão do stresse e ansiedade, sensação de controlo e conforto psicológico).		
Conversar sobre a morte.		
Informar sobre apoio religioso/espiritual.		
Outras informações (de acordo com as necessidades detetadas).		

<b>7 - Observações/Comentários:</b>
<b>8 – Resultados obtidos:</b>
<b>9 – Pontos a atender no próximo contacto:</b>

No processo de Enfermagem:

<b>Família</b>	Apoiar a família.
	Entregar guia de acolhimento à família.
	Garantir abordagem dos itens de “Orientações para o ensino à Família”.
	Informar e instruir a família.
	Avaliar o conhecimento da família sobre a situação do doente.

Após o internamento em UCI, existe um risco elevado de desenvolver problemas psicossociais. Alguns doentes apresentam um risco elevado de desenvolver depressão, ansiedade ou episódios de pânico durante o primeiro ano após a alta. Estes fenómenos parecem estar mais associados com as memórias do internamento do que com o evento que o originou. As consultas de follow-up após o internamento são momentos muito importantes pois permitem que o doente e familiares possam atribuir significado à experiência vivida na UCI. Permitem, por isso, que médico e o enfermeiro avaliem sintomatologia de stresse e necessidades do doente e família garantindo o acesso aos cuidados que precisam e consciencializando os mesmos para os efeitos a longo prazo consequentes do estado crítico (Pinho, 2020).

Vários estudos demonstram que os sobreviventes de doença crítica, após terem alta da UCI, desenvolvem aquilo a que chamam “síndrome pós-cuidados intensivos (SPCI)”. Um estudo recente realizado no Canadá demonstrou que doentes que estiveram internados em unidades

de cuidados intensivos têm taxas mais altas de automutilação deliberada e suicídio comparativamente com doentes que nunca passaram por uma UCI. Posto isto, para além das comuns sequelas físicas e cognitivas que os doentes críticos costumam experienciar acresce ainda um maior risco de desenvolver um novo diagnóstico de doença mental, uso de medicamentos psicotrópicos, uso indevido de substâncias, automutilação deliberada e suicídio (Fernando, Ranzani e Herridge, 2022). O mesmo acontece com os familiares/cuidadores. Estudos apontam que os familiares/cuidadores de doentes críticos são afetados de maneira semelhante, pois, mais da metade dos pacientes que receberam ventilação mecânica prolongada necessitam de suporte do cuidador até 1 ano após a alta, criando um enorme fardo para os mesmos (Fernando, Ranzani e Herridge, 2022). Posto isto, o enfermeiro deve, o mais precocemente possível, ter um papel interventivo perante a família no sentido de a ajudar na adaptação às mudanças, facilitar a comunicação, aumentar a tomada de decisão, promover o *coping* e reduzir a tensão do papel. É importante que a família perceba que há alguém que se interessa por eles, que os respeita e que está presente para os ajudar.

## Conclusão

A elaboração deste trabalho é um dos elementos integrantes da avaliação do aluno no estágio hospitalar na unidade de cuidados intensivos. A temática abordada surge para o aluno não só como um interesse pessoal, mas também por ter identificado a necessidade de existir no serviço onde decorreu o estágio uma metodologia de abordagem à família que auxiliasse o enfermeiro no seu papel.

É de realçar a importância de implementar estratégias eficazes para melhorar a gestão do stress e ansiedade gerados pela transição para o papel de cuidador familiar, pois irão ter impacto direto na saúde da pessoa que cuida, na pessoa recetora de cuidados e, conseqüentemente, na comunidade e na sociedade. O enfermeiro tem por isso um papel de extrema importância, pois perante a proximidade que tem com o doente e o familiar/cuidador encontra-se na posição ideal para implementar intervenções estruturadas e contextualizadas para que, possa facilitar às pessoas intervenientes neste processo experiências mais favoráveis e positivas.

No final da pesquisa bibliográfica, foi elaborada uma proposta de intervenção numa UCI de um Hospital do norte do país onde se julga contribuir de forma positiva para a intervenção do enfermeiro face às necessidades do familiar/cuidador da pessoa em situação crítica. Como implicação para a prática, espera-se que este trabalho seja um elemento facilitador na estruturação de intervenções de enfermagem junto de cuidadores familiares.



## Referências Bibliográficas

Brito, M. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Tese de doutoramento apresentada ao ICS- UCP. Porto.

Campos, S. (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos – Tradução adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Fernando, S., Ranzani, O. e Herridge, M. (2022). Mental health morbidity, self-harm, and suicide in ICU survivors and caregivers. *Intensive Care Medicine*, 48:1084-1087. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-022-06743-9>.

International Council of Nurses (ICNP). 2019. Browser CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

Melo, R., Rua, M., Santos C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F. e Silva M. (2021). Intervenção de Enfermagem e Coping na Transição para Cuidador Familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 4(1):61-73. Disponível em <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/119/101>.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Pinho, José António (coord.). 2020. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R. Coutinho, E. e Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49:153-171. Disponível em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>.

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pino, N., Araújo, T., Ribeiro, O. e Bettencourt, M. (2019). Contribuições do ensaio referencial de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 35-44. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/337313131>.



## Apêndice II - Transporte da Pessoa em Situação Crítica





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

## **15º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em  
situação crítica

Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”

### **Transporte da Pessoa em Situação Crítica**

Estudante: Mariana Saraiva

Tutor: Enf. R. M.

Sob orientação de: Profª Doutora Irene Oliveira

Porto, outubro de 2022



## Índice

Introdução .....	95
I. O Transporte do Doente Crítico .....	97
1. Fases do Transporte .....	97
2. Segurança do Doente .....	99
II. Proposta de Intervenção no SU .....	101
Conclusão.....	103
Referências Bibliográficas .....	105
Apêndices.....	107
Apêndice 1 - Documento de Transporte Secundário .....	109
Anexos .....	113
Anexo 1 - Avaliação para o Transporte Secundário .....	115



## Lista de Siglas

ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure/Environmental Control;

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

ICS-UCP - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

OM - Ordem dos Médicos;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;

SU - Serviço de Urgência;

SUB - Serviço de Urgência Básico;

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico;

SUP - Serviço de Urgência Polivalente;

UC - Unidade Curricular;



## Introdução

Surge o presente trabalho no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Porto da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), no 3º semestre do ano letivo de 2022/2023. O mesmo constitui um dos elementos integrantes da avaliação do aluno perante o estágio que decorreu num Hospital da região norte de Portugal num Serviço de Urgência (SU).

O SU é um serviço público de atendimento de doentes agudos, com cobertura nacional, com uma distribuição de serviços baseada na densidade populacional e nas distâncias das localidades aos serviços (em termos de tempo de acesso). “A Rede de Serviços Urgência integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: a) Serviço de Urgência Básico (SUB); b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP)” (Saúde M. d., 2014, pg. 20673). O acesso é livre a qualquer utente o que leva a que frequentemente o SU fique saturado, com aumentos dos tempos de espera no atendimento e conseqüente aglomeração de doentes.

Quando um doente crítico tem necessidade de um nível assistencial superior ou precisa de realizar exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis no Serviço onde se encontra é necessário proceder ao seu transporte, seja ele intra ou inter-hospitalar. O insucesso quer na preparação do doente quer da equipa de transporte pode levar a conseqüências graves para ambas as partes.

No serviço onde decorreu o estágio o transporte inter-hospitalar do doente é feito pelo enfermeiro ou pelo médico e pelo enfermeiro, mediante a gravidade do estado clínico do doente. Contudo, no decorrer do estágio identificou-se a necessidade de um documento que ajudasse os enfermeiros a registar, tanto o estado do doente ao longo do transporte, como todas as intervenções que eram executadas. Para que nenhuma informação fosse perdida e para que a mesma pudesse ficar registada no processo clínico da pessoa doente.

Este trabalho, mediante a literatura existente, começa por oferecer um suporte teórico sobre o transporte do doente crítico abordando também a segurança do doente e a importância dos registos de Enfermagem. Posteriormente, surge a proposta feita pela estudante para a melhoria dos cuidados de Enfermagem no respetivo serviço de estágio no que diz respeito ao transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.



## I. O Transporte do Doente Crítico

Transporte é definido pelo dicionário da língua portuguesa como sendo a deslocação ou condução de pessoas de um local para o outro, mediante a utilização de veículos como, por exemplo, carro, comboio, avião, barco, helicóptero, ou por outros meios como cadeira de rodas ou maca (Porto Editora, 2022).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008) definem doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (pg.9).

O transporte da pessoa em situação crítica é uma situação inevitável nos sistemas de saúde. A deslocação da pessoa em situação crítica é um período de grande instabilidade podendo conduzir a complicações que levam ao agravamento da situação clínica do doente. Posto isto, a decisão deve ser tomada tendo em consideração o risco/benefício que trará para o estado de saúde da pessoa. Em circunstância alguma, os problemas económicos devem constituir um impedimento do transporte da pessoa para um local onde lhe será prestado um melhor nível de cuidados.

### 1. Fases do Transporte

Segundo o INEM (2012), existem três definições para classificar o tipo transporte a ser efetuado, sendo elas: transporte primário ou pré-hospitalar (ocorre entre o local onde sucede a emergência extra-hospitalar e o hospital), transporte secundário ou inter-hospitalar (realizado entre unidades de saúde) e transporte terciário ou intra-hospitalar (efetuado dentro da mesma unidade de saúde).

Como já foi referido anteriormente, uma ação de transporte é um momento de grande instabilidade que acarreta, por isso, riscos. Com o objetivo de minimizar esses mesmos riscos, a SPCI e a OM (2008) definiram três fases que devem decorrer aquando do transporte intra ou inter-hospitalar do doente crítico para facultar ao mesmo um nível assistencial de excelência.

**1º Decisão:** a decisão de transportar um doente crítico é um ato da competência exclusiva do médico responsável pelo doente e também do chefe de equipa e do diretor do serviço. Aqui devem ser discutidos os riscos/benefícios que a deslocação possa ter para a pessoa.

**2º Planejamento:** nesta fase participam o médico e o enfermeiro do serviço de origem do doente responsáveis pelo mesmo. Deve ter-se em consideração os seguintes aspetos: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação. O médico responsável pela transferência, deve contactar o local de destino e confirmar que o mesmo dispõe dos meios necessários ao tratamento do doente. Deve também informar o doente e os seus familiares acerca da necessidade do transporte e do local para onde vai ser transferido.

**3º Efetivação:** é da responsabilidade da equipa que acompanha o doente durante o transporte. Essa responsabilidade só termina quando o doente é entregue ao serviço recetor ou quando o doente regressa o serviço de origem (se o transporte foi para realização de exames ou atos terapêuticos).

Os transportes devem ser estruturados e preparados com tempo. Todos os elementos da equipa de transporte devem ser detentores do curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), como requisito mínimo para transportar o doente crítico (SPCI e OM, 2008). Há evidências na literatura de que o uso de equipas dedicadas exclusivamente às transferências melhora os *outcomes* dos doentes transferidos (Fernandes, 2021).

O enfermeiro que vai efetuar o transporte tem de se fazer acompanhar de uma mala de transporte que contenha material de emergência necessário à permeabilização da via aérea e os fármacos necessários para a manutenção/estabilização hemodinâmica do doente.

Segundo Pinho (2020) o transporte inter-hospitalar pode ser conduzido da seguinte forma:

- O enfermeiro responsável pelo doente deve ser informado pelo médico que este será transferido para outra instituição hospitalar;
- O enfermeiro deve prepara todos os documentos do processo de Enfermagem relativos ao doente e necessários para a sua transferência, tais como, avaliação inicial, diagnóstico de Enfermagem, carta de transferência e processo total;
- A equipa de transporte deve observar o doente antes de iniciar o transporte. Esta observação possibilita a deteção de alterações que, eventualmente, possam ocorrer durante o transporte. De forma a antecipar as necessidades do doente durante o transporte, devem também ser revistos a história clínica e os exames efetuados pelo mesmo até ao momento.
- A transferência da pessoa doente para a maca de transporte é um dos momentos de risco para o doente. Este deve ser mantido monitorizado e ventilado com o

equipamento do Serviço de origem e, após a mudança e recorrendo à metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure/Environmental Control*), deve-se verificar o posicionamento de todos os tubos e cateteres assegurando a sua permeabilidade.

- Procede-se, então, à verificação final e a equipa deve assegurar-se que os familiares foram informados do destino do doente e que possui os contactos dos Serviços de destino e de origem.
- Dá-se o início e a efetivação do transporte que deve ser feito de calmamente até à ambulância. Aquando da colocação do doente na ambulância, é importante garantir a sua imobilização e a fixação do equipamento de monitorização e das seringas perfusoras, de modo a evitar acidentes com o doente e com os profissionais que o transportam. Mais uma vez, e antes de iniciar a marcha, deve efetuar-se uma nova observação do doente segundo a metodologia ABCDE e verificar a permeabilidade dos tubos e cateteres.
- Devem ser efetuados registos da situação clínica da pessoa doente durante o transporte e com intervalos adequados.
- A chegada ao hospital/Serviço de destino implica uma nova avaliação, segundo a metodologia ABCDE, pela equipa de transporte em conjunto com a nova equipa recetora do doente.

## 2. Segurança do Doente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Segurança do Doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Mendes, C. e Barroso, F., 2014, pg. 198). É sabido que os erros são uma constante da prática de cuidados de saúde e ocorrem em qualquer fase do processo de cuidados. Um erro é definido como a “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (Direção Geral da Saúde, 2011, pg. 21). Para prevenir/evitar esses mesmos erros é fundamental conhecê-los, antecipá-los e, quando ocorrem, notificá-los, discuti-los, partilhá-los e aprender com eles.

Como foi sido referido ao longo do trabalho, existem riscos inerentes à instabilidade que caracteriza uma ação de transporte de doentes críticos. Posto isto, a SPCI e a OM (2008) recomendam que seja feita uma avaliação, no serviço de origem e previamente ao transporte, que permita definir as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a

monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente. O resultado dessa avaliação é traduzido em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível. A avaliação é feita através de uma tabela sugerida pela SPCI e pela OM (2008) no guia de Transporte de Doentes Críticos e que se encontra no anexo 1.

## II. Proposta de Intervenção no SU

Atualmente em Portugal, o transporte inter-hospitalar de doente crítico é assegurado pelos meios existentes nas unidades hospitalares ou pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em coordenação com as unidades de saúde de origem e destino do doente (Despacho n.º 5058-D/2016). Este tipo de transporte pode ocorrer entre serviços de urgência ou entre um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados especializados (coronária, AVC, sépsis, queimados). A realização deste tipo de transporte é responsabilidade (técnica e legal) das unidades de saúde de origem. Não existe, atualmente, uma atribuição legal a uma entidade específica para a coordenação desta atividade (INEM, 2012).

É importante para a Enfermagem que exista uma orientação concetual para o exercício da prática permitindo ao enfermeiro assegurar uma resposta mais precisa, concreta e eficiente. Os profissionais de saúde envolvidos no transporte do doente crítico devem antecipar todas as complicações possíveis de forma a manter o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante um transporte, que nunca deverá ser inferior ao da unidade onde este se encontra.

O risco de perda de informação está inteiramente associado a todas as passagens do doente. Os registos de enfermagem são importantes fornecedores de informação objetiva aos profissionais de saúde garantindo a continuidade das ações nos acontecimentos ocorridos durante um determinado período de tempo.

Mesmo no doente aparentemente estável a reavaliação e o respetivo registo devem ser frequente. Sem uma avaliação constante corre-se o risco de serem detetadas, tardiamente, alterações que poderiam ter sido detetadas precocemente através da observação do doente.

No SU do hospital onde decorreu o estágio, não existia um documento que auxiliasse o enfermeiro, quer na logística do transporte, quer no registo de intercorrências durante a efetivação do mesmo. Posto isto, surge no apêndice 1 a proposta de um documento que visa ajudar o enfermeiro no processo de transporte secundário da pessoa em situação crítica.



## Conclusão

A elaboração deste trabalho constitui um dos elementos integrantes da avaliação do aluno no estágio hospitalar no serviço de urgência. A temática abordada surge para o aluno não só como um interesse pessoal, mas também por ter identificado a necessidade de existir no campo de estágio um documento que auxiliasse o enfermeiro na logística do transporte da pessoa em situação crítica.

Para a SPCI e para a OM (2008, pg. 8) “é fundamental que cada instituição clarifique uma política formal sobre o transporte de doentes (com responsabilidade identificada), a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), o investimento na formação (emergência em geral e no transporte aéreo) e a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico (com o envolvimento e o compromisso das instituições intervenientes).”

No final da pesquisa bibliográfica, foi elaborada uma proposta através de um documento onde se julga contribuir de forma positiva para o papel do enfermeiro no processo de transporte. Um instrumento que ajuda na organização de todas as fases do transporte inter-hospitalar podendo também contribuir para a diminuição da ocorrência de incidentes. Como implicação para a prática, espera-se que este trabalho seja um elemento facilitador na atuação do enfermeiro perante o transporte da pessoa em situação crítica sendo visto como uma forma de garantir práticas seguras.



## Referências Bibliográficas

Direção Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Ministério da Saúde, Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-sobre-seguran%C3%A7a-do-doente/>.

Direção Geral da Saúde (2021). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Ministério da Saúde, Portugal. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>.

Fernandes, F. (2021). Papel do Enfermeiro no Transporte Inter-Hospitalar de Doentes em Estado Crítico: Revisão Scoping. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde de Viseu - Politécnico de Viseu. Disponível em [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6845/1/ElisabeteAlexandreGravitoFernandes\\_RM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6845/1/ElisabeteAlexandreGravitoFernandes_RM.pdf).

INEM (2020). Verbete Nacional de Socorro. Disponível em <https://www.inem.pt/category/documentacao/verbete-nacional-de-socorro/>.

Mendes, C. e Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 32(2):197-205. Disponível em <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902514000509>.

Nascimento, A. (2020). Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade. Tese de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentado à Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33796/1/BCTFC127.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos: recomendações

2008. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.

Pinho, José António (coord.). 2020. Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.

Porto Editora – transporte no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/transporte>.

Saúde, M. d. (1992). Despacho nº 38/92 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa: Diário da República, 1ª série - Nº74 - 28 de março de 1992. Disponível em <https://dre.tretas.org/dre/42194/decreto-lei-38-92-de-28-de-marco>.

Saúde, M. d. (2014). Despacho nº 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa: Diário da República, 2ª série - Nº153 - 11 de agosto de 2014. Disponível em <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2014/08/2S153A0000S00.pdf>.

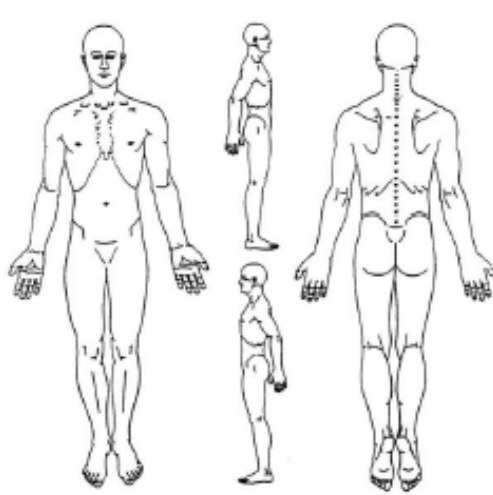
Saúde, M. d. (2016). Despacho n.º 5058-D/2016l do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa: Diário da República, 2.ª série - N.º 72 — 13 de abril de 2016. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5058-d-2016-74146383>.

Saúde, M. d. (2021). Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa: Diário da República, 2ª série - Nº187 - 24 de setembro de 2021. Disponível em <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>.

## Apêndices



Apêndice 1 - Documento de Transporte Secundário

DECISÃO/SITUAÇÃO	Identificação do Doente	Família avisada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>Score Transporte Secundário (1)</b> _____		
	Resp. Transferência (2) _____ (Nome e Nº)	Contacto _____ Parentesco _____		Acompanhamento Clínico: Médico _____ Enfermeiro _____		
PREPARAÇÃO	Tempo previsto duração transporte _____		Data _____	Hora _____	Serviço origem _____	
	Nota Transferência Med. _____	Equipamento necessário segundo Score de Transporte Secundário (1)				
	Nota Transferência Enf. _____	Nível B		Nível C		
	MCDT _____	Monitor de Transporte _____	Equip. Nível B _____	Desfibrilhador c/Pace _____		
	Alergias _____	Medicação e O2 _____	Ventilador Transp. _____	Seringas Infusoras _____		
Isolamento _____	Perfusões EV _____	Material Via Aérea _____	Bombas Perfusoras _____			
AVALIAÇÃO INICIAL	A - Via Aérea		B - Ventilação		C - Circulação	
	Patente	S _____	FIO2 _____	CB _____	Transfusão _____	
		N _____	Másc _____	Acessos Vasculares _____	ECG O_V_M _____	
	TOF _____		Espontânea _____	CVP _____	CVC _____	LA _____
	TOT Nº _____ Nível _____		VI _____	Déb. Urinário _____		Hx Convulsão _____
			VNI _____	Aminas _____		G C _____
					Sedação _____	Ferida _____
						Fraturas _____
						Outros _____
	(Hora) _____	FR _____	Sat O2 _____ %	FC _____ bpm	TA _____ / _____ mmHg	T _____ °C
		<b>Legenda</b>		<b>Terapêutica em Curso</b>		
		C – CVP 1 ____ 2 ____ D – Dreno ____ F – Ferida # – Fratura H – Hemorragia LA – Linha Arterial Q – Queimadura UP – Úlcera Pressão - - - - - - - - -		Fármaco	Dose	Ritmo
				SNG _____	Hipoacúsia _____	
				Sonda Vesical _____	Hipovisão _____	
				Última Refeição _____	Parésia _____	
				Outros: _____	Imobilizado _____	
Notas:						

(1) Score adaptado de Etxebarria et al., Eur J Med, 1998

(2) Médico responsável ou Chefe de Equipa

Avaliação Pré Transporte (na ambulância)											
Acessos devidamente fixados		Fixação correta do doente			Doente devidamente aquecido						
Tubos devidamente fixados		Identifica os locais dos materiais			Avaliação ABCDE						
Equipamento(s) fixado(s)		Conhece os equipamentos			Condições segurança						
Apenas iniciar trajeto se pontos anteriores validados!											
Registos durante transporte											À Chegada Hora ___/___
Parâmetros \ Hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
FR (cpm)											
SpO2 (%)											
FiO2 (%)											
Cap CO2											
FC (bpm)											
TA (mmHg)											
T (°C)											
Gc (mg/dl)											
ECG											
Pupilas (E/D)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Dor (Escala Numérica)											
TERAPÊUTICA					TERAPÊUTICA						
Perfusão	Dose	Ritmo	Hora	Rub.	Medicamento	Via	Dose	Hora	Rub.		
Notas											
<b>AVALIAÇÃO FINAL</b> Hora Chegada _____ Enfermeira (o) _____ (Nome e Nº) Médico (a) _____ (Nome e Nº)					<b>INTERCORRÊNCIAS</b>						
					Sem Intercorrências	Exteriorização Dreno					
					Extubação	Falta Bateria					
					Perda acesso venoso						
					Avaria Equipamento						
Reserva inadequada O2											

Original deverá ser entregue à equipa do hospital de destino.  
 Duplicado deverá ser entregue no hospital de origem.



## Anexos



Anexo 1 - Avaliação para o Transporte Secundário

## Avaliação para o transporte intra-hospitalar

A avaliação deve ser efetuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efetuado o transporte.

1. VIA AEREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUENCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIENCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLOGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINAMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ....	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

\* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998, in SPCI e OM, 2008.

Apêndice III - Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de  
Emergência Extra-Hospitalar





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

## **15º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em  
situação crítica

Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”

### **Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar**

Estudante: Mariana Saraiva

Tutor: Enf. J. B.

Sob orientação de: Prof<sup>ª</sup> Doutora Irene Oliveira

Porto, dezembro de 2022



## Índice

Introdução.....	125
I. Segurança na Prestação de Cuidados.....	127
1. Supervisão Clínica em Enfermagem.....	128
2. Importância da Supervisão Clínica em Enfermagem .....	129
II. Proposta de Intervenção: Modelo SafeCare.....	131
1. Modelos de Supervisão Clínica: evolução histórica .....	131
2. Modelo SafeCare .....	132
Conclusão .....	137
Referências Bibliográficas.....	139
Apêndices .....	141
Apêndice 1 - Plano de Sessão.....	143
Apêndice 2 - PowerPoint da Formação .....	147



## Lista de Siglas

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

ICS-UCP - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

IS-SCE - Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem;

MSCEC - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado;

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes;

SCE- Supervisão Clínica em Enfermagem;

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica;

SNS - Sistema Nacional de Saúde;

UC - Unidade Curricular.



## Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Porto da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), no 3º semestre do ano letivo de 2022/2023. O mesmo representa um dos elementos constituintes da avaliação do aluno perante o estágio que decorreu no contexto de emergência extra-hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), em território de Portugal Continental, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. Tem como principais tarefas a prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência e o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema. É acionado através do número europeu de emergência 112 e dispõe de múltiplos meios para responder com eficácia a situações de emergência médica de forma a garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do SIEM.

Na sequência das alterações sentidas nos últimos anos em Portugal a nível do Sistema Nacional de Saúde, a qualidade deixou de ser um fator opcional e passando a ser uma prioridade, uma exigência e um requisito de importância na gestão das instituições de saúde. Existe evidência científica que aponta os benefícios da implementação de um modelo de supervisão clínica na qualidade de cuidados dos enfermeiros e na segurança dos clientes a diferentes níveis.

Posto isto, no decorrer do estágio identificou-se a necessidade sensibilizar para a importância da Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) e os seus contributos para a segurança e qualidade dos cuidados através da implementação de um modelo de supervisão clínica contextualizado e fundamentado nas necessidades dos enfermeiros, o Modelo SafeCare.

Este trabalho começa por oferecer um suporte teórico sobre a prestação segura de cuidados de saúde, a supervisão clínica e a sua importância na prática de enfermagem. Posteriormente, surge a proposta feita pela estudante para a melhoria dos cuidados de enfermagem apresentando de forma clara e sucinta o Modelo SafeCare e relatando cada um dos seus eixos

estruturantes e os pressupostos em que assenta, assim como, cada uma das etapas que o constituem.

## I. Segurança na Prestação de Cuidados

A segurança na prestação de cuidados de saúde engloba, a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e dos ambientes em que os cuidados são prestados.

A segurança dos doentes é um imperativo ético nas ações dos enfermeiros, como tal, a sua adesão encontra-se bem fundamentada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A segurança do doente tornou-se um ponto fulcral na prestação de cuidados de saúde, pois promove a redução do risco de danos desnecessários, decorrentes ou associados a ações tomadas durante os cuidados de saúde. A cultura de segurança de uma organização envolve os valores partilhados pelos membros que a compõem, assentes no funcionamento e interação das unidades de trabalho, e destas com as restantes estruturas organizacionais. Juntos produzem normas e procedimentos para promover a segurança do doente e, consequentemente, a qualidade dos cuidados (Lima, 2014 cit in Teixeira, 2021).

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 2, determina que, entre outros, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Saúde, M. d. (2021).

Importa, por isso, realçar a importância da qualidade e da segurança na saúde, nomeadamente, no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Segundo o Ministério da Saúde (2021), a experiência resultante da execução do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, que promoveu a segurança do doente no SNS e melhorias a vários níveis, levou à execução do PNSD 2021-2026, agora em vigor. Este tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

A implementação de políticas e estratégias que reduzam os incidentes durante a prestação de cuidados, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (Saúde, M. d., 2021).

A SCE é um processo dinâmico e interpessoal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais que tem como objetivo promover a tomada de decisão autónoma, apoiada na evidência científica atual. Tem como princípio a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados através de processos de reflexão e análise da prática clínica.

## 1. Supervisão Clínica em Enfermagem

É possível afirmar que foi nos Estados Unidos da América que a SCE teve o seu início através de Hildegard Peplau, enfermeira da área da Psiquiatria, sendo pioneira quando fundou uma teoria de médio alcance em que é destacada a importância do acompanhamento e supervisão das práticas (Garrido *et al.*, 2008).

Em Portugal, o conceito de supervisão evoluiu a partir de um contexto de formação, onde se definia como “o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, acompanha um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (Alarcão e Tavares, 2007, pg. 16), tendo por base a supervisão pedagógica e práticas de supervisão dos professores.

Na área da saúde, na mudança do paradigma biomédico para uma vertente mais holística, houve necessidade de existir um acompanhamento e aprendizagem dos profissionais no sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados, admitindo-se que a qualidade destes não se encontrava única e exclusivamente dependente do avanço da tecnologia, mas também do cumprimento de critérios estabelecidos e da sua responsabilização. É então que surge a Supervisão Clínica que é definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (2018, pg. 16657).

O enfermeiro responsável pelo processo de supervisão é definido pela OE (2018) como Enfermeiro Supervisor Clínico e tem de ser detentor de conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e também da Supervisão Clínica, ajudando a controlar as dificuldades e promovendo o desenvolvimento de competências para a melhoria dos cuidados.

## 2. Importância da Supervisão Clínica em Enfermagem

Nos últimos anos, a SCE tem vindo a crescer a partir do aparecimento de vários investigadores como Wilson Abreu (2002) ou Garrido (2004), tendo permitido uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados de enfermagem e da certificação desta qualidade, contribuindo para o desenvolvimento da profissão.

A SCE torna-se assim, determinante para assegurar o suporte na relação supervisiva, garantindo a qualidade do processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico-reflexiva e consolidação da identidade profissional. Permite dar suporte e segurança aos cuidados prestados, melhorando os *outcomes* e, conseqüentemente, criando ganhos em saúde, tendo como objetivo primordial assegurar as necessidades dos doentes e realçar a eficácia das intervenções associadas (OE, 2018).

A Supervisão Clínica pode assim ser a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, para a proteção e segurança dos doentes e para a satisfação profissional, garantindo ainda suporte, acompanhamento e desenvolvimento das competências profissionais. Existe evidência científica que aponta os benefícios da implementação de um modelo de supervisão clínica na qualidade de cuidados dos enfermeiros e na segurança dos clientes a diferentes níveis (Carvalho *et al.*, 2019).



## II. Proposta de Intervenção: Modelo SafeCare

Dada a importância da temática sobre a SCE acima abordada, surgiu durante o estágio na emergência extra-hospitalar a dúvida de como poderia ser realizado este processo num contexto tão particular. Com isto, concluiu-se que existia então a necessidade de implementar um processo de supervisão tendo em vista a melhoria da *práxis* dos enfermeiros contribuindo, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

### 1. Modelos de Supervisão Clínica: evolução histórica

Perante o desenvolvimento de diferentes modelos ao longo do tempo, é possível definir os modelos de supervisão clínica tendo em consideração o foco de cada um, podendo assim serem centrados no desenvolvimento, nas funções de supervisão clínica, na relação de supervisão clínica ou nos cuidados ao cliente.

Assim, no que respeita aos modelos centrados no desenvolvimento, como o de Faugier (1992) e o de Friedman e Marr (1995), estes encontram-se focalizados no desenvolvimento profissional e no crescimento pessoal do supervisionado, tendo o supervisor clínico o papel de facilitar este processo de desenvolvimento, promovendo o suporte essencial para o exercício de uma prática de excelência (Hyrkäs, 2002, cit in Rocha, 2021). Segundo Cottrell (2002, cit in Rocha, 2021), os modelos centrados nas funções de supervisão clínica, como o de Proctor (1986) e o de Paunonen (1999), descrevem a organização das funções da supervisão, dando orientação no que respeita aos focos e à organização das sessões, pelo que são considerados modelos úteis no início da supervisão, tendo em conta a insegurança inicial dos supervisionados, sendo também modelos aplicáveis a todas as áreas de supervisão. Em relação aos modelos centrados na relação de supervisão clínica, como o de Heron (1990), o de Farrington (1995), o de Cutcliffe e Epling (1997) e o de Severinsson (1995, 2001), estes centram-se na natureza da relação supervisiva, no nível de desenvolvimento do supervisionado e na forma como isso poderá afetar a relação e o trabalho de supervisão, pelo que proporcionam orientação ao supervisor clínico, no que respeita ao desempenho do seu papel e à gestão do processo supervisivo (Hyrkäs, 2002 cit in Rocha, 2021). Por último, os modelos centrados nos cuidados ao cliente foram desenvolvidos de forma mais consistente por Ekstein e Wallerstein (1872) e por Hawkins e Shohet (1996). O modelo de Ekstein e Wallerstein baseia-se no pressuposto de que os diferentes estilos de supervisão não podem ser explicados pelos estádios de desenvolvimento, tarefas ou intervenções, estando

relacionados com a tomada de decisão do supervisor clínico que é composta por dois sistemas interligados: sistema terapêutico - relação supervisionado/cliente, e sistema de supervisão - relação supervisionado/supervisor clínico (Hyrkäs, 2002 cit in Rocha, 2021).

Para a implementação de um modelo de supervisão clínica, é muito importante o processo de supervisão. Compreende-se que a relação supervisiva seja determinante para o desenvolvimento dos processos supervisivos, pelo que devem ser encaradas as limitações do enfermeiro supervisor clínico, do enfermeiro supervisionado e da organização de saúde, como fatores motivadores e não inibidores (Severinsson & Sand, 2010 cit in Rocha, 2021). Relativamente à interação criada entre o enfermeiro supervisor clínico e o enfermeiro supervisionado, esta deve desenvolver-se num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante, para conduzir à progressão dos intervenientes (Alarcão, 2001; Carvalho, 2004; Gomes *et al.*, 2005 cit in Rocha, 2021).

Em 2012, Cruz criou um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), no âmbito do seu doutoramento, que nasceu devido à preocupação da não existência de um modelo de supervisão clínica que fosse eficaz para os enfermeiros. Posteriormente, partindo dos resultados do estudo de Cruz (2012), um grupo de investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e três enfermeiros do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), iniciaram a implementação do Projeto C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados. Este projeto, ao longo do tempo, foi sofrendo alterações de enquadramento, contexto e equipa consubstanciando-se num novo projeto. O modelo resultante deste novo projeto foi, assim, designado Modelo SafeCare que tem vindo a ser aperfeiçoado ao longo do tempo, sofrendo alterações quer nos seus eixos estruturantes, quer nos diferentes aspetos que o sustentam (Carvalho *et al.*, 2019).

## 2. Modelo SafeCare

Uma vantagem do Modelo SafeCare é a sua flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática. A sua implementação tem como foco as necessidades e interesses sentidos pelos enfermeiros de cada contexto em estudo, o que facilita a sua efetivação, assim como, o estabelecimento de um protocolo, com a organização de saúde, de forma a assegurar todas as condições necessárias para a implementação do Modelo (Carvalho *et al.*, 2019). Outro dos aspetos inovadores deste Modelo é o surgimento do conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE), definido como o indicador que,

por via dos processos associados à SCE, tem o potencial de promover a segurança e a qualidade dos cuidados (Carvalho *et al.*, 2019). Os mesmos autores salientam que o IS-SCE deve ser operacionalizado de forma a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação da SCE.

O Modelo SafeCare assenta em quatro eixos estruturantes, nomeadamente o contexto, os cuidados de enfermagem, o desenvolvimento profissional e a supervisão (Carvalho *et al.*, 2019). O contexto refere-se ao ambiente onde os cuidados se desenvolvem, considerando-se como o eixo central, cujo conjunto de interações medeia os restantes eixos do Modelo. Os cuidados de enfermagem abrangem intervenções autónomas e interdependentes, e dizem respeito à relação terapêutica estabelecida com o cliente, tendo como objetivo o empoderamento do mesmo relativamente ao seu processo de saúde ou doença. O desenvolvimento profissional implica um processo reflexivo e contínuo, que envolve as necessidades pessoais do enfermeiro e pressupõe uma aprendizagem ao longo de toda a carreira. A supervisão é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um enfermeiro supervisor clínico e um ou mais enfermeiros supervisionados, com vista a aprendizagem, a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de competências profissionais.

Segundo Carvalho *et al.* (2019) a implementação do Modelo SafeCare deve respeitar um conjunto de pressupostos que são esclarecidos de seguida, sendo eles, enfermeiro supervisor clínico, enfermeiro supervisor clínico major, enfermeiro supervisionado, objetivos da supervisão clínica, condições institucionais e deveres dos supervisores e supervisionados.

O enfermeiro supervisor clínico, responsável pelo processo de supervisão, é reconhecido pelos pares como sendo detentor de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado no domínio da disciplina e da profissão de enfermagem e da supervisão clínica. Este deve desenvolver uma relação com o supervisionado promotora do desenvolvimento pessoal e profissional estabelecendo uma relação interpessoal dinâmica e de suporte promovendo o desenvolvimento de competências, garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade. A sua prática profissional, ética e legal, tem de ser desenvolvida de acordo com as normas legais e os princípios ético deontológicos da profissão (Carvalho *et al.* 2019).

O enfermeiro supervisor clínico major, titular das mesmas características do enfermeiro supervisor, é responsável pela supervisão do grupo de enfermeiros supervisores clínicos. É também responsável pela gestão e implementação do modelo em todas as suas etapas, pelo

que deve ter formação específica na área da supervisão clínica. Contudo, Carvalho *et al.* (2019), dizem que nunca deverá ser o enfermeiro gestor do serviço em questão, pois o desempenho, em simultâneo, de ambas as funções, levará a constrangimentos e riscos no estabelecimento da SCE.

O enfermeiro supervisionado é o enfermeiro do contexto de cuidados sobre o qual incide o processo supervisivo, é ele que desenvolve competências pessoais e profissionais fundamentais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, permitindo-lhe também diminuir o *stress* (Carvalho *et al.* 2019).

Com o intuito serem compreendidos por todos os enfermeiros que participam na implementação do modelo, os objetivos da supervisão clínica definidos devem ser claramente explícitos, sendo os seguintes: criar uma cultura de supervisão clínica promotora do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, através do desenvolvimento de conhecimentos e de competências promotoras de perícia profissional; melhorar a comunicação e a relação entre os diferentes elementos da equipa; proporcionar um ambiente favorecedor da reflexão sobre as práticas, implementando estratégias que permitam minimizar e/ou colmatar eventuais erros; contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; contribuir para a segurança dos clientes, através da normalização dos cuidados de enfermagem, assentes numa prática baseada na evidência; promover a satisfação e a responsabilização profissional nos enfermeiros (Carvalho *et al.* 2019).

Relativamente às condições organizacionais, Carvalho *et al.* (2019) dizem que a organização deverá cumprir os seguintes pressupostos: adoção de uma filosofia de melhoria contínua da qualidade, provendo formação e apoio adequado a todos os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados; assegurar o rácio enfermeiro/cliente adequado, de forma a viabilizar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes; garantir a envolvimento no processo de supervisão de todos os enfermeiros do serviço, encarando-o como uma mais-valia para eles próprios, para os clientes e para a organização de saúde; certificar que o enfermeiro supervisor clínico major seja um elemento do contexto de cuidados e, caso não haja essa possibilidade, concorrer para que a opção recaia sobre um enfermeiro amplamente conhecedor desse contexto; proporcionar o rácio enfermeiro supervisor clínico/enfermeiro supervisionado ser de 1/8-10; garantir a assinatura do contrato de supervisão clínica do enfermeiro supervisor clínico e do enfermeiro supervisionado; realização mensal das sessões de

supervisão em grupo, contabilizando o tempo gasto nas sessões em horas de trabalho no respectivo horário de trabalho dos enfermeiros; avaliação do impacto do processo de supervisão.

Impendentemente do papel que desempenham, existem deveres para os supervisores e supervisados que têm de assegurar, nomeadamente: respeitar a dignidade de cada um; assegurar e manter a confidencialidade dos dados relativamente aos clientes, aos colegas e aos assuntos abordados nas reuniões de supervisão; respeitar o Código Deontológico do Enfermeiro; respeitar a opinião do outro, tendo sempre presente uma atitude de partilha de experiências e de desenvolvimento de novos conhecimentos e competências; respeitar as decisões tomadas, apesar de poder existir desacordo, tendo em mente que todas as decisões são resultado do consenso dos pares e assentes na evidência científica mais atualizada (Carvalho *et al.*, 2019).

A implementação do Modelo SafeCare realiza-se através do método de investigação-ação. Segundo Carvalho et al. (2019) integra quatro etapas: etapa 1 - diagnóstico de situação, etapa 2 - identificação das necessidades em supervisão clínica, etapa 3 - implementação do Modelo SafeCare e etapa 4 - avaliação dos resultados (Carvalho *et al.*, 2019).

A etapa 1, diagnóstico de situação, é aquela em que os enfermeiros gestores (enfermeiro diretor, enfermeiro supervisor dos serviços, e enfermeiros chefes) identificam os IS-SCE alvo a serem trabalhados, tendo em consideração as necessidades visíveis no contexto de cuidados. Nesta etapa, aplica-se a todos os enfermeiros do contexto os instrumentos de recolha de dados não só relativos aos IS-SCE contratualizados, que serão, posteriormente, alvo de formação e reflexão durante as sessões de supervisão, como também aos IS-SCE que permitirão avaliar a eficácia da implementação do Modelo SafeCare.

A etapa 2, que complementa a anterior, tem como objetivo principal a identificação das necessidades em supervisão clínica sentidas pelos enfermeiros, e reveste-se de extrema importância, uma vez que permite adaptar o Modelo ao contexto em que ele está a ser implementado. Assim, o enfermeiro supervisor clínico major realiza reuniões com os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisados, de forma a identificar as necessidades sentidas por estes e permitindo efetuar o “quebra gelo”.

A etapa 3 tem como propósito desenvolver as competências identificadas como deficitárias, pelos enfermeiros, através da implementação de um processo supervisivo que seja promotor da reflexão sobre as práticas. Inicia-se com a formação em SCE e são escolhidos os

enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados, constituindo-se, também, as equipas de supervisão. Durante esta etapa, ocorrem as sessões mensais de supervisão em grupo, onde serão trabalhados os IS-SCE e os outros aspetos identificados pelos enfermeiros na etapa 2.

Por último, a etapa 4, tem como objetivo avaliar a eficácia da implementação do Modelo SafeCare. É feita a reavaliação dos IS-SCE, previamente identificados na etapa 1 e seguindo os mesmos procedimentos, para verificar os ganhos em saúde.

Mediante o conteúdo acima exposto, este trabalho tem como objetivo sensibilizar para a importância da SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados no contexto extra-hospitalar. Perante a evidência atual, o Modelo SafeCare adequa-se à realidade do contexto demonstrando ser uma mais valia. No sentido de sensibilizar os profissionais sobre o contributo da SCE foi apresentada uma sessão de formação no dia 13 de dezembro para diversos enfermeiros. Posto isto, surge no apêndice 1 o plano de sessão da formação e no apêndice 2 a respetiva apresentação da temática.

## Conclusão

A elaboração deste trabalho foi um dos elementos integrantes da avaliação do aluno no estágio em contexto extra-hospitalar. A temática abordada surge para o aluno como um interesse pessoal pela área da segurança do doente, enviesando mais especificamente a área da supervisão clínica de pares.

Após a pesquisa bibliográfica, surge como proposta de SCE no contexto extra-hospitalar a aplicação do Modelo SafeCare que demonstrou influenciar de forma positiva, as instituições de saúde, melhorando a qualidade dos serviços de saúde, os clientes de cuidados, através de uma melhor recuperação clínica e melhor grau de satisfação, e os profissionais de enfermagem, melhorando o seu exercício profissional.

Em Portugal, as publicações sobre a temática da SCE, tendo em consideração os benefícios para as organizações de saúde, enfermeiros e clientes, são escassas (Cruz, 2012). Posto isso, torna-se importante salientar as limitações referentes à investigação produzida no âmbito da SCE, observando-se como uma grande limitação o facto de ser utilizada uma metodologia qualitativa na grande maioria das pesquisas realizadas. Assim, torna-se essencial a realização de investigação com métodos quantitativos no âmbito da SCE, de forma a avaliar a sua eficácia.

Como implicação para a prática, espera-se que este trabalho seja um elemento impulsionador para uma maior prática de SCE, tendo em vista, a promoção da melhoria contínua, consolidando uma cultura de qualidade e segurança, que só é possível através do empenho voluntário de todos os profissionais.



## Referências Bibliográficas

Alarcão, I., Tavares, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Edições Almerinda, SA, Coimbra.

Augusto M., Oliveira K., Carvalho A., Pinto C., Teixeira A. e Teixeira L. (2021). Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. *Rev Rene*, 22:e6027. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36105/1/A.L.Carvalho-01.pdf>.

Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem*. Porto: Uniarte Gráfica.

Cruz, S. (2012). *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso*. Tese de Doutoramento apresentada ao ICS- UCP. Porto.

Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Ministério da Saúde, Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-sobre-seguran%C3%A7a-do-doente/>.

Direção Geral da Saúde (2021). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Ministério da Saúde, Portugal. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>.

Garrido, A., Simões, J. e Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Universidade de Aveiro Editora. Aveiro.

Saúde, M. d. (2021). C. Lisboa: *Diário da República*, 2ª série - N°187 - 24 de setembro de 2021. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_2910\\_2015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica (diário da república, 2.ª série -n.º 113, 14 de junho de 2018)*;

Rocha, I. (2021). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: contributos para o autocuidado, satisfação profissional e competência emocional. Tese de doutoramento apresentada ao ICS- UCP. Porto.

Teixeira, A. (2021). Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Teixeira, F. (2021). Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem: Um Percurso. Relatório de Estágio apresentado à ICS- UCP. Porto.

## Apêndices



## Apêndice 1 - Plano de Sessão

## Plano de Sessão

<b>Curso:</b>	Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica
<b>Tema da Sessão:</b>	Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar
<b>Data:</b>	13/12/2022
<b>Sessão n.º:</b>	1/1
<b>Duração:</b>	15 minutos
<b>População:</b>	Enfermeiros do contexto
<b>Formadora:</b>	Mariana Saraiva (estudante)
<b>Metodologia Pedagógica</b>	Método Expositivo/Participativo

<b>Objetivo Geral</b>	- Compreender a importância da SCE e os seus contributos para a segurança e qualidade dos cuidados.
<b>Objetivos Específicos</b>	- Analisar o conceito de SCE e os seus objetivos. - Enumerar os modelos de SC existentes. - Apresentar o Modelo SafeCare e as suas características. - Identificar as vantagens da implementação do Modelo SafeCare no contexto extra-hospitalar.

<b>Etapas</b>	<b>Atividades Pedagógicas</b>	<b>Método Pedagógico</b>	<b>Equipamento</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	- Comunicação dos objetivos académicos e pessoais	Expositivo	Computador PowerPoint	3

	- Apresentação do tema			
<b>Desenvolvimento</b>	- Segurança na Prestação de Cuidados	Expositivo	Computador PowerPoint	10
	- SCE e a sua importância			
	Modelo SafeCare			
<b>Conclusão</b>	- Objetivos atingidos	Expositivo/Participativo	Computador PowerPoint	2
	- Limitações do trabalho			
	- Sugestões e Discussão			



## Apêndice 2 - PowerPoint da Formação

# Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

Orientadora: Prof.ª Doutora Irene Oliveira

Tutor: 

Aluna: Mariana Saraiva

## Introdução

### Motivações Académicas

Abordagem de uma temática pertinente para a melhoria da prática como enfermeira com EEMC na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

### Motivações Pessoais

Melhoria contínua da qualidade dos cuidados garantindo um ambiente seguro na prestação dos mesmos.  
Promoção da saúde, prevenção de complicações e satisfação da pessoa.

# Cuidados Seguros

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 -2020



Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026

5 Pilares

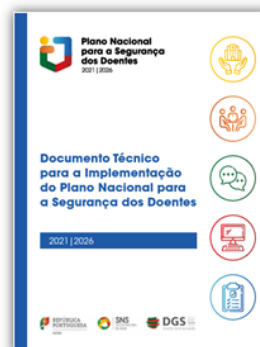
1 - Cultura de segurança

2 - Liderança e governança

3 - Comunicação

4 - Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente

5 - Práticas seguras em ambientes seguros



(Direção Geral da Saúde, 2021)

11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

3

## Supervisão

Super  
(latim - sobre)

Visão

Prefixo que exprime a noção de posição superior

Ação ou efeito de ver.

(Dicionário da Língua Portuguesa, 2003)



**SUPERVISÃO DE CUIDADOS:** olhar abrangente sobre aquele que presta cuidados.

11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

4



## Supervisão Clínica

“Processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervizado, com o **objetivo** de estruturação da aprendizagem, a **construção de conhecimento** e o **desenvolvimento de competências** profissionais, analíticas e reflexivas.

Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a **segurança e a qualidade dos cuidados.**”

(Ordem dos Enfermeiros, 2018, pg. 16657)

## Supervisão Clínica em Enfermagem



- Apoio clínico profissional;
- Desenvolvimento de competências pessoais e profissionais;
- Suporte e segurança aos cuidados prestados.

- Caráter de subordinação hierárquica;
- Controlo administrativo;
- Avaliação do desempenho

# Modelo SafeCare

## Cruz

- Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC)



2012

2019



## Investigadores ESEP + Enfermeiros CHMA

- Projeto C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados
- **Modelo SafeCare**

11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

7

# Modelo SafeCare

- ✓ Flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática;
- ✓ Foco nas necessidades e interesses sentidos pelos enfermeiros de cada contexto;
- ✓ Conceito de **Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE)** - potencial de promover a segurança e a qualidade dos cuidados.



11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

8

## Modelo SafeCare

### Enfermeiro Supervisor Clínico

- responsável pelo processo de supervisão;
- reconhecido pelos pares como detentor de conhecimento;
- prática profissional, ética e legal, desenvolvida de acordo com as normas legais e os princípios ético deontológicos.



11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

9

## Modelo SafeCare

### Enfermeiro Supervisor Clínico Major

- responsável pela supervisão dos enfermeiros SC;
- responsável pela gestão e implementação do modelo;
- deve ter formação específica na área da SC;
- nunca deverá ser o enfermeiro gestor do serviço em questão.



11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

10

## Modelo SafeCare

### Enfermeiro Supervisado

- enfermeiro do contexto de cuidados;
- desenvolve competências essenciais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.



11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

11

## Modelo SafeCare

### Objetivos da SC

- promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- melhorar a comunicação e a relação entre os elementos da equipa;
- ambiente favorecedor da reflexão sobre as práticas;
- melhoria da qualidade e segurança através da prática baseada em evidência;
- satisfação e a responsabilização profissional.



11-12-2022

Contributo da Supervisão Clínica para a Enfermagem no contexto de Emergência Extra-Hospitalar

12

## Modelo SafeCare

### Condições Institucionais

- filosofia de melhoria contínua da qualidade;
- rácio enfermeiro/cliente adequado;
- rácio enfermeiro supervisor clínico/enfermeiro supervisado;
- assinatura de um contrato de SC;
- sessões mensais de supervisão em grupo;
- avaliação do impacto do processo de supervisão.



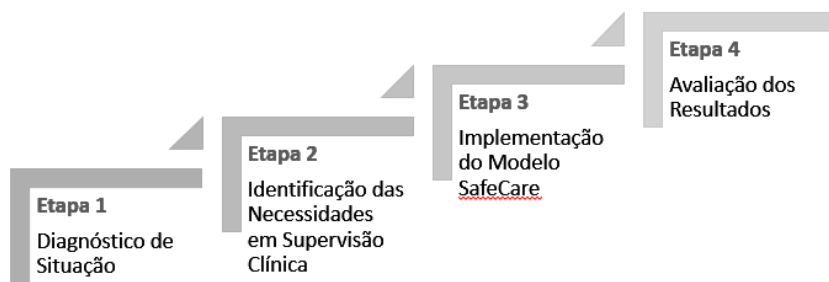
## Modelo SafeCare

### Deveres dos Supervisores e Supervisados

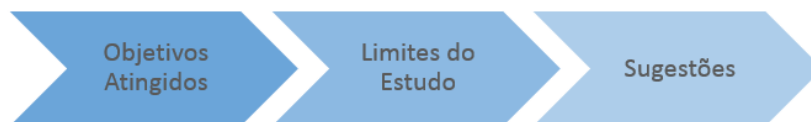
- respeitar a dignidade de cada um;
- assegurar a confidencialidade dos dados;
- respeitar o Código Deontológico do Enfermeiro;
- respeitar a opinião do outro;
- respeitar as decisões tomadas.



## Modelo SafeCare



## Conclusão



## Bibliografia Principal

- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem. *Uniarte Gráfica*.
- Cruz, S. (2012). Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso. Tese de Doutoramento apresentada ao ICS- UCP. Porto.
- Saúde, M. d. (2021). C. Lisboa: Diário da República, 2ª série - Nº187 - 24 de setembro de 2021. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica (diário da república, 2.ª série -n.º 113, 14 de junho de 2018);
- Rocha, I. (2021). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: contributos para o autocuidado, satisfação profissional e competência emocional. Tese de doutoramento apresentada ao ICS- UCP. Porto.



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**Contributo da Supervisão Clínica  
para a Enfermagem no contexto de  
Emergência Extra-Hospitalar**

Muito Obrigada!

Orientadora: Prof.ª Doutora Irene Oliveira  
Tutor: [REDACTED]  
Aluna: Mariana Saraiva