



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

---

LISBOA · PORTO

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

**DA ENFERMAGEM À ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:  
NO EXERCÍCIO DA COMPETÊNCIA RUMO À EXCELÊNCIA**

**FROM NURSING TO SPECIALIZED NURSING:  
IN THE EXERCISE OF COMPETENCE TOWARDS EXCELLENCE**

Por

Nuno Martinho Rodrigues Fernandes

Lisboa, Abril 2021



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

---

LISBOA-PORTO

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

**DA ENFERMAGEM À ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:  
NO EXERCÍCIO DA COMPETÊNCIA RUMO À EXCELÊNCIA**

**FROM NURSING TO SPECIALIZED NURSING:  
IN THE EXERCISE OF COMPETENCE TOWARDS EXCELLENCE**

Por

Nuno Martinho Rodrigues Fernandes

Sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, Abril 2021



*“Todo homem é culpado do bem que não fez”.*

Voltaire (François-Marie Arouet)

## RESUMO

Este trabalho constitui um relatório de estágio, que tem como finalidade cumprir formalmente o módulo reflexivo dos contextos de estágio em âmbito de urgência e de cuidados intensivos, como determinado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Família, da Universidade Católica Portuguesa. Os estágios foram desenvolvidos num serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos cardíacos, em Hospitais diferentes, no Distrito de Lisboa.

Pretende-se uma exposição de carácter essencialmente crítico-reflexivo sobre as experiências e aprendizagens no âmbito dos estágios, bem como, integrar atividades desenvolvidas na índole de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nos contextos de estágio, nomeadamente, um projeto - proposta de organização terapêutica no serviço de urgência pela nomenclatura LASA, concretamente pela organização dos medicamentos do stock, com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, que podem ser confundidos, originando troca de medicamentos (medicamentos Look-Alike, medicamentos Sound-Alike). Ainda, no âmbito da melhoria da qualidade em contexto clínico, neste relatório é apresentado também um estudo de revisão com o título: “Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review”, o qual tem como objetivo mapear as competências dos enfermeiros na abordagem aos doentes em situação crítica ao utilizarem a prática simulada. Esta revisão revelou-se determinante no desenvolvimento deste percurso, que tem como core o desenvolvimento de competências à pessoa em situação crítica e respetiva família. Nesta continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, são o cerne dos fundamentos deste relatório, mobilizando de forma constante competência, qualidade e segurança. Como recurso metodológico foi utilizada a metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva.

Os campos de estágio referidos, enquadram contextos clínicos de pessoas em situação crítica, nos quais se preconiza o desenvolvimento dos objetivos de estágio, bem como o desenvolvimento de estratégias e intervenções, que promovam ao longo do estágio, o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e que orientem a conduta de intervenção com pensamento intencional, crítico e reflexivo, adequando a vigilância e decisão clínica escrutina análise das situações nas suas conjeturas clínicas, éticas e socioculturais. Projeta-se um resultado transversal do desempenho, nos contextos de estágio, pleno de uma prestação de cuidados de

enfermagem especializados, diferenciados, humanizados e fundamentados na evidência científica, a documentar e analisar neste relatório.

**Descritores:** competências; qualidade e segurança dos cuidados; prática simulada, pessoa em situação crítica.

## ABSTRACT

This paper aims to fulfill a formality imposed by the curriculum of the Master and the Specialty Degree in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation and Family, from the Catholic University of Portugal, in his reflexive module versing the internships in emergency room and intensive care unit. All internships took place on two Lisbon hospitals.

This document intends to have a reflexive tone, and a critical one, versing the learning curve, the opportunities the internships provided, as well to include a report of the activities developed in the context of the improvement of nursing care; mainly the elaboration of a proposal of adopting, in the emergency room, the nomenclature *LASA* in pharmaceutical items. The adoption of his nomenclature is justified by the need to reduce the risk associated with confusing pharmaceutical items: *Look-Alike, Sound-Alike*.

Another initiative developed and presented in this report, aiming to improve nursing care, it's a *scoping review* titled: "critical care nurses' competencies when using clinical simulation: a scoping review.", in this approach the roll-play technic was used as a tool, to identify the skills nurses fall back on dealing with a person in critical care.

This review was fundamental in the choices taken in this internship that has, as is main goal, the development of skills in the care of the critical patient and his family. With that guidance, the 'quality' and 'security' was chosen as the core values of this internship, been use at all steps.

As methodological options, the descriptive, analytical and critical-reflexive methodology was used.

In the mentioned hospitals, the patients in critical care, are an essential condition to develop the goals of the internship, and implementing the strategies and interventions that make it possible. And doing so, creating the conditions to grow the specific and common skills recognized in a Specialist Nurse, that are a guidance for his interventions supported by critical thought and intent that guides the supervision and clinical decision; assessing the clinical, ethical and socio cultural dimensions.

The aim, in this report, is to testify a performance of a pecisalized care, that differs in been differentiated, humanized and based in scientific evidence.

**Descriptors:** competencies; quality and safety of care; simulated practice, person in critical situation.

## **AGRADECIMENTOS**

Este espaço é dedicado a todas pessoas que me apoiaram e incentivaram a desenvolver este percurso de mais pela enfermagem, mais pela ciência. Agradecer, às vezes parece insuficiente, face ao enorme sentido apoio das pessoas que passo a enaltecer, dado todo o seu contributo e dedicação, sobretudo nos momentos mais difíceis.

À **Professora Doutora Isabel Rabiais** pela extraordinária capacidade pedagógica e forma construtiva com que me orientou. As suas sugestões, suporte científico e crítico levaram à ampliação da minha visão do mundo. Pessoa dotada de uma disponibilidade infinita, sempre com palavra de alento e espírito resiliente.

À **Professora Doutora Sílvia Caldeira** pelo apoio, disponibilidade e cientificidade com que contribuiu no percurso do mestrado e trabalho de investigação, bem como, pela partilha dos sentidos que o rigor científico exige.

Ao **Mestre e Enfermeiro Especialista Carmelindo Sul**, que disponibilizou o seu tempo e doou o seu saber: Tutor no meu estágio em contexto de unidade cuidados intensivos, dotado de extrema qualidade pedagógica e supervisão clínica. A sua identidade profissional acrescentou a minha. Pelo certo, serei melhor enfermeiro no futuro.

Às **Mestres e Enfermeiras Especialistas Inês Monteiro e Sofia Carvalho**, pela empenho e assertividade com que orientaram o meu estágio em contexto de urgência.

Ao **Tenente António Borges**, enfermeiro e amigo pela sua paciência, equilíbrio e excelência profissional. Foi um pilar fundamental em todos os momentos de apoio, motivação e partilha neste percurso.

Ao **Carlos Neto** pelo incondicional apoio, suporte e incentivo em ir mais longe profissionalmente. Sem a sua cooperação, teria sido um percurso muito mais difícil.

Aos meus colegas Enfermeiros com os quais tenho o privilégio de trabalhar, pela cooperação e motivação, que me impulsaram a este desenvolvimento.

Muito obrigado a todos, pelas oportunidades e contributos neste caminho...

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BIA - Balão Intra-Aórtico

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ERC - Enterobactereas Resistentes aos Carbapenemos

ECDC - Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa-de-Prevenção e Controlo de  
Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

LASA - Look - Alike Sound-Alike

MCEEMC - Mesa Colégio da Especialidade em Enfermagem Medico – Cirúrgica

MRSA - Stafilococcus Aureus Metilino Resistente

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Paragem Cardio - Respiratória

PTCA - Cateterismo de Reperusão Coronariana Percutâneo

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SPPCR - Síndrome Pós - Paragem Cardio - Respiratória

SU - Serviço de Urgência

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UNICOR - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VAP - Valvuloplastia Aórtica Percutânea;

VNI - Ventilação Não Invasiva

# ÍNDICE

<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo I .....</b>	<b>15</b>
<b><i>“Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review”</i></b>	
<b>Capítulo II .....</b>	<b>69</b>
1 - Desenvolvimento de competências, qualidade e segurança em intervenções de enfermagem especializadas nos contextos de estágio .....	71
1.1 – A pessoa em situação crítica e família em contexto de urgência.....	81
1.2 - A pessoa em situação crítica e família em contexto de unidade de cuidados intensivos .....	96
2 – Avaliação global dos estágios e implicações para a prática profissional .....	120
<b>3 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>122</b>
<b>4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>134</b>
Apêndice I .....	135
Apêndice II .....	150
Apêndice III .....	157
<b>ANEXOS .....</b>	<b>168</b>
ANEXO I – Certificados de Participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Universidade Católica Portuguesa .....	169

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - Fluxograma Prisma para Soping Review-----	26
Figura 2 - Competências adquiridas pelos enfermeiros quando submetidos a cenários de simulação clínica-----	27
Figura 3 - Efeitos das competências adquiridas pelos enfermeiros na pessoa em situação crítica-----	38
Figura 4 - Competências e Domínios de Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE)-----	39
Figura 5 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica (OE)-----	40

## 1 - INTRODUÇÃO

Ser enfermeiro hoje, representa uma responsabilidade pessoal e profissional face ao mundo em mudança. Na atualidade mais do que “se gostar de ser enfermeiro”, surge a imperiosa necessidade de enveredar num percurso profissional sério, científico e académico. Um caminho profissional aliado nessas bases, unido na investigação e reflexão, é que poderá cimentar a valorização social e profissional dos enfermeiros.

A pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, a sua situação e contexto clínico, a sua conjuntura e dinâmica sociofamiliar, direcionam à enfermagem, as necessidades da sua evolução enquanto ciência da saúde, quer ao nível prático do contexto clínico, quer ao nível tecnológico, quer ao nível ético e humano, para que os enfermeiros exerçam o seu exercício profissional com compromisso, intenção, dedicação e competência. Neste âmbito, a prática especializada em enfermagem, reflete o carácter pessoal e profissional em que o enfermeiro se compromete com a atualização, estudo permanente, reflexão e dotação de competências, na procura da excelência profissional, resultando em qualidade, segurança, rigor científico e respeito ético e humano.

Neste quadro, a pessoa em situação crítica, pela sua condição clínica e especificidades que a intervenção da enfermagem mobiliza nesta área de envolvimento clínica, sempre foram razões que me despoletaram apreço em querer desenvolver mais competência profissional nesta área de prestação de cuidados. A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Família, veio assim, colmatar este elo desejado de competências profissionais, nos domínios científico, técnico, humano, ético e sociocultural, no sentido de intervir com intencionalidade na melhor qualidade e segurança, com que a perícia da enfermagem especializada se compromete a intervir junto da pessoa em situação crítica e sua família.

O presente documento tem como finalidade, cumprir formalmente o módulo reflexivo dos contextos de estágio em âmbito de urgência e de cuidados intensivos, como determina o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Família, da Universidade Católica Portuguesa. Os estágios foram desenvolvidos em diferentes contextos:

- Estágio referente aos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família em contexto urgência, foi desenvolvido no serviço de urgência (SU) de um Hospital de Lisboa, no período de 03 de Junho a 24 de Julho de 2020 (total de 180 horas);
- Estágio referente aos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família em contexto de unidade de cuidados intensivos, foi desenvolvido na unidade de cuidados intensivos cardíacos (UNICOR) de um Hospital de Lisboa no período de 01 de setembro a 19 de dezembro de 2020 (total de 360 horas).

O presente relatório pretende refletir os percursos, aprendizagens e desenvolvimento de competências ao longo dos estágios, dando a conhecer à comunidade académica e científica os resultados deste processo evolutivo. Assim, o principal objetivo deste relatório é refletir sobre o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Família, visando a essência da competência, qualidade e segurança dos cuidados. Como objetivos específicos, neste relatório pretende-se:

- divulgar o trabalho de investigação erigido no âmbito da competência profissional com o título: *“Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review”*;
- enquadrar a competência, qualidade e segurança como bases fundamentais para a prática de enfermagem no cuidado da pessoa em situação crítica;
- descrever os objetivos definidos para os estágios e as atividades realizadas, evidenciando as competências desenvolvidas como resultados obtidos no ganho da perícia clínica em enfermagem, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializada dirigidos à pessoa em situação crítica;

A estrutura deste relatório sistematiza-se essencialmente em dois capítulos. No primeiro é abordado o trabalho de investigação sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review e no segundo capítulo, são analisadas as implicações da competência, qualidade e segurança como bases fundamentais para uma prática de enfermagem especializada. Neste segundo capítulo, em conexão às bases fundamentais referidas, retratam-se os objetivos, atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, mediados pela análise crítico-reflexiva, posições da ciência e perspetiva de autores, bem como pela mobilização das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Um destes objetivos, no estágio em contexto de urgência, na índole de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, integra um projeto - proposta de organização terapêutica no serviço de urgência pela nomenclatura LASA, pela organização dos medicamentos do stock, com nome

ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos (Medicamentos Look-Alike, Medicamentos Sound-Alike). Por último, neste capítulo, apresenta-se uma avaliação global dos estágios e implicações para a prática profissional futura.

No final do relatório, em forma de conclusão apresenta-se uma síntese e análise transversal, incluindo sugestões e implicações sentidas ao longo da sua elaboração.

Este relatório, enquanto análise do desenvolvimento profissional nos estágios, preconiza o desenvolvimento de estratégias e ações baseadas nos recursos da ciência, dado o compasso expansivo com que surgem inovações, mudanças e projeções de investigação, que o enfermeiro especialista acompanha, pelo que a metodologia adotada para a elaboração deste relatório, foi a metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, com base em consulta de literatura.

Este documento está redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, seguindo as normas da Universidade Católica Portuguesa e a norma da American Psychological Association 7ª Edição para as referências bibliográficas. Em apêndice, apresento os vários trabalhos e formações realizadas ao longo deste caminho.

## **Capítulo I**

### **Estudo de investigação: scoping review**

Neste capítulo é abordado uma revisão intitulada: “*Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review*”.

Estudar, descobrir e investigar, são formas inerentes à sobrevivência humana. Hoje, estas formas, são colocadas e tratadas num plano metodológico avançado que agiliza os resultados, não só na sobrevivência, mas na qualidade com que se vive.

Albert Nagyrápoli assume que “*uma descoberta é um acidente que encontra uma mente preparada*”. De facto, o curso de mestrado integra o meu percurso profissional de forma a avivar e mostrar a importância fundamental da investigação para a evolução. Provavelmente, o momento em que aconteceu, foi o melhor da minha preparação profissional enquanto enfermeiro de cuidados gerais.

No plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Família, a investigação e outras áreas de estudo, foram basilares no desenvolvimento da minha matriz científica em enfermagem, no que respeita à compreensão do método científico. Neste sentido e com interesse na competência, qualidade e segurança das intervenções de enfermagem, junto da pessoa em situação crítica, foi desenvolvido um estudo de revisão científica, com objetivo de mapear as competências desenvolvidas pelos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica, ao utilizarem a prática simulada.

Este estudo foi elaborado em parceria com o mestrando e enfermeiro António Borges, uma vez que havia interesse mútuo no estudo do tema, com participação e revisão da Professora Doutora Isabel Rabiais e Professora Doutora Sílvia Caldeira. Foi proposto para comunicação em painel no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa no dia 27 novembro de 2020, tendo sido aceite pela comissão científica e apresentado pelo autor António Borges no segundo painel da tarde, mesa três, na temática: “*Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro*”. A referida apresentação encontra-se disponível no apêndice I. Não obstante neste seminário, foi oportuna e um privilégio a minha participação na comissão organizadora, cuja experiência foi extremamente positiva e enriquecedora para o meu desenvolvimento pedagógico e profissional integrado no mestrado. No anexo I são apresentados os certificados da participação integrada na comissão organizadora do referido seminário.

## **Título**

Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review.

## **Autores**

António Borges<sup>1</sup>; Nuno Fernandes<sup>2</sup>; Isabel Rabiais<sup>3</sup>; Sílvia Caldeira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro militar no Hospital das Forças Armadas e mestrando em Enfermagem Médico -Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, na Escola de Enfermagem (Lisboa) - Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, E-mail: [aborges@hfar.pt](mailto:aborges@hfar.pt)

<sup>2</sup> Enfermeiro no Hospital Sant'Ana e mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, na Escola de Enfermagem (Lisboa) - Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, E-mail: [nunom.fernandes@scml.pt](mailto:nunom.fernandes@scml.pt)

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação, Enfermeira, Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, E-mail: [raby@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:raby@ics.lisboa.ucp.pt)

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem, Mestre em Bioética, Enfermeira, Professora Auxiliar Convidada, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, E-mail: [scaldeira@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:scaldeira@ics.lisboa.ucp.pt)

## Resumo

**Background:** A simulação em enfermagem representa uma estratégia de aquisição de competências, que visa aumentar a compreensão do comportamento humano nas configurações reais em que estes profissionais desenvolvem a sua atividade, sem colocar em causa a segurança dos doentes.

A gestão dos níveis de ansiedade, assim como a relação interpessoal, os erros de interpretação e coordenação de todas as variáveis relacionais e técnicas, podem também ser treinadas em ambiente controlado. Estas são algumas das competências fundamentais, nomeadamente na abordagem aos doentes em situação crítica, mas não foi identificado na literatura nenhuma revisão que permita sistematizar as competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica ao utilizarem, em específico, a prática simulada.

**Objetivo:** O objetivo desta revisão é mapear as competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica ao utilizarem a prática simulada.

**Método:** Revisão scoping baseada na metodologia JBI. A pesquisa foi realizada em agosto de 2020, usando bancos de dados internacionais e literatura cinzenta em inglês, espanhol, alemão, italiano e português. Foram incluídos estudos com enfermeiros de todas as funções e categorias profissionais (participantes), que tenham tido experiência de prática simulada (contexto) para desenvolvimento de competências na abordagem em situação crítica (conceito). Estudos publicados em inglês, espanhol, alemão, italiano e português foram incluídos.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados, em três etapas, de acordo com a JBI. A pesquisa e análise foi realizada de modo independente por dois revisores. Os dados foram sintetizados em tabelas.

**Resultados:** O recurso à simulação tem-se constituído como uma estratégia válida na aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, nas quais se destacam o aumento do

conhecimento e autoconfiança, melhorias ao nível da comunicação, dinâmica de equipa mais eficaz, raciocínio clínico e tomada de decisões, liderança, autoavaliação da competência clínica e precaução de segurança. Não obstante, a possibilidade de treino e a incorporação da repetição com *feedback* (*debriefing*) e padrões mínimos de aprovação, podem melhorar a aquisição de habilidades, permitindo o desenvolvimento de competências nas dimensões cognitiva, psicomotora e relacional, fundamentais para o exercício de enfermagem.

**Discussão:** A prática simulada enquanto estratégia ativa utilizada na formação em saúde, contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e da autoconfiança, auxiliando na promoção da segurança do doente, sendo profícua na aquisição de novos conhecimentos e no entendimento de relações conceituais e práticas. Permite que os enfermeiros reflitam sobre as situações clínicas, problemas e contextos, melhorando o seu raciocínio e planeamento dos cuidados. Aprimoram as suas capacidades ao nível da deteção precoce da deterioração clínica, bem como a prevenção de complicações associadas.

**Conclusões:** A prática simulada assume-se como diferenciadora e promotora de competências técnicas e não técnicas, suscetíveis de promoverem uma melhoria contínua dos cuidados em contexto de urgência e emergência, com garantia da segurança dos doentes.

**Palavras chave:** *Nursing Care; Simulation Training; Clinical Competence; Critical Care*

## BACKGROUND

A enfermagem é uma profissão que, ao longo dos últimos anos tem percorrido um caminho de constante afirmação enquanto ciência, ocupando o seu espaço de forma profícua, tornando-se identificável, única e reconhecida na sociedade. As necessidades tornaram-se mais complicadas e os enfermeiros precisam obter as competências necessárias para oferecer cuidados de alta qualidade (Foley, Mason, & Manning, 2019). Concomitantemente, o desenvolvimento de competências acrescidas e adquiridas em contexto de formação assumem cada vez maior importância, permitindo desenvolver uma prática de qualidade bem como um vasto conjunto de atitudes e valores que contribuem para a excelência do cuidar (Pires et al.,2004). Permitem ainda fundamentar as tomadas

de decisão e refletir sobre a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Pires et al., 2004; Tardif, 2006).

Competência pode ser definida como um saber agir complexo que se apoia na mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos, devidamente articulados na resposta a uma determinada situação (Tardif, 2006). Neste sentido, a competência não é exclusivamente constituída por recursos dirigidos à pessoa, mas também por recursos externos, tais como as informações, os equipamentos e as relações interpessoais com outros profissionais da equipa multidisciplinar (Le Boterf, 2003). De facto, aos enfermeiros e demais profissionais é exigido pela sociedade que sejam detentores de um elevado nível de conhecimentos, capacidade de resolução de problemas de forma criativa e com elevada competência técnica, relacional e cultural, no sentido de responder com qualidade às necessidades sociais e constantes apelos à mudança (Pires et al., 2004). A diversidade de áreas onde o enfermeiro é solicitado a proporcionar cuidados de natureza cada vez mais complexos, nomeadamente em ambiente crítico, como a urgência/emergência e cuidados intensivos, desafiam-no para o desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas. Entre as mais variadas, destacam-se o cuidado da pessoa, família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica e a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe. A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429, 2018, p.19362).

Reconhecer precocemente e gerir as intervenções perante o doente com instabilidade hemodinâmica rápida, tem sido amplamente discutido a nível internacional. O atraso na avaliação e a débil gestão clínica destes doentes, está associada a internamentos mais prolongados e evitáveis (Buykx, et al., 2011; Devita et al., 2010). Por sua vez, a antecipação no reconhecimento e a resposta efetiva à deterioração do doente pode reduzir drasticamente a mortalidade e melhorar significativamente os outcomes (Larew, Lessans, Spunt, Foster, & Covington, 2006; Bambini, Washburn, & Perkins, 2009; Kelly, Forber, Conlon, Roche & Stasa, 2014). No entanto, é ainda prematuro garantir que todos os profissionais possuem as competências e habilidades necessárias a este nível de atuação. É fundamental desenvolver esforços no sentido de capacitar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, das ferramentas adequadas a uma abordagem segura, criteriosa e dotada de conhecimento e prática capazes de contribuir para a melhoria da atuação em contexto de urgência e emergência (Ricketts, 2011).

A formação contínua, assim como o treino de equipas com recurso à simulação, assume desta forma um papel crucial na aquisição e manutenção das competências necessárias a uma intervenção precoce. Enquanto estratégia educacional, a simulação representa uma ferramenta inovadora e eficaz, sendo que a sua tendência ruma a uma progressão crescente, associada não só ao aumento da tecnologia, mas também ao realismo dos manequins utilizados (Ricketts, 2011). Enquanto método pedagógico, garante o uso de técnicas educativas, assim como de equipamento adequado, com o intuito de promover, melhorar ou validar a progressão dos formandos (Meakim et al., 2013). Tem-se afirmado enquanto ferramenta de aprendizagem inovadora, garantindo melhores oportunidades para a aquisição de conhecimentos, perícia e atitudes necessárias ao desenvolvimento de habilidades de julgamento clínico (Lindsey & Jenkins, 2013; Johnson et al., 2012; Yuan, Williams, & Fang, 2012)

A simulação clínica pode assim ser definida como uma arte, que permite recriar um cenário clínico num ambiente artificial, firmando a substituição de um doente por experiências interativas artificialmente guiadas, a fim de replicar situações reais (National Council of State Boards of Nursing, & National Council of State Boards of Nursing, 2009; Gaba, 2007).

Em enfermagem, a sua utilização garante ganhos na qualidade da abordagem ao doente e satisfação dos enfermeiros, associada a quatro fatores: promoção do desenvolvimento do pensamento crítico, resolução de problemas, tomada de decisão e colaboração interdisciplinar (Rauen, 2004). Advém também, que esta estratégia assume uma enorme relevância por poder ser aplicada a todas as áreas de atuação da enfermagem, uma vez que a representação de acontecimentos clínicos decorre num ambiente seguro, promovendo a confiança do formando e minimizando o medo de errar.

Em permanente consonância com a teoria, a simulação clínica é uma estratégia de aprendizagem ativa, na qual o formando é o foco e o formador atua como um facilitador da aprendizagem. Garante a oportunidade de ser exposto a cenários clínicos críticos, nos quais o realismo e a adequação de conceitos teóricos permitem simular a correta avaliação inicial, bem como a atuação ao longo de todo o percurso em que o doente se deteriora (Kolb, 1984; Jeffries, 2005).

Wayne, Barsuk, O'Leary, Fudala, & McGaghie (2008) demonstraram que os profissionais de saúde possuem melhor proficiência em suporte avançado de vida após a realização de simulações clínicas em contexto prático. Já Moretti et al (2007) relataram melhores *outcomes* nos doentes após paragem cardiorrespiratória quando a equipa responsável pela reanimação tinha sido, previamente, submetida ao treino por simulação. O uso da simulação de alta fidelidade promove um aumento da autoconfiança e melhora substancialmente as competências técnicas e não técnicas, nomeadamente quando proporcionada *in situ*, ou seja, nos próprios locais de trabalho em que a equipa desempenha funções. Nestes casos têm-se observado melhorias comportamentais significativas, dinâmica de equipa mais

favorável e adaptada ao ambiente de trabalho, refletindo-se diretamente na segurança dos doentes (Kaneko et al., 2015; Patterson, Geis, Falcone, Lemaster, & Wears, 2012).

Para Bandura (2005) o aumento da autoconfiança permite que os profissionais sejam mais propensos a aceitar novos desafios e a enfrentar melhor as situações de insucesso ampliando a possibilidade do indivíduo apreender informações e proporcionar ganhos no seu processo de aprendizagem (Martins et al., 2012; Almeida et al., 2016). Com a continuidade da prática simulada, têm sido observados benefícios diretos no desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Martins et al., 2012).

A garantia de qualidade das simulações passa pelo emprego adequado da metodologia de ensino e organização destes momentos formativos, assegurando desde logo o *briefing*, onde o formador explica como a sessão será conduzida, discute os objetivos pretendidos e atribui as funções aos formandos; o cenário, onde os formandos observam e experienciam a prática real; e o *debriefing* no qual a avaliação retrospectiva e discussão do desempenho dos formandos é realizada. O *debriefing* tem emergido como a fase mais importante da simulação dado que permite a reflexão interdisciplinar entre os intervenientes, abrangendo diferentes aspetos da sua prática profissional, potenciando a aquisição e o desenvolvimento das capacidades clínicas (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015; Lasater, 2007; Mayville, 2011; Neill e Wotton, 2011; Shinnick, Woo & Evangelista, 2012; Moule, Wilford, Sales, & Lockyer, 2008). Reforça ainda as intervenções positivas dos formandos, encoraja ao pensamento reflexivo e a integrar o conhecimento recém-construído (Jeffries, 2005). O *debriefing* é considerado uma ferramenta educacional com base nos princípios da teoria de aprendizagem de adultos através de determinado evento, com o intuito de gerar uma discussão referente à vivência no cenário clínico. Assume-se fundamental na educação em saúde, pois é onde geralmente o processo de *feedback* e onde a aprendizagem é, muitas vezes, esclarecida e traduzida em pontos essenciais para reflexão e as orientações para a prática futura (Yarris, Jones, Kornegay, & Hansen, 2014).

A simulação mostra-se mais efetiva para o formando do que o primeiro contacto com a situação crítica real, pois permite o erro e a aplicação de *feedback* positivo e negativo, conferindo aos enfermeiros experiência, segurança e facilidade para a tomada de decisão em situações reais de assistência, além de melhorar os *outcomes* em unidades de cuidados intensivos (Linn, Caregnato, & Souza, 2019). Assim, a simulação constitui uma metodologia indicada para que se alcance o aumento da qualidade assistencial e segurança dos doentes críticos, no sentido de melhor preparar o profissional para conseguir mobilizar, em contexto prático, todos os seus conhecimentos e demonstrar competências. No entanto, para que esta seja efetiva, é fundamental que se assuma enquanto processo organizado,

metódico e repetitivo ao longo do tempo, idealmente em períodos de seis meses (Baid e Hargreaves, 2015; Janson et al., 2016).

O uso da simulação clínica na capacitação dos profissionais que atuam em contexto crítico, assume-se como um desafio constante na partilha da melhor e mais atualizada evidência, pelo que o objetivo desta revisão de literatura consiste em identificar quais as competências desenvolvidas pelos enfermeiros na abordagem aos doentes em situação crítica ao utilizarem a prática simulada.

## **MÉTODO**

Esta revisão foi elaborada de acordo com as recomendações da JBI para análises *scoping* (Peters et al., 2020).

### Crítérios de inclusão

*Participantes:* Esta revisão examinou todos os estudos que focam os enfermeiros (independentemente da função ou categoria profissional).

*Conceito:* Esta revisão considerou as competências para os enfermeiros como um saber agir complexo que se apoia na mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos, devidamente articulados na resposta a uma determinada situação (Tardif, 2006).

*Contexto:* Foram considerados os estudos realizados no contexto de prática simulada em situação crítica, especificamente em urgência ou emergência e cuidados intensivos.

*Tipo de fontes:* Esta revisão *scoping* considerou estudos quantitativos, qualitativos, mistos e revisões sistemáticas. Projetos quantitativos, incluindo desenhos de estudos experimentais (como ensaios randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros quase experimentais) e desenhos observacionais (estudos descritivos, estudos de corte, estudos transversais e estudos de caso). Projetos qualitativos incluem quaisquer estudos que se concentrem em dados qualitativos, não se limitando a fenomenologia, teoria fundamentada, desenhos etnográficos ou análise discursiva.

Estratégia de pesquisa: A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar publicações e estudos não publicados. Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três etapas. Uma pesquisa inicial limitada às bases de dados Medline e Cinahl, seguindo-se uma análise das palavras que constavam no título e no resumo, bem como dos descritores usados para descrever os artigos. Uma segunda pesquisa usando todas as palavras-chave identificadas e descritores nas diferentes bases de dados. Na terceira etapa, todos os artigos publicados em inglês, espanhol, alemão, italiano e português foram incluídos. De forma a entender qual a evolução da pesquisa e prática ao longo do tempo, foram considerados os estudos publicados em qualquer ano. A estratégia de pesquisa completa está contemplada no Apêndice I.

Fontes de informação: As bases de dados pesquisadas foram as seguintes: *Cinahl Complete* (by EBSCO); *Nursing and Allied Health Collection* (by EBSCO); *Cochrane Library*, incluindo *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR), *Cochrane Central Register Of Controlled Trials* (CENTRAL), *Database Of Abstracts Of Reviews Of Effects* (DARE); *Mediclatina* (by EBSCO); *Medline Complete* (by EBSCO); *SciELO – Scientific Electronic Library Online*; *RCAAP - Open Access Portuguese Repository* e *Portal de Búsqueda de la BVS Enfermería Información y Conocimiento para la Salud*.

Seleção de estudos: Após a pesquisa, todos os resultados foram agrupados e carregados no software *Mendeley v1.17.6* (Mendeley Ltd, Elsenier, Holanda) e removidos os duplicados através do software e dupla validação por dois revisores. Os títulos e resumos foram selecionados por dois autores independentes, considerando os critérios de inclusão previamente definidos para a revisão. Os estudos identificados como potencialmente relevantes foram selecionados na íntegra para validação completa por dois revisores independentes. A ausência de consenso na escolha inicial dos artigos foi resolvida por intermédio de discussão ou com recurso a um terceiro revisor independente. Sempre que se considerou adequado, foram contactados os autores dos estudos.

Extração de dados: Os dados foram extraídos de artigos por dois autores independentes, recorrendo, sempre que necessário a um terceiro autor. Estes refletem quais as competências adquiridas pelos enfermeiros ao recorrerem à prática simulada na abordagem à pessoa em situação crítica. Sempre

que se considerou necessária a obtenção e/ou esclarecimento de dados adicionais, recorreu-se aos autores dos artigos.

Apresentação de dados: Os dados foram extraídos dos documentos incluídos para a revisão, usando o *software* Microsoft Excel (Redmond, Washington, USA), com base numa tabela preliminar (Apêndice II). Este instrumento foi desenvolvido de acordo com a pesquisa inicial e questão de revisão. A tabela foi testada para adequação e abrangência com os cinco primeiros estudos. Dois autores selecionaram de forma independente os dados e um terceiro autor foi envolvido nos casos em que eu não houve consenso.

Inclusão de estudos: A seleção dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Com base na estratégia apresentada, foram encontrados 625 artigos, através das bases de dados Cinahl Complete (n = 47); Nursing and Allied Health Collection (n = 1); Cochrane Library (n = 2); Medline Complete (n = 420); Mediclatine (n = 9); SciELO (n = 7); RCAAP (n = 132) e BVS (n = 7). Depois de removidos os duplicados, foram incluídos 580 artigos. Após leitura do título, foram considerados 140 artigos. Nesta fase, após leitura do resumo, foram incluídos 29 artigos para leitura integral do texto. Nove artigos foram excluídos, e os motivos de exclusão são apresentados no Apêndice III.

Um total de 20 artigos foram incluídos nesta revisão. O fluxograma PRISMA-(Figura 1) descreve o fluxo de decisões deste processo (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

## RESULTADOS

Todos os artigos selecionados para esta revisão *scoping* foram publicados entre 2009 e 2019, sendo que 70,0% correspondem a publicações dos últimos 5 anos. Os resultados advêm de revisões sistemáticas de literatura e meta-análise, estudos quase-experimentais, estudos quantitativos, qualitativos, observacionais, *coorte* e revisões integrativas.

Quanto à origem, os Estados Unidos da América são o país mais representado com 40,0%, seguido por Portugal com 20,0%, Austrália e Brasil com 15,0% (cada um), Noruega (5,0%) e Canadá (5,0%).

As principais características dos artigos incluídos nesta revisão são adicionalmente apresentadas no Apêndice IV.

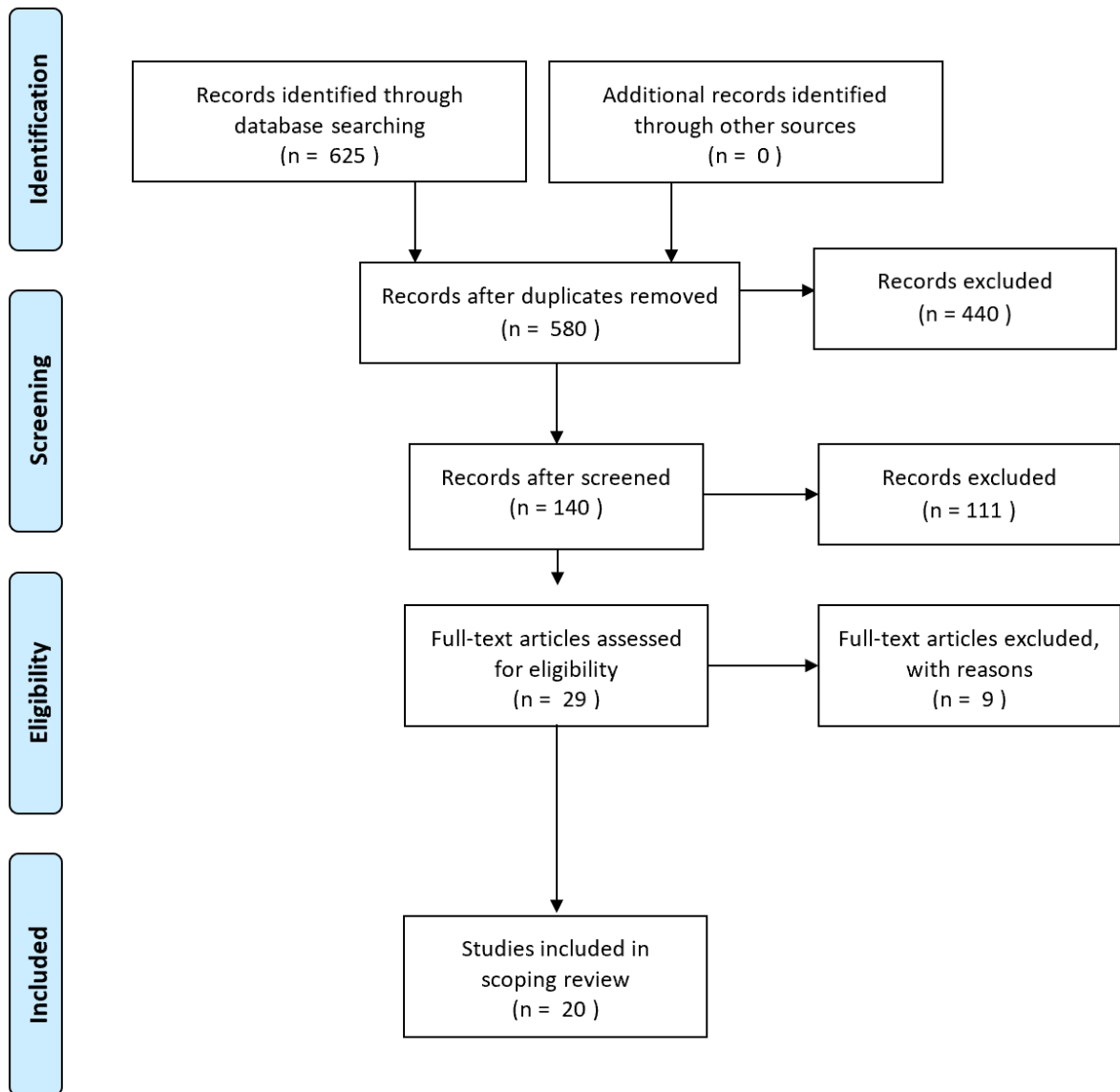


Figura 1. Fluxograma PRISMA para *Scoping Review* (Moher et al., 2009).

Entre as diversas competências adquiridas pelos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica ao utilizarem a prática simulada, destacam-se o aumento da autoconfiança e da satisfação, melhorias nas competências técnicas e não técnicas, comunicação, liderança, juízo clínico e tomada de decisões. Estas são algumas das competências que permitem aumentar de forma significativa a rapidez de raciocínio e melhorar o trabalho de equipa, contribuindo, de forma contínua e sustentada, para a segurança dos doentes em situação crítica (Figura 2).

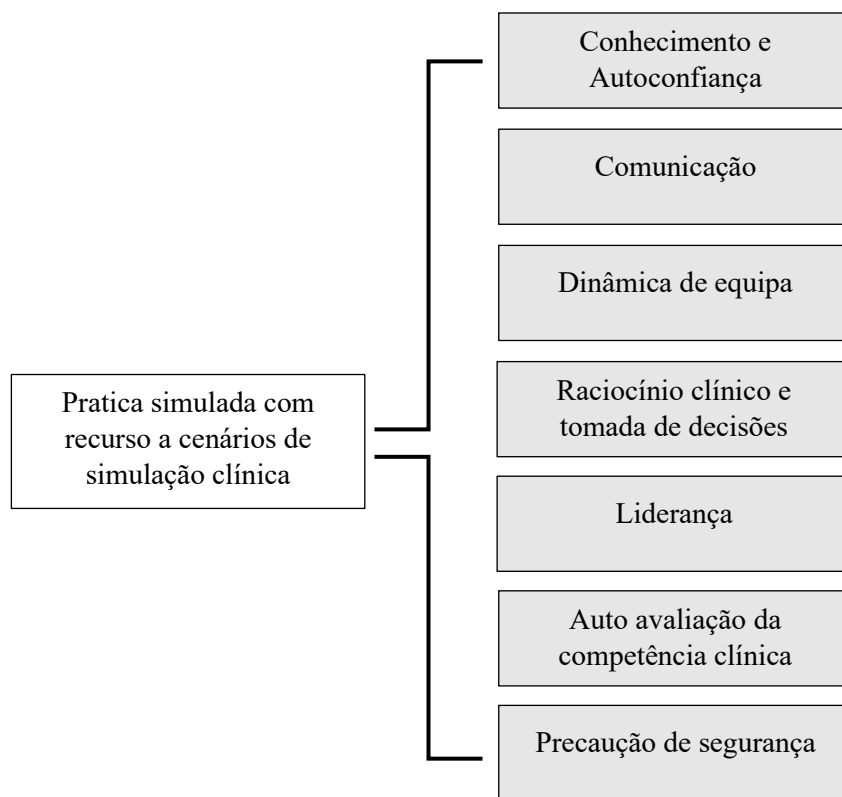


Figura 2. Competências adquiridas pelos enfermeiros quando submetidos a cenários de simulação clínica.

## DISCUSSÃO

Os enfermeiros, face aos atuais desafios, devem ser capazes de se adaptarem aos diferentes contextos e funções a desempenhar, bem como de resolverem situações de grande indefinição ou adaptarem-se àquelas situações que comportem grandes níveis de imprevisibilidade, como se observa nas situações de cuidados aos doentes em situação crítica. É essencial que estes consigam integrar competências didáticas e clínicas, pois são a base sobre a qual desenvolvem proficiência e experiência, elencando de forma sustentada a validação sobre a sua prática (Clarke et al, 1996). A perspectiva fragmentada ou tratamento fragmentado de limitações em competências didáticas e clínicas, acarreta maus resultados para o doente. São necessários modelos inovadores de prestação de cuidados, é necessário implementar melhorias baseadas em evidência na coordenação de cuidados de alta qualidade e com uma boa relação custo benefício (L'Ecuyer, Shatto, Hoffmann, & Crecelius, 2016). A prática simulada proporciona uma experiência integrada, contribuindo para uma compreensão mais profunda, melhora a retenção e compreensão, e ainda, desenvolve as competências necessárias face às complexas situações dos doentes em situação crítica. Ajuda na preparação clínica e na capacidade de responder às necessidades de doentes graves, favorece a aprendizagem e a sua aplicação na prática, pelo que os enfermeiros reconhecem os seus contributos, para o desempenho profissional (Square, 2012; George e Quatrara, 2018; Hegland, Aarliek, Stromme, Hilde, & Gro, 2016; Ryan et al., 2019; Murphy, McCloughen & Curtis, 2019; Morton, Powers, Jordan & Hatley, 2019).

A prática simulada consiste numa estratégia ativa, amplamente utilizada na formação em saúde, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico e da autoconfiança, auxiliando na promoção da segurança do doente, sendo profícua na aquisição de novos conhecimentos e no entendimento de relações conceituais e práticas (Oliveira, 2018, p52).

Permite que os enfermeiros reflitam sobre as situações clínicas, problemas e contextos, melhorando o raciocínio e planeamento dos cuidados (Square, 2012).

As situações de urgência ou emergência surgem em diversos contextos, mas o seu caráter peculiar implica uma preparação dotada da melhor evidência científica, na qual a simulação poderá desempenhar um papel fundamental. Na melhoria da prática e desenvolvimento da competência,

ressalta o uso do *feedback* estruturado e oportuno, oferecendo a possibilidade de repetição e melhoria num ambiente seguro e controlado.

Comparando esta realidade com a configuração da natureza, percebe-se que aprender e saber são ferramentas. Na verdade, ao minuciar esta horizontalidade, consegue-se observar que após o nascimento, o aumento da interação com o ambiente, a imitação, a repetição de experiências, a avaliação positiva ou negativa das mesmas, os resultados da experimentação e o treino das atividades, conduz ao desenvolvimento, aprendizagem de uma determinada ação, prática ou tarefa, tornando a qualidade desse feito com maior perícia, instruindo a capacidade e o “à-vontade” com que se realizam as ações em contextos reais presentes e futuros, com base nas experiências do passado, ou seja, conforma momentos de reflexão para e sobre a ação (Rosa, 2014).

A possibilidade de treino e incorporação da repetição com *feedback* e padrões mínimos de aprovação, podem melhorar a aquisição de habilidades, permitindo o desenvolvimento de competências nas dimensões cognitiva, psicomotora e relacional, fundamentais para o exercício de enfermagem (Ryan et al., 2019). A prática simulada assume-se assim como uma estratégia de ensino/aprendizagem capaz de reinventar a formação contínua dos enfermeiros e provocar verdadeiras e efetivas mudanças de comportamento na sua prática diária, ao nível do conhecimento que suporta a ação, na dimensão da eficiência e da efetividade na ação, na dimensão da emoção e da construção de líderes (Rosa, 2014; Martins, 2017).

A simulação não deve ser apenas uma opção, mas estar firmemente integrada nos programas de formação das instituições de saúde, uma vez que contribui para o aumento da segurança do doente, redução de custos e danos ocorridos devido a erros humanos, além de favorecer a discussão a respeito de questões éticas (Oliveira, 2018, p.58).

Em contexto de doente crítico, a prática simulada, enquanto estratégia de aprendizagem, tornou-se uma ferramenta indispensável para os enfermeiros, contribuindo para o aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes (Square, 2012; Aleixo, 2013). Produz efeitos positivos no trabalho, dinâmica de equipa e gestão do stress da mesma. Além disso, são ainda componentes-chave em resultados clínicos positivos, a redução do erro, a diminuição das taxas de mortalidade, a redução dos custos e a maior segurança para o doente em circunstâncias de alto risco (Duarte, 2014). Permite transferir e desenvolver competências globais para a prática clínica, assegurando a capacitação dos profissionais ao nível da tomada de decisão em situações com maior complexidade, nas competências de liderança, nas prioridades de assistência e outros aspetos inerentes à prática profissional (Murphy et al., 2019).

Suplantando os resultados obtidos para uma análise e discussão mais detalhada, percebe-se que na prática simulada com recurso a cenários de simulação clínica, as competências desenvolvidas pelos enfermeiros, correspondem ao conhecimento e autoconfiança, seguindo-se a precaução de segurança, raciocínio clínico e tomada de decisões, dinâmica de equipa, comunicação e liderança e autoavaliação clínica.

### **Conhecimento e Autoconfiança**

A autoconfiança consiste, de um modo consensual, na confiança, segurança, certeza, firmeza e resolução que uma pessoa tem em si própria, assente no seu volume de conhecimento, identidade e reconhecimento do seu limite de ação. É um componente essencial para o trabalho do enfermeiro, principalmente na prestação de cuidados ao doente crítico.

A autoconfiança evidencia a primazia da simulação realística em relação à abordagem teórica, como evidenciado num estudo que comparou o método clássico com o método simulado e constatou que uma única exposição ao método simulado pode afetar o pensamento crítico e a autoconfiança (Oliveira, 2018, p.54).

A simulação clínica assume-se uma estratégia eficaz para desenvolver a autoconfiança. Após a realização de intervenção simulada, estudos mostraram que os participantes apresentaram maior nível de autoconfiança na prestação de cuidados ao nível dos aspetos cardíacos, neurológicos e respiratórios, mostrando uma efetividade da estratégia na formação contínua. Proporciona ainda altos níveis de autoestima, ampliando a possibilidade do indivíduo assimilar informações e proporcionar ganhos no seu processo de aprendizagem (Boling, Pierce, Jensen, & Hassan, 2016; Hegland et al., 2016; (Miranda, Mazzo & Pereira, 2018). Garante o desenvolvimento de aprendizagens sustentadas e adequada retenção do conhecimento necessário para a conquista contínua de excelentes práticas profissionais (Foley et al., 2019).

Contextos de prática simulada permitem aos participantes expressarem a satisfação com a simulação, entusiasmo e desenvolvimento da autoconfiança, salientando-se que a experiência propiciou o reconhecimento das ações realizadas, as correções e modificações necessárias à assistência de qualidade e um aperfeiçoamento da prática futura (Oliveira, 2018, p.p.57-58).

A prática simulada vem garantir a oportunidade ao profissional de, em segurança, testar os seus conhecimentos, oferecendo a oportunidade de melhorar a perícia técnica, o nível de conhecimentos

teóricos, e ainda as suas limitações práticas (Square, 2012; Rosa, 2014). A avaliação do resultado após o treino, mostra que a autoanálise promove uma mudança efetiva na percepção da autoconfiança dos participantes (Rosa, 2014).

Na falta de autoconfiança, uma ideia que surge, ainda que de baixa fidelidade, pode colocar toda a ideologia, ação profissional e fundamentos de enfermagem em causa, para aquele profissional em quem a autoconfiança é baixa. A dimensão cognitiva no campo do conhecimento e a autoconfiança apresentam-se intimamente ligadas.

Na prática simulada, existem ganhos percebidos com realce na dimensão cognitiva (Ryan et al., 2019). “A simulação surge como uma estratégia, (...) que demonstrou conduzir a ganhos para os enfermeiros em termos de conhecimento e autoconfiança para a sua prática profissional” (Aleixo, 2013, p.11). Hegland et al (2016), vêm a este nível clivar o efeito da prática simulada, na medida em que os ganhos para os enfermeiros parecem ser positivos nas habilidades técnicas, ao passo que para o conhecimento, o efeito não foi estabelecido pelo estudo que implicou na sua análise. Ainda que não efetiva a este nível, a prática simulada, pode agir em prol do profissional, instigando-o a aprofundar o seu nível de conhecimento. Importa, no entanto, veicular que se trata de uma constatação, sendo que na globalidade, verifica-se uma valorização da componente cognitiva do conhecimento com recurso à experimentação da prática simulada.

Um estudo quase-experimental, desenvolvido por Almeida et al (2019), contrasta a posição de Hegland et al (2016). Nesse estudo verificou-se que a maior parte dos sujeitos julgou não estar preparados para prestar os cuidados iniciais ao doente crítico, afirmando tê-lo realizado durante a prática assistencial. Os participantes apresentaram um aumento significativo de autoconfiança após a intervenção simulada nas várias dimensões da condição humana, eclodindo desta forma os seus níveis de conhecimento. Foi possível verificar melhorias significativas no teste de conhecimento no treino simulado, tendo no decorrer deste, verificado uma demonstração na eficácia da intervenção e retenção das informações obtidas (George & Quatrara, 2018; Almeida et al., 2019).

Aleixo, vem corroborar este resultado, afirmando que as aquisições em termos de conhecimento e autoconfiança são superiores com a ocorrência da sessão de simulação. O treino baseado em simulação para enfermeiros de cuidados agudos, melhora todas as categorias de autoconfiança e competência de avaliação direta (Almeida et al., 2019; Lewis et al., 2019). É possível verificar que os formandos a assumem como uma estratégia segura e transmissora de autoconfiança, uma vez que anula o medo de errar num doente real, ao permitir que as falhas iniciais ocorram num manequim (Aleixo, 2013).

Em suma, a simulação tem mostrado ser uma estratégia eficaz para o desenvolvimento da autoconfiança do enfermeiro, contribuindo para o desenvolvimento das competências exigidas para o exercício profissional, estabilidade emocional, e melhor atuação em contexto de emergência (Almeida et al., 2019; Rosa, 2014).

### **Precaução de Segurança**

Os enfermeiros devem promover uma conduta de elevada qualificação e competência, rápida resposta, responsável e promotora da segurança do doente. A segurança dos doentes é um dos padrões de qualidade da intervenção dos enfermeiros e uma prioridade transversal na prestação de cuidados de saúde em todo mundo (Martins, 2017). A prática simulada, vem a este nível, mostrar um efeito determinante em termos de desenvolvimento de competências, uma vez que representa uma abordagem integrativa para a compreensão dos riscos, para a segurança do doente e a eficácia de intervenções de enfermagem (Merchant, 2012). “As estratégias de simulação incluem o uso de *feedback* estruturado e oportuno, permitem a prática repetitiva, a variedade clínica, e o estabelecimento de ambientes de aprendizagem controlados e seguros” (Merchant, 2012.p.07).

O treino baseado em simulação para enfermeiros na intervenção ao doente em situação crítica promove ganhos nas competências de observação e avaliação direta e resultados clínicos de segurança do doente, sendo eficaz na deteção de erros latentes das equipas multidisciplinares durante a abordagem aos doentes (Lewis et al., 2019). Esta capacidade de detetar erros, tem um impacto direto na precaução de segurança do doente (Villemure, Tanoubi, Georgescu, Dubé, & Houle, 2016). A identificação destas ameaças deve resultar na modificação de sistemas para reduzir o risco de erro. Esses riscos de segurança são detetados, provavelmente, se as simulações forem realizadas em contexto real de trabalho, mostrando a singularidade da prática simulada *in situ*, que contribui para a deteção de riscos ambientais reais (Villemure et al., 2016).

A simulação *in situ* refere-se a atividades de treino realizadas nos respetivos serviços, tendo a vantagem de fornecer um ambiente de treino mais realista. Novas evidências mostram que esta estratégia, isolada ou em combinação com o treino tradicional, pode ter um impacto positivo nos resultados de aprendizagem (por exemplo, melhora o tempo de resposta aos doentes hemodinamicamente instáveis e desempenho da equipa) e resultados do doente (por exemplo, melhoria da sobrevivência e dos *outcomes* neurológicos) (Merchant et al., 2020).

Na sua orgânica experimental, permite precipitar as limitações das situações em ambiente simulado, contribuindo para a deteção de limitações dos profissionais, do espaço físico e erros que possam levar ao comprometimento da segurança do doente, bem como riscos para a segurança da equipa. Este tipo de prática simulada, ajuda a melhorar a resposta aos doentes críticos, e em simultâneo, ajuda a prevenir os erros de saúde (Villemure et al., 2016).

Amaro (2017), vem acrescentar que a “utilização da simulação no suporte imediato de vida permite que os enfermeiros aprendam ou adquiram as habilidades e práticas necessárias sem colocarem em risco a segurança do doente” (p.37).

Stefanski e Rossler (2009) por seu lado, referem que “os programas de orientação em cuidados intensivos devem, sempre que possível, incluir a simulação enquanto oportunidade para aplicar conceitos clínicos fundamentais dentro de um ambiente simulado seguro” (p.450).

Lewis et al (2019) concluíram que “o treino baseado em simulação para enfermeiros de cuidados críticos melhora todas as categorias de autoconfiança, observação direta e resultados clínicos de segurança do doente” (p.393).

### **Raciocínio Clínico e Tomada de Decisões**

A simulação clínica tem benefícios na melhoria do desempenho prático dos enfermeiros, das suas competências e eficácia clínica (Villemure et al., 2016). O treino de habilidades técnicas com expressão na melhoria da competência técnica, transpõe-se em analogia ao treino de raciocínio clínico e efeitos das decisões clínicas tomadas, que são expressões de competências não técnicas, fundamentais para a integrabilidade de uma conduta de competência profissional.

Proporciona experiências e desenvolvimento de oportunidades que permitem planear, tomar decisões e avaliar os resultados, em função do cenário recriado em contexto de treino. A prática simulada permite interpretar, responder e refletir, levando à perceção e compreensão do julgamento clínico e tomada de decisões num ambiente seguro (Foley et al., 2019).

A perícia na resolução de problemas clínicos, passa pela integração das habilidades técnicas, pensamento, raciocínio e julgamento clínico. Neste sentido, Martins (2017) reforça os dados obtidos neste estudo, reforçando que:

A simulação enquanto estratégia pedagógica ativa, ajuda a consolidar conhecimentos e confere-lhes valor, desenvolve habilidades técnicas e relacionais, ajuda a criar regras e hábitos para pensar, refletir

e assim contribuir para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, fazendo-o por meio da simulação em ambiente seguro (p.157).

A experimentação, o treino de raciocínio e a tomada de decisões clínicas, permite aos enfermeiros consolidarem os seus conhecimentos, desenvolver a capacidade de racionalizar a causa-efeito, assumir atitudes terapêuticas mais adequadas e desenvolver dimensões conceptuais, técnicas, relacionais e éticas (Oliveira, 2018).

A simulação permite desenvolver e transferir competências globais para a prática clínica, permitindo que os profissionais se capacitem na tomada de decisão em situações com maior complexidade, nas prioridades da assistência e outros aspetos inerentes à prática profissional (L'Ecuyer et al., 2016).

Desenvolver competências de raciocínio e decisão clínica, exige treino estruturado e supervisionado. Para que essa competência se desenvolva, torna-se necessário maturar a capacidade para resolver problemas clínicos, isto é, saber pensar para agir terapêuticamente, em prol de resultados positivos para a pessoa. A simulação oferece uma encenação segura desse treino.

Amaro (2017), reitera esta constatação com aplicação no exemplo particular da:

utilização da simulação no suporte imediato de vida, como processo de treino que melhora a performance dos enfermeiros, tornando-os mais capazes, desenvolve competências técnicas e não técnicas que incluem juízo clínico e a capacidade de tomar decisões, sem colocar em risco a segurança do doente, devendo esta prática ser instituída nos serviços de saúde (p.04).

Não obstante, Square (2012) refere que a simulação desenvolve raciocínio clínico e tomada de decisão, ao despertar princípios-chave na abordagem ao doente crítico, muitas vezes tidos como certos individualmente, podendo ser colocados em segurança e à prova através da partilha com o grupo, que veicula também, um olhar para o doente de forma integral.

O treino simulado assume-se um método inovador, proporciona uma melhor aprendizagem e favorece o desenvolvimento de competências, interação com a equipa e uma adequada postura ética (Oliveira, 2018).

### **Dinâmica da equipa, Comunicação e Liderança**

As competências identificadas ao nível da dinâmica da equipa, comunicação e liderança apresentaram elevada relevância no treino da prática simulada, sobretudo se a equipa for jovem e pouco experiente (Amaro, 2017).

O trabalho de equipa eficaz e gestão do stress, são componentes-chave em resultados clínicos positivos, que incluem redução do erro, diminuição das taxas de mortalidade, redução de custos e maior segurança para o doente em circunstâncias de alto risco (Merchant, 2012). Os enfermeiros em particular, demonstraram melhores capacidades para trabalhar em equipa quando submetidos à prática simulada (Square, 2012; Rosa, 2014).

A experiência que capacita um enfermeiro de líder, está na sua capacidade de prever e antecipar os riscos ou desadequações e de se focar na qualidade, na segurança e na coordenação dos cuidados. Um (enfermeiro) líder detém as capacidades para lidar com as mudanças necessárias e implementar melhorias nos processos que impactam a eficiência e qualidade, que na pessoa em situação crítica, reiteram ao nível da avaliação dos sinais de gravidade e com a adequação das intervenções dirigidas, bem como na atuação em intervenções de suporte de vida. Liderança, traduz a este nível, um enfermeiro como mestre, dotado de habilidades únicas, experiências e competências, cujo objetivo é aprimorar os processos de intervenção que veiculam diretamente a qualidade e segurança da situação (L'Ecuyer et al., 2016). A simulação permite que os enfermeiros se tornem mais confortáveis no trabalho em conjunto como uma equipa, sendo que esta visualização e partilha de proximidade, permite que todos os envolvidos tenham consciência de como os esforços coordenados podem ter impacto favorável na situação clínica do doente. Esta oferece um mecanismo através do qual as competências práticas, como a comunicação interprofissional, organização e liderança de equipa podem estimular a melhoria da qualidade dos processos e intervenções, convergindo para a idoneidade e excelência funcional (Amaro, 2017; Stefanski & Rossler, 2009; L'Ecuyer et al., 2016).

Tal como se configurou noutras competências referidas anteriormente, a dinâmica de equipa, a comunicação e a liderança melhoram significativamente com treino simulado *in situ*, tendo a este nível, demonstrado eficácia na intervenção, retenção das informações obtidas e das habilidades de trabalho em equipa (George & Quatrara, 2018).

Equipas que se reconhecem e funcionam de forma integrada, respeitam os limites de cada profissional, comunicam e adequam as suas práticas em função das necessidades, capacidades e/ou

limitações de cada um, promovem um ambiente favorável a uma abordagem de excelência (Aleixo, 2014; Murphy et al., 2019). Este quadro de competências não técnicas é essencial, pois garante que os cuidados sejam dirigidos ao doente em situação crítica, sem desordens ou dissipação por falta de coesão multidisciplinar. A criação e manutenção de equipas eficazes requerem estratégias bem delineadas, em que o treino e a coesão são considerados valores fundamentais Murphy et al., 2019).

### **Autoavaliação da Competência Clínica**

A avaliação da competência clínica importa para o reconhecimento do profissional sobre si próprio, como veicula a autoconfiança já discutida, e também o reconhecimento do seu próprio valor enquanto elemento de uma equipa. Importa reconhecer a autoavaliação da competência clínica, enquanto competência individual e em efeito de grupo multidisciplinar, na medida em que as capacidades e competências se processam em termos de transferibilidade para a prática (Rosa, 2014; Merchant, 2012). Esta faz com que os enfermeiros identifiquem as suas fragilidades, observem o trabalho de grupo e reconheçam a necessidade de treinar frequentemente os procedimentos de suporte de vida, sobretudo aqueles que menos contactam com o doente crítico (Oliveira, 2018).

Um estudo demonstrou que as habilidades básicas de avaliação produziram pontuações mais elevadas nos enfermeiros submetidos a simulação, do que aqueles que receberam apenas palestras tradicionais descontextualizadas (Square, 2012). Neste âmbito, Oliveira (2018) sugere programas de treino vinculados à simulação, para que o profissional possa desenvolver pensamento crítico e construtivo, devendo idealmente, ser realizado nos seus locais de trabalho e em situações que se aproximem da realidade. Esta seria uma forma que favoreceria o desenvolvimento da autoavaliação clínica, melhoraria o aproveitamento e a autossatisfação. Uma outra estratégia passa pela utilização do *debriefing* estruturado. A possibilidade dos profissionais reverem o seu percurso de treino, revisitando as suas dúvidas e esclarecendo qual a melhor prática, ajuda a promover a transferência da aprendizagem para situações futuras na abordagem ao doente crítico (Morton et al., 2019). Aqui, os participantes despontam da realidade simulada para o contexto real e são compelidos a relatar a situação vivenciada, sendo a etapa descritiva do *debriefing* essencial para o sucesso da atividade, uma vez que as competências e fragilidades de conhecimento são reveladas (Oliveira, 2018).

Além das competências descritas e que se constituem resultado da revisão de literatura ao qual se destinava o foco desta pesquisa, encontraram-se evidências científicas complementares que, dada a sua pertinência, o seu carácter suplementar e inovador ao nível da prática simulada, ganhos em saúde,

dotação de capacidades e desenvolvimento de competências pelos enfermeiros, surgem nesta discussão como um aditivo ao trabalho desenvolvido.

A utilização de treino “*gamificado*”, a realidade virtual e a prática simulada de alta fidelidade, trazem inúmeras vantagens e inovações ao universo da simulação dotado de realismo. A prática “*gamificada*”, no que respeita ao seu efeito na aprendizagem, incorpora competição ou jogo em torno do tópico de ressuscitação, ao passo que a realidade virtual, utiliza um *interface* computadorizado que permite ao utilizador interagir com um ambiente virtual. Relativamente a estas, a evidência científica, demonstra existirem benefícios positivos sobre os resultados da aprendizagem, a aquisição e retenção de melhores conhecimentos e habilidades de intervenção em práticas de ressuscitação (Merchant et al., 2020).

As simulações de alta-fidelidade resultam em estratégias eficazes de formação, que melhoraram a retenção de conhecimentos dos enfermeiros após a sua realização (Martin, Keller, Long, & Nancy, 2016). No entanto, a limitação pode residir no seu custo económico avultado. Contudo, a sua natureza realista é de valor hegemónico no desenvolvimento de competências dos profissionais, bem como na mobilização da evidência científica para a prática com expressão de qualidade, com ganhos importantes para os doentes, tanto nos cuidados agudos, como na repercussão em termos de prognóstico, reabilitação e recuperação. A recuperação continua muito tempo depois da hospitalização inicial e é um componente vital das cadeias de sobrevivência da ressuscitação (Merchant et al., 2020).

As estratégias de simulação com recurso a um simulador de alta-fidelidade influenciam positivamente as práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência. Além de influenciar diretamente a qualidade da prestação de cuidados ao doente crítico, conduzem à precisão dos enfermeiros na identificação precoce da deterioração clínica e a melhores resultados para o doente (Figura 3) (Martin et al., 2016).

Em suma, a simulação de alta-fidelidade permite desenvolver várias competências nos profissionais de saúde, tais como a melhoria da autoconfiança, da comunicação, do trabalho de equipa e do julgamento clínico, sendo amplamente recomendada por organizações internacionais (Duarte, 2014; Miranda, et al., 2018; Amaro, 2017; Morton et al., 2019).

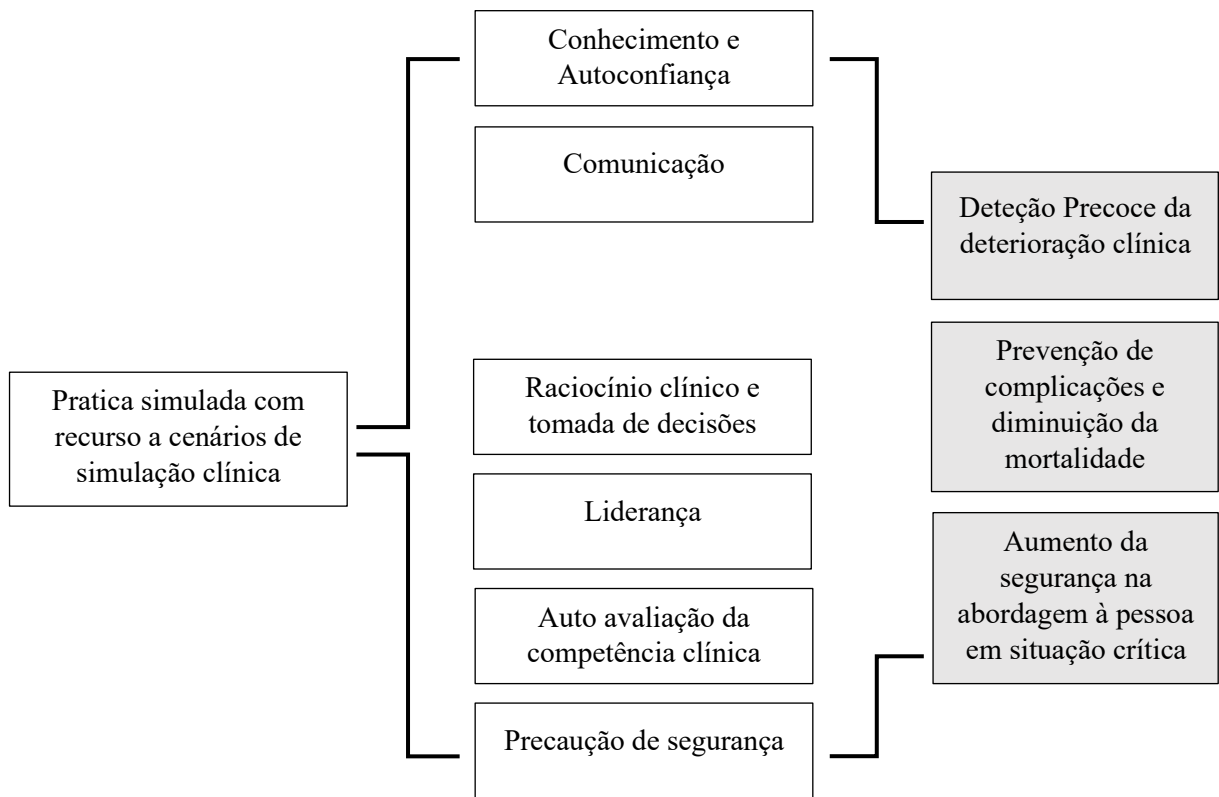


Figura 3. Efeitos das competências adquiridas pelos enfermeiros na pessoa em situação crítica.

Integradas e adaptadas ao contexto do enfermeiro e do enfermeiro especialista na área da enfermagem médico cirúrgica (pessoa em situação crítica), estas competências poderão ser descritas e enquadradas de forma a percebermos em que medida a evidência científica produz efeitos nas linhas orientadoras definidas pelo Ordem dos Enfermeiros (OE) portugueses (Regulamento n.º 429,2018). Esta integração surge como um exercício que resulta da aprendizagem literária em contexto de revisão, servindo por isso de orientação a futuros estudos que possam vir a ser desenvolvidos nesta área do saber (Figuras 4 e 5).

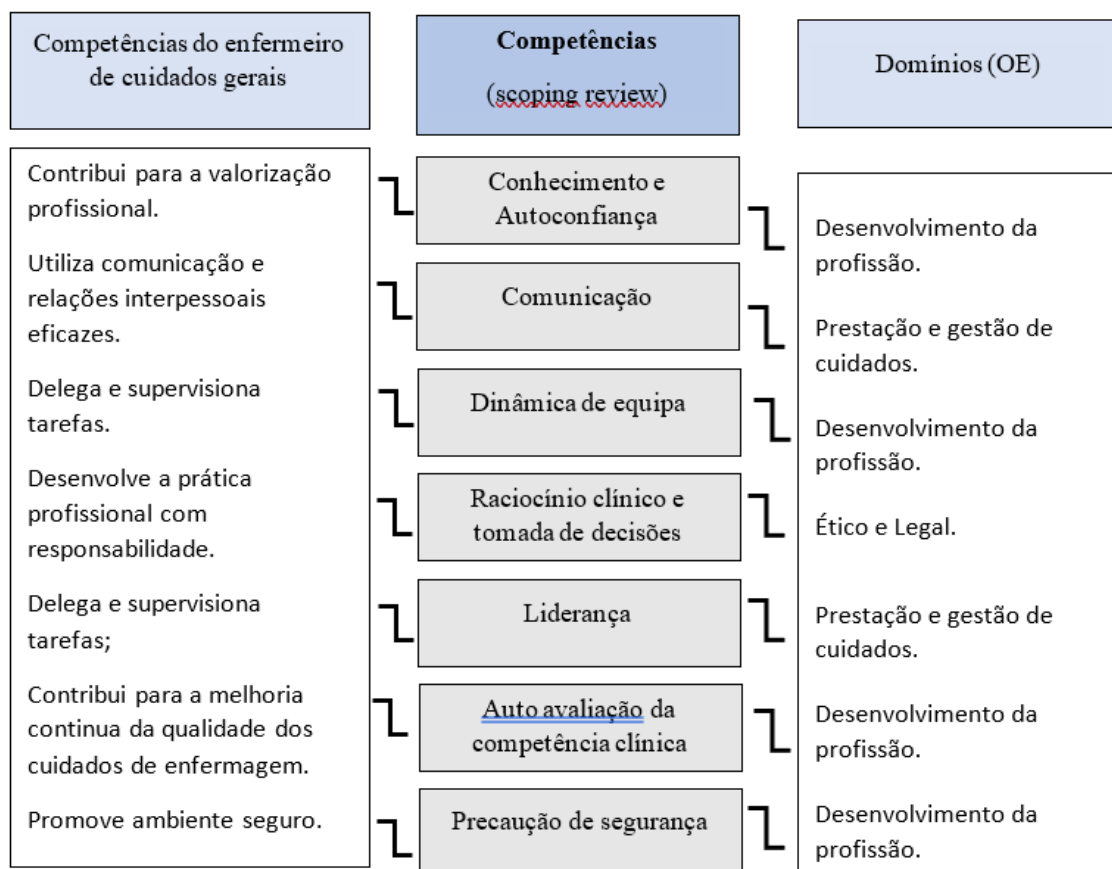


Figura 4. Competências e domínios do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros)



Figura 5. Competências enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros).

## **CONCLUSÃO**

Aos enfermeiros e demais profissionais é exigido, pela sociedade, que sejam detentores de um elevado nível de conhecimentos e capacidade de resolução de problemas de forma criativa e com elevada competência técnica, relacional e cultural, no sentido de responder com qualidade às necessidades sociais.

A prática simulada em enfermagem, representa uma estratégia pedagógica formativa eficaz no desenvolvimento profissional, que visa aumentar a competência em si mesma e a configuração das respostas humanas da sua intervenção, nas configurações reais em que estes profissionais desenvolvem a sua atividade. Esta aplicabilidade na enfermagem, suscita ganhos na qualidade da abordagem ao doente, satisfação dos enfermeiros e zelo ético e estético na conduta de aplicabilidade da prática humana, no seio da sua evolução científica. Permite a aquisição de competências técnicas e não técnicas, nomeadamente ao nível do conhecimento e autoconfiança, precaução de segurança, raciocínio clínico e tomada de decisões, dinâmica de equipa, comunicação e liderança e ainda a autoavaliação da competência clínica. Enquanto estratégia de ensino/aprendizagem, a prática simulada será cada vez mais uma opção válida ao nível da formação contínua dos enfermeiros, garantindo uma mudança de comportamentos, no sentido da deteção precoce de complicações e/ou tratamento efetivo do doente em situação crítica. Percebe-se por isso que a necessidade emergente e recomendável em aumentar a predisposição dos enfermeiros para a simulação, deve ser articulada com as políticas locais, rumo a uma consciencialização global de qualidade e assertividade, que permita aumentar a hipótese de sobrevivência dos doentes críticos.

Com base nos resultados obtidos, sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos, de modo a determinar qual o impacto das competências (técnicas e não técnicas), adquiridas em contexto de prática simulada, no desempenho da equipa, na deteção e tratamento precoce da deterioração clínica, e ainda na determinação do período ideal para o qual os enfermeiros terão de ser submetidos a recertificação. Além disso, o recurso a mecanismos de feedback utilizados em contexto de reanimação, poderá representar uma ferramenta útil na mensuração da qualidade, para o qual será fundamental aprofundar a investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleixo, A.R. (2013). *Experiência Clínica Simulada: Ganhos em Conhecimento e Autoconfiança pelos Enfermeiros no Cuidar do Doente Crítico* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). Disponível a partir de <http://repositorio.esenfc.pt/?url=Z8K2Srlh>

Amaro, P.M. (2017). *A simulação clínica em suporte imediato de vida no serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora, Portugal). Disponível a partir de <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4552>

Almeida, R.G., Mazzo, A., Martins, J.C., Negri, E.C., Torre, B.F., Ventura, C.A., ... Mendes, I.A. (2016). Meanings attributed by nurses to ensure the care of critical patients in the light of simulations' premises. *Appl Nurs Res*, 31, 170-174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.006>

Almeida, R. G., Mazzo, A., Martins, J. C., Jorge, B. M., Júnior, V. D., & Mendes, I. A. (2019). Self-confidence in the care of critically ill patients: before and after a simulated intervention. *Rev Bras Enferm* 72(6), 1618-1623. Epub 21 de outubro de 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0758>

Baid, H., & Hargreaves, J. (2015). Quality and safety: reflection on the implications for critical care nursing education. *Nurs Crit Care*, 20(4), 174-182. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12182>

Bambini, D., Washburn, J., & Perkins, R. (2009). Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: communication, confidence, clinical judgment. *Nurs Educa Perspect*, 30(2), 79-82. Disponível em [www: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19476069/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/19476069/)

Bandura A. (2005). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *J Pers Soc Psychol*, 45(2), 464-469. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.2.464>

Boling, B., Pierce, M. H., Jensen, L., & Hassan, Z. (2016). Evaluation of a High-Fidelity Simulation Training Program for New Cardiothoracic Intensive Care Unit Nurses *Semin Thoracic Surg.* Elsevier Inc, 28(4), 01-05. Doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semtcvs.2016.11.001>

Brewster, D.J., Barrett, J. A., Gherardin, E., O'Neill, J. A., Sage, D., & Hanlon, G. (2017). Evaluating team-based inter-professional advanced life support training in intensive care - a prospective observational study. *Advanced life support training in ICU. Anaesth Intensive Care*, 45(1), 79-87. doi: <https://doi.org/10.1177/0310057X1704500112>

Buykx, P., Kinsman, S.C., McConnell-Henry, T., Cant, R., Endacott, R., & Scholes, J. (2011, October). FIRST2ACT: educating nurses to identify patient deterioration- A theory-based model for best practice simulation education. *Nurse Education Today*, 31(1), 687-693. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.03.006>

Clarke, D. L., Coghill, K., Dominguez, D., Smatlak, P., Johnson, S., & Kozma-Fornaro, M. J. (1996). Merging PICU and MICU: Expanding Nurse Competencies. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 15 (2), 106-112. doi: 10.1097/00003465-199603000-00012

DeVita, M. A., Smith, G. B., Adam, S. K., Pizarro, I. A., Buist, M., Rellomo, R., ... Winters, B. (2010). Identifying the hospitalised patient in crisis – a consensus conference on the afferent limb of rapid response systems. *Resuscitation*, 81(4), 375–382. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.12.008>

Duarte, H.M. (2014, Outubro). Eficácia da Simulação de Alta-Fidelidade na Melhoria dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Disponível a partir de <http://hdl.handle.net/10400.8/3410>

Foley, J. A., Mason, V. M., & Manning, K. (2019, Dezembro). Utilizando uma experiência de aprendizagem integrada em um programa de enfermagem de forma graduada sênior, *Dimensões da Enfermagem de Cuidados Críticos*, 38(6),300-309. doi: 10.1097/DCC.0000000000000385

Gaba, D. M. (2007). The future vision of simulation in healthcare. *Simul Healthc* 2 (2), 126-135. doi: <https://doi.org/10.1097/01.SIH.0000258411.38212.32>.

George, K. L., & Quatrara, B. (2018). Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting. *Dimensions of Critical Care Nursing: Wolters Kluwer Health*, 37(3), 144-155. doi: <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000301>

Hegland, A., Aarliek, H., Stromme, H., Hilde, S., & Gro, J. (2016). Simulation-based training for nurses Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 54, 06-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.004>

Janson, M.M., Syrjala, H.P., Ohtonen, P.P., Merilainen, M.H., Kyngas, H.A., & Ala-Kokko T. I. (2016). Randomized, controlled trial of the effectiveness of simulation education: a 24-month follow-up study in a clinical setting. *Am J Infect Control*, 44(4), 387-393. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2015.10.035>

Jeffries P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing education perspectives*, 26(2), 96 - 103.

Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. N. (2015) Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nursing Education Perspectives*.36 (5), 292-293. Disponível em: [https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=3350601&Journal\\_ID=3332683&Issue\\_ID=3350571](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=3350601&Journal_ID=3332683&Issue_ID=3350571)

Johnson, E.A., Lasater, K., Hodson-Carlton, K., Siktberg, L., Sideras, S., & Dillard, N. (2012). Geriatrics in simulation: role modeling and clinical judgment effect. *Nursing Education Perspectives*, 33(3),176-180. Doi: <https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.3.176>

Kaneko, R. M., Couto, T. B., Coelho, M. M., Taneno, A. K., Barduzzi, N. N., Barreto, J. K., ... Carvalho, F. S. (2015). Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 286-293. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00242014>

Kelly, M. A., Forber, J., Conlon, L., Roche, M., & Stasa, H. (2014). Empowering the registered nurses of tomorrow: students' perspectives of a simulation experience for recognising and managing a deteriorating patient. *Nurse education today*,34(5), 724–729. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.014>

Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Disponível a partir de [www: https://www.researchgate.net/publication/235701029\\_Experiential\\_Learning\\_Experience\\_As\\_The\\_Source\\_Of\\_Learning\\_And\\_Development](https://www.researchgate.net/publication/235701029_Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development)

Larew, C., Lessans, S., Spunt, D., Foster, D., & Covington, B. G. (2006). Innovations in clinical simulation: application of Benner's theory in an interactive patient care simulation. *Nurs Educa Perspect*, 27(1),16-21. Disponível a partir de [www:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16613127/](http://www:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16613127/)

Lasater K. (2007). High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: students experiences. *The Journal of nursing education*, 46(6), 269–276. doi: <https://doi.org/10.3928/01484834-20070601-06>

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3ªed.) Porto Alegre, Artmed.

L'Ecuyer, K. M., Shatto, B. J., Hoffmann, R., & Crecelius, M. L. (2016). L The Certified Clinical Nurse Leader in Critical Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35 (5), 248-254. doi:10.1097/DCC.0000000000000202

Lewis, K. A., Ricks, T. N., Rowin, A., Ndlovu, C., Goldstein, L., & McElvogue, C. (2019). Does Simulation Training for Acute Care Nurses Improve Patient Safety Outcomes: A Systematic Review to Inform Evidence-Based Practice. *Worldviews on evidence-based nursing*,16(5), 389–396. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800090>

Lindsey, P. L., & Jenkins, S. (2013). Nursing students' clinical judgment regarding rapid response: the influence of a clinical simulation education intervention. *Nursing Forum*, 48(1), 61-70. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12002>

Linn, A. C., Caregnato, R. C., & Souza, E. N. (2019). Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1061-1070. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>

Mayville, M.L. (2011, March). Debriefing: The essential step in simulation. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 11 (1), 35-39. doi: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2010.12.012>

Martins, J. C., Alessandra, M., Rui C. N., Coutinho, V. R., Godoy, S., Mendes, I.A., ... Trevizan, M. A. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paulista de Enfermagem*,25(4), 619-625. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022>

Martins, J.C. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 155-162. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>

Martin, M. G., Keller, L., Long, L., & Nancy, A.R. (2016). High-Fidelity Simulation Effect on Nurses Identification of Deteriorating Pediatric Patients. *Clinical Simulation in Nursing*, 12 (6), 228-239. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.01.013>

Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A., Gloe, D., Lioce, L.,... Borum, J. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*. 9(6), 3-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>

Merchant, D.C. (2012). Does High-Fidelity Simulation Improve Clinical Outcomes?. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28 (1), 01-08. doi: <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318240a728>

Merchant, R.M., Alexis, A., Topjian, M.D., Panchal, A.R., Cheng, A., Aziz, k., ... Magid D.J. (2020). On behalf of the Adult Basic and Advanced Life Support, Pediatric Basic and Advanced Life Support, Neonatal Life Support, Resuscitation Education Science, and Systems of Care Writing Groups: Part 1: Executive Summary: 2020. *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*, 142 (16), 337-357. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000918>

Miranda, F.B., Mazzo, A., & Pereira, J.G. (2018). Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão da literatura. *Scientia Medica*, 28(1), 01-09. doi: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28675>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises: A Declaração PRISMA. *PLoS Med*, 6 (7), e1000097. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Moule, P., Wilford, A., Sales, R., & Lockyer, L. (2008). Student experiences and mentor views of the use of simulation for learning. *Nurse Education Today*, 28, 790-797. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.03.007>

Moretti, M.A., Cesar, L.A., Nusbacher, A., Kern, K.B., Timerman, S., & Ramires, J.A., (March, 2007). Advanced cardiac life support training improves long-term survival from in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 72(3), 458-465. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.06.039>

Morton, S. B., Powers, K., Jordan, K., & Hatley, A. (2019). The Effect of High-Fidelity simulation on medical - surgical nurses mock cod performance and self-confidence. *MEDSURG Nursing*, 28 (3), 177-182. Disponível a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=137042885&lang=pt-br&sitr=ehost-live>

Murphy, M., McCloughen, A., & Curtis, K. (2019). The impact of simulated multidisciplinary Trauma Team Training on team performance: a qualitative study. *Australasian emergency care*, 22(1), 1–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.11.003>

National Council of State Boards of Nursing, & National Council of State Boards of Nursing. (2009). Report of findings from the effect of high-fidelity simulation on nursing students' knowledge and performance: A pilot study. *NCSBN Research Brief*, (40). Disponível em: [www: https://docplayer.net/208024-The-effect-of-high-fidelity-simulation-on-nursing-students-knowledge-and-performance-a-pilot-study.html](https://docplayer.net/208024-The-effect-of-high-fidelity-simulation-on-nursing-students-knowledge-and-performance-a-pilot-study.html)

Neill, M.A., & Wotton K.R. (2011). High-fidelity simulation debriefing in nursing education: A literature review. *Clinical Simulation in Nursing*, 7 (5), 161-168. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.02.001>

Oliveira, I.C. (2018). Avaliação da simulação realista como intervenção educative para capacitação de enfermeiros em ressuscitação cardiopulmonar (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de S. Carlos, Brazil). Disponível a partir de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9779>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. (2020). Capítulo 11: Revisões do escopo. |Em E. Aromataris & Z. Munn (Editores), JBI Manual for Evidence Synthesis. (pp.406-451). Disponível a partir de [www: https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Downloadable+PDF+-+current+version?preview=/61636614/75138348/JBIMES\\_2021February.pdf](https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Downloadable+PDF+-+current+version?preview=/61636614/75138348/JBIMES_2021February.pdf)

Patterson, M., Geis, G., Falcone, R., Lemaster, T., & Wears, R. (2012). In situ simulation: Detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ quality & safety*. 22 (6), 468-7722. doi <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000942>

Pires, M. R., Morais, E. J., Santos, M. R. Kock, M. C., Sardo, M. D., & Machado, P. A. (2004, Maio). Supervisão Clínica de Alunos em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 15-17.

Rauen C. A. (2004). Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. *Critical care nurse*, 24(3), 46-51. doi: <https://doi.org/10.1097/01.SIH.0000258411.38212.32>

Regulamento n.º 429/18 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2ª Série, 135, 19359 - 19370. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/115698537>

Ricketts B. (2011). The role of simulation for learning within pre-registration nursing education - A literature review. *Nurse Education Today*, 31(7), 650-654. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.10.029>

Rosa, A.L.(2014). A influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). Disponível a partir de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29889&code=619>

Ryan, A., Rizwan, R., Williams, B., Benscoter, A., Cooper, D. S., & Iliopoulos, I. (2019). Simulation Training Improves Resuscitation Team Leadership Skills of Nurse Practitioners. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 33(3), 280–287. doi <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.09.006>

Shinnick, M.A., Woo, M., & Evangelista L. (2012). Predictors of knowledge gains using simulation in the education of prelicensure nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 28 (1), 41-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.06.006>

Square N.D. (2012). High-fidelity simulation in nursing practice: the impact on nurses' knowledge retention, satisfaction, and self-confidence (Dissertation of the Doctor, University of Colorado, United States of America). Disponível a partir de <https://digscholarship.unco.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1257&context=dissertations>

Stefanski, R.R., & Rossler, K. L. (2009). Preparing the novice critical care nurse a community-wide collaboration using the benefits of simulation. *The Journal of Continuing Education in Nursing: J Contin Educ Nurs*, 40(10), 443-453. doi: <https://doi.org/10.3928/00220124-20090923-03>

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière-Éducation.

Villemure, C., Tanoubi, I., Georgescu, M., Dubé, J.N. & Houle, J. (2016). An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 27(1), 23–31. Disponível a partir de <https://www.caccn.ca/files/CACCN-27-1%202016.pdf#page=23>

Wayne, D.B., Barsuk, J.H., O'Leary, K.J., Fudala, M.J. & McGaghie, W.C. (2008), Mastery learning of thoracentesis skills by internal medicine residents using simulation technology and deliberate practice. *J. Hosp. Med.*, 3(1), 48-54. doi: <https://doi.org/10.1002/jhm.268>

Yarris, L.M., Jones, D., Kornegay, J. G., & Hansen, M. (2014). The Milestones Passport: A Learner-Centered Application of the Milestone Framework to Prompt Real-Time Feedback in the Emergency Department. *The Journal of Graduate Medical Education*. *Revista de pós-graduação em medicina*, 6(3), 555-560. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00409.1>

Yuan, H., Williams, B., & Fang, J. (2012), The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review. *International Nursing Review*, 59(1), 26-33. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00964.x>

**Apêndice I – Estratégias de pesquisa**

<p>CINAHL complete (by EBSCO) Date searched: August 6, 2020</p>	<p>S11 S3 AND S7 AND S10 (Results = 47) S10 S8 OR S9 S9 TI simulated practice OR AB simulated practice S8 TI "high fidelity simulation" AND AB "high fidelity simulation" S7 S4 OR S5 OR S6 S6 (MH "Nursing Skills") S5 TI "acquisition of knowledge" OR AB "acquisition of knowledge" S4 (MH "Clinical Competence") S3 S1 OR S2 S2 TI nursing OR AB nursing S1 TI ( (MH "Nurses") OR "nurses" ) OR AB ( (MH "Nurses") OR "nurses" )</p>
<p>COCHRANE LIBRARY, including cochrane database of systematic reviews, cochrane central register of controlled trials, database of abstracts of reviews of effects Date searched: August 6, 2020</p>	<p>S11 S3 AND S7 AND S10 (Results = 2) S10 S8 OR S9 S9 TI simulated practice OR AB simulated practice S8 TI Simulation Training OR AB Simulation Training S7 S4 OR S5 OR S6 S6 TI nursing skills OR AB nursing skills S5 TI acquisition of knowledge OR AB acquisition of knowledge S4 TI clinical competence OR AB clinical competence S3 S1 OR S2 S2 TI nursing OR AB nursing S1 TI nurse OR AB nurse</p>
<p>MEDICLATINE complete (by EBSCO) Date searched: August 6, 2020</p>	<p>S12 S3 AND S7 AND S11 (Results = 9) S11 S8 OR S9 OR S10 S10 TI simulation training OR AB simulation training S9 TI simulated practice OR AB simulated practice S8 TI High Fidelity Simulation Training OR AB High Fidelity Simulation Training S7 S4 OR S5 OR S6 S6 TI nursing skills OR AB nursing skills S5 TI acquisition of knowledge OR AB acquisition of knowledge</p>

	S4	TI clinical competence OR AB clinical competence
	S3	S1 OR S2
	S2	TI nursing OR AB nursing
	S1	TI nurses OR AB nurses

MEDLINE complete (by EBSCO) Date searched: August 6, 2020	S12	S3 AND S7 AND S11 (Results = 420)
	S11	S8 OR S9 OR S10
	S10	TI simulated practice OR AB simulated practice
	S9	TI ( (MH "High Fidelity Simulation Training") OR "high fidelity simulation" ) OR AB ( (MH "High Fidelity Simulation Training") OR "high fidelity simulation" )
	S8	(MH "Simulation Training")
	S7	S4 OR S5 OR S6
	S6	"nursing skills"
	S5	TI "acquisition of knowledge" OR AB "acquisition of knowledge"
	S4	(MH "Clinical Competence") OR "competence"
	S3	S1 OR S2
	S2	TI "nursing" OR AB "nursing"
	S1	TI ( "nurse" OR (MH "Nurses" ) ) OR AB ( "nurse" OR (MH "Nurses" ) )
NURSING AND ALLIED HEALTH COLLECTION (by EBSCO) Date searched: August 6, 2020	S2	TI "nursing" OR AB "nursing" (Results = 1)
	S1	TI ( "nurse" OR (MH "Nurses" ) ) OR AB ( "nurse" OR (MH "Nurses" ) )
	S8	TI simulated practice OR AB simulated practice
	S7	TI High Fidelity Simulation Training OR AB High Fidelity Simulation Training
	S6	S4 OR S5
	S5	TI acquisition of knowledge OR AB acquisition of knowledge
	S4	DE "CLINICAL competence"
	S3	S1 OR S2
	S2	DE "NURSING"
	S1	DE "NURSES"
SciELO – Scientific Electronic Library Online Date searched: August	#3	(nurses) OR (nursing) AND (clinical competence) OR (acquisition of knowledge) OR (nursing skills) AND (high fidelity simulation) OR (simulated practice) AND (critical care) OR (urgencies) (Results = 7)
	#2	(nurses) OR (nursing) AND (clinical competence) OR (acquisition of knowledge) OR (nursing skills) AND (high fidelity simulation) OR (simulated practice) OR (critical care)
	#1	(nurses) OR (nursing) AND (clinical competence) OR (acquisition of knowledge) OR (nursing skills) AND (high fidelity simulation) OR (simulated practice)

6, 2020	
RCAAP – Repositório  Científico de Acesso  Aberto de Portugal  Date searched: August  6, 2020	#1    fulltext: (nurses) OR (nursing) AND (clinical competence) OR (acquisition of knowledge) OR (nursing skills) AND (high fidelity simulation) OR (simulated practice) AND (critical care) OR (urgencies) (Results = 132)
Portal de Búsqueda de la BVS Enfermería  Información y Conocimiento para la Salud  Date searched: August  6, 2020	#1    (tw:(nurses)) OR (tw:(nursing)) AND (tw:(clinical competence)) OR (tw:(nursing skills)) AND (tw:(acquisition of knowledge)) AND (tw:(high fidelity simulation)) OR (tw:(simulated practice)) AND (critical care) OR (urgencies) (Results = 7)

## Apêndice II – Instrumento de extração dos dados

Título da revisão: Competências para os enfermeiros na abordagem à pessoas em situação crítica ao utilizarem a prática simulada: a scoping review
Questão de revisão: Quais as competências para os enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica ao utilizarem a prática simulada?
População: Todos os enfermeiros (independentemente da função ou categoria profissional).
Conceito: Esta revisão considerou as competências para os enfermeiros como um saber agir complexo que se apoia na mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos, devidamente articulados na resposta a uma determinada situação.
Contexto: Foram considerados os estudos realizados no contexto de prática simulada em situação crítica, especificamente em urgência ou emergência e cuidados intensivos.
Detalhes do estudo e extração das características:
Autor:
Ano de publicação:
País:
Contexto:
Tipo de estudo:
Identificação das competências:
Outcomes da prática simulada na abordagem à pessoa em situação crítica:
Implicações para a prática de enfermagem

### Apêndice III – Artigos excluídos após leitura integral do texto

1. Munroe B, Curtis K, Murphy M, et al. A structured framework improves clinical patient assessment and nontechnical skills of early career emergency nurses: a pre–post study using full immersion simulation. JCN [Internet]. 2016 Mai 02; 25 (15): 2262-2274

Motivo da exclusão: não responde à questão de investigação.

2. Yuan H, Williams B, Fang J, et al. A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation. Nurse Education Today [Internet]. 2012 Abr; 32 (3): 294-298.

Motivo da exclusão: a população não cumpre os critérios de inclusão.

3. Boyde M, Cooper E, Putland H, et al. Simulation for emergency nurses (SIREN): A quasi-experimental study. Nurse education Today [Internet]. 2018 Set; 68: 100-104.

Motivo da exclusão: a população não cumpre os critérios de inclusão.

4. Truta T, Boeriu C, Copotoiu S-M, et al. Improving nontechnical skills of an interprofessional emergency medical team through a one day crisis resource management training. Medicine [Internet]. 2018 Jul 18; 97: 32 (e11828).

Motivo da exclusão: não responde à questão de investigação.

5. Jones A. Faculty members' comfort levels in utilizing high-fidelity simulation in a bachelor of science nursing program [master's thesis/dissertation on the Internet]. Dacota (USA): The University of South Dakota, Division of Educational Administration Adult and Higher Education Program in the Graduate School; 2005

Motivo da exclusão: não responde à questão de investigação e população não cumpre critérios de inclusão.

6. Murray D, Boyle W, Beyatte M, et al. Decision-Making Skills improve with Critical Care Training: Using Simulation to Measure Progress. Journal of Critical Care [Internet]. 2018 Out; 47: 133-138.

Motivo da exclusão: não responde à questão de investigação.

7. Tsai A, Krisciunas G, Brook C, et al. Comprehensive Emergency Airway Response Team (EART) Training and Education: Impact on Team Effectiveness, Personnel Confidence, and Protocol Knowledge. Ann Otol Rhinol Laryngol [Internet]. 2016 Jun; 125 (6): 457-463.

Motivo da exclusão: a população não cumpre os critérios de inclusão.

8. Martins José Carlos Amado. Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Out 26]; serIV( 12 ): 155-162.

Motivo da exclusão: não responde à questão de investigação e população não cumpre critérios de inclusão.

9. Goldsworthy S. High fidelity simulation in critical care: A Canadian perspective. Elseiver Australia [Internet]. 2012 Jun 06

Motivo da exclusão: a população não cumpre os critérios de inclusão

**Apêndice IV – Características dos estudos incluídos na revisão**

Study	Year	Country	Context	Type os study	Population
Aleixo	2013	Portugal	Hospital	Quase-experimental	Enfermeiros do serviço de urgência
Almeida et al.,	2019	Brasil	Hospital	Quase-experimental	Enfermeiros
Amaro	2017	Portugal	Hospital	Quantitativo	Enfermeiros do serviço de urgência
Boling et al.,	2016	Estados Unidos da América	Hospital	Experimental	Enfermeiros de cuidados intensivos
Brewster et al.,	2017	Austrália	Hospital	Observacional (prospetivo)	Enfermeiros de cuidados intensivos
Duarte	2014	Portugal	Hospital	Revisão sistemática de literatura	Enfermeiros e médicos
George e Quatrara	2018	Estados Unidos da América	Hospital	Coorte	Enfermeiros de cuidados intensivos
Hegland et al.,	2017	Noruega	Hospital	Revisão sistemática e meta-análise	Enfermeiros
Lewis et al.,	2019	Estados Unidos da América	Hospital	Revisão sistemática de literatura	Enfermeiros de urgência
Martin et al.,	2016	Estados Unidos da América	Hospital	Observacional (prospetivo)	Enfermeiros de urgência pediátrica
Merchant	2012	Austrália	Hospital	Revisão sistemática de literatura	Enfermeiros
Miranda et al.,	2018	Brasil	Hospital	Revisão sistemática de literatura	Enfermeiros
Morton et al.,	2019	Estados Unidos da América	Hospital	Quase-experimental	Enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica
Murphy et al.,	2019	Austrália	Hospital	Qualitativo	Enfermeiros e médicos
Oliveira	2018	Brasil	Hospital	Quase-experimental	Enfermeiros de urgência e cuidados intensivos
Rosa	2014	Portugal	Hospital	Quase-experimental	Enfermeiros de cuidados intensivos
Ryan et al.,	2019	Estados Unidos da América	Hospital	Estudo qualitativo	Enfermeiros e médicos
Square	2012	Estados Unidos da América	Hospital	Quase-experimental	Enfermeiros de cuidados intensivos
Stefanski e Rossler	2009	Estados Unidos da América	Hospital	Quase-experimental	Enfermeiros de cuidados intensivos

Villemure et al.,	2016	Canadá	Hospital	Revisão integrativa	Enfermeiros e médicos de cuidados intensivos
-------------------	------	--------	----------	---------------------	--

**Apêndice V – Apresentação dos resultados**

Author	Year	Title of study	Page	Results/Competency
Aleixo	2013	Experiência clínica simulada: ganhos em conhecimento e autoconfiança pelos enfermeiros no cuidar do doente crítico.	p.11	"[...] a simulação surge, como uma estratégia que demonstrou [...] conduzir a ganhos para os enfermeiros em termos de conhecimento e autoconfiança para a sua prática profissional."
			p.87	"É possível verificar que os formandos assumem a simulação de alta-fidelidade como estratégia segura e transmissora de autoconfiança, uma vez que anula o medo de errar num utente real, ao permitir que as falhas iniciais ocorram num manequim."
			p.92	"Em contexto de doente crítico, [...] este tipo de treino tornou-se uma ferramenta indispensável e contribuiu para o salvar vidas e ao aumento de qualidade de vida para o utente"
			p.95	"As aquisições em termos de conhecimento e de autoconfiança são superiores com a ocorrência da sessão de simulação [...] a simulação conduz a aprendizagens em termos da autoconfiança e conhecimentos dos enfermeiros em contexto hospitalar [...]"  "Existem ganhos percebidos pelos formandos com a sessão de simulação, com realce na dimensão cognitiva."  "Os enfermeiros reconhecem os contributos da simulação para o seu desempenho profissional na prática clínica."
Almeida et al.,	2019	Self-confidence in the care of critically ill patients before and after a simulated intervention	p.1696	"A maior parte dos sujeitos julgou não estar preparada para prestar os cuidados iniciais ao doente crítico, afirmando tê-lo realizado durante a prática assistencial. Os participantes apresentaram aumento significativo de autoconfiança após a intervenção simulada ( $p < 0,001$ ) nas dimensões cardíacas, neurológica e respiratória."  "A simulação tem-se mostrado uma estratégia eficaz para o desenvolvimento da autoconfiança do indivíduo, o que contribui para o acréscimo das competências exigidas para o exercício profissional."
			p.1698	"[...] os participantes apresentaram uma melhor autoconfiança para avaliar a dimensão respiratória, tanto na pré quanto na pós-realização da intervenção simulada. A dimensão cardíaca foi aquela a que atribuíram menor

				autoconfiança, porém foi a dimensão que apresentou maior ganho após a atividade.”
			p.1700	“A autoconfiança é um componente essencial para o trabalho do enfermeiro, principalmente na prestação de cuidados ao doente crítico. A simulação clínica assume-se uma estratégia eficaz para desenvolver, auxiliando na aquisição das competências exigidas pela profissão. Após a realização de intervenção simulada, os participantes apresentaram maior nível de autoconfiança na prestação de cuidados ao nível dos aspetos cardíacos, neurológicos e respiratórios, mostrando uma efetividade da estratégia na formação continua.”
Amaro	2017	A simulação clínica em suporte imediato de vida no serviço de urgência	p.4	“As competências mais desenvolvidas foram a tomada de decisões e a dinâmica da equipa. Todos os grupos melhoraram a sua prestação em suporte imediato de vida através da simulação e da criação de cenários.” “[...] a utilização da simulação no suporte imediato de vida melhora a performance dos enfermeiros, tornando-os mais capazes, desenvolvendo competências técnicas e não técnicas que incluem juízo clínico e tomada de decisões, sem colocar em risco a segurança do doente, devendo esta prática ser instituída nos serviços de saúde.”
			p.34	“[...] simulação pode e deve também ser utilizada para desenvolver habilidades comunicacionais.”
			p.37	“[...] a utilização da simulação no suporte imediato de vida permite que os enfermeiros aprendam ou adquiram as habilidades e práticas necessárias sem colocarem em risco a segurança do doente.”
			p.39,40	“[...] As competências que apresentaram maior diferença de score foram a dinâmica da equipa e a capacidade de tomar decisões, seguidas da comunicação da equipa e da análise de ritmos que reflete a importância de simulações numa equipa jovem e pouco experiente, pois todas estas competências são competências de team líder. As competências que apresentaram menor score de melhoria foram as compressões torácicas e as insuflações manuais o que se justifica uma vez que na primeira observação já apresentavam scores altos. Isto deve-se sobretudo ao facto de esta equipa de enfermeiros se encontrar em funções num serviço de urgência/emergência tendo prática frequente destas competências.”
			p.55	“Os contributos da simulação [...], realçam a sua importância na aprendizagem e desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas na

Nuno Fernandes

				<p>reanimação, respondendo às necessidades de obtenção e manutenção de elevados padrões de qualidade no exercício profissional.</p> <p>A simulação no suporte imediato de vida, permite treinar o enfermeiro para agir com segurança em ambiente de stress, tornando-o mais capaz minimizando o erro e indo de encontro à segurança do doente. Este tipo de abordagem permite melhorar não só competências técnicas em reanimação, como permite melhorar competências não-técnicas que incluem juízo clínico e tomada de decisão.”</p>
Boling et al.,	2016	Evaluation of a High-Fidelity Simulation Training Program for New Cardiothoracic Intensive Care Unit Nurses	p.01	“A estratégia de um curso de simulação de alta fidelidade melhora o desempenho e a confiança entre novos enfermeiros [...]”
			p.05	“[...] a inclusão da simulação de alta fidelidade como parte de um novo programa de estágio de pós-graduação em enfermagem [...] mostrou melhoria na aprendizagem e confiança entre os novos enfermeiros.” “É, no entanto, importante referir que uma melhoria na confiança pode não indicar uma melhoria na competência prática.”
Brewster et al.,	2017	Evaluating team-based inter-professional advanced life support training in intensive care-a prospective observational study	p.79	“[...] o treino de ALS (advanced life support) interprofissional baseado no trabalho de equipa, produziu melhorias estatisticamente significativas na assistência de enfermagem, satisfação com o método do ALS, confiança e compreensão do papel em comparação com o método tradicional de formação.”
			p.83	“O treino de ALS interprofissional baseado no trabalho de equipa produz melhorias estatisticamente significativas na assistência de enfermagem, satisfação com a formação e confiança [...]”
Duarte	2014	Eficácia da Simulação de Alta-Fidelidade na Melhoria dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica	p.01	<p>“A Simulação de Alta-Fidelidade (SAF) [...] permite desenvolver várias competências nos Profissionais de Saúde, tais como: melhoria da comunicação, melhoria do trabalho de equipa e melhoria do julgamento clínico, sendo amplamente recomendada por organizações internacionais.”</p> <p>“A prática de SAF por parte dos Enfermeiros e Médicos é eficaz para a melhoria da prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica.”</p>
George e Quatrara	2018	Interprofessional Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in	p.145	“Quer os testes de conhecimento, assim como as pontuações obtidas no TSS (Training Stress Scores), aumentou após a simulação e permaneceu significativamente elevado durante 30 dias. Os participantes recomendaram intervalos para reciclagem de 3 a 6 meses.”

		a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting		“[...] verificaram-se melhorias significativas no teste de conhecimento e TSS demonstram a eficácia da intervenção e retenção das informações obtidas e das habilidades de trabalho em equipa.”
Hegland et al.,	2017	Simulation-based training for nurses: systematic review and meta-analysis	p.14	“[...] o treino baseado em simulação parece ser eficaz para melhorar habilidades quando comparadas a outras estratégias de aprendizagem.”  “[...] o efeito do treino baseado em simulação para os enfermeiros parece ser positivo nas habilidades, ao passo que para o conhecimento, o efeito não foi estabelecido.”
Lewis et al.,	2019	Does Simulation Training for Acute Care Nurses Improve Patient Safety Outcomes: A Systematic Review to Inform Evidence-Based Practice	p. 393	“[...] o treino baseado em simulação para enfermeiros de cuidados agudos melhora todas as categorias de autoconfiança, observação direta e resultados clínicos de segurança do doente.”
			p.394	“[...] a simulação é uma promessa significativa para o treino das gerações atuais e futuras de enfermeiros.”
Martin et al.,	2016	High-Fidelity Simulation Effect on Nurses Identification of Deteriorating Pediatric Patients	p.229	“[...] as simulações de alta-fidelidade foram estratégias eficazes de ensino, que melhoraram a retenção de conhecimentos dos enfermeiros após a sua realização.”
			p.238	“[...] experiências de simulação clínica de alta-fidelidade influenciam diretamente a qualidade da prestação de cuidados ao doente crítico, [...] conduzindo à precisão dos enfermeiros na identificação precoce da deterioração clínica, [...] e melhores resultados para o doente.”
Merchant	2012	Does High-Fidelity Simulation Improve Clinical Outcomes?	p.E1	“[...] a simulação de alta fidelidade leva a um melhor trabalho em equipa e melhores competências na gestão do stress em saúde. A simulação de alta fidelidade deve ser considerada como uma estratégia enquadrada nos esforços de desenvolvimento do trabalho em equipa para melhorar os cuidados ao doente, através de intervenções diferenciadas e aprimoradas competências na abordagem de alto risco. “
			p.E7	“[...] as estratégias de simulação incluem o uso de feedback estruturado e oportuno, permitir a prática repetitiva, capturar variação clínica, e estabelecer ambientes de aprendizagem controlados e seguros.”  “A simulação é um meio eficaz de avaliação da competência clínica [...] e representa uma abordagem integrativa para a compreensão dos riscos ou riscos potenciais para a segurança do doente e a eficácia de intervenções de enfermagem. Além disso, trabalho em equipa

				eficaz e gestão do stress são componentes-chave em resultados clínicos positivos, que incluem redução do erro, diminuição das taxas de mortalidade, redução de custos, e maior segurança para o doente em circunstâncias de alto risco.”
Miranda et al.,	2018	Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão de literatura	p.01	“A simulação de alta fidelidade desenvolvida em enfermeiros que trabalham urgência e emergência, apresentou-se como uma ferramenta que, associada a outras estratégias de ensino, pode resultar em inúmeros benefícios para os profissionais, para o sistema de saúde e, principalmente, para a segurança dos doentes. “
			p.05	<p>“[...] demonstraram que a simulação de alta fidelidade vem sendo utilizada como uma forte aliada na formação e na capacitação dos enfermeiros que atuam em contexto de urgência e emergência.”</p> <p>“Entre os ganhos percebidos [...] estão o aumento da autoconfiança e satisfação, melhorias das competências técnicas e não técnicas, melhor comunicação e aumento da liderança. Tais domínios são, muitas vezes, decisivos para o sucesso dos cuidados prestados ao doente crítico.”</p>
			p.06	<p>“[...] os enfermeiros acreditavam que haviam-se tornado mais confiantes e preparados após a prática simulada de alta fidelidade, principalmente na abordagem aos doentes em situação crítica.”</p> <p>“Em equipas de cuidados intensivos, observou-se ainda que, após as práticas simuladas a confiança foi aumentada significativamente em situações reais similares às dos cenários em geral.”</p> <p>“A simulação é um processo de educação cognitiva e comportamental que pode proporcionar altos níveis de autoestima e autoconfiança, ampliando a possibilidade do indivíduo assimilar informações e proporcionando ganhos no seu processo de aprendizagem.”</p> <p>“[...] após o treino, os participantes revelaram um aumento da confiança no reconhecimento da instabilidade do doente crítico após a experiência com a prática simulada de alta fidelidade.”</p>
			p.07	“[...] a simulação permite transferir e desenvolver competências globais para a prática clínica, permitindo que os profissionais se capacitem e apresentem evoluções no trabalho de equipa, na tomada de decisão em situações com maior complexidade, dos familiares e entre os profissionais, na competência de liderança, nas

				prioridades da assistência e outros aspetos inerentes à prática profissional.”
Morton et al.,	2019	The Effect of High-Fidelity Simulation on Medical-Surgical Nurses’ Mock Code Performance and Self-Confidence	p.181	“[...] o treino na área médico-cirúrgica pode melhorar o desempenho dos enfermeiros durante os cenários simulados, diminuindo o tempo para desfibrilação para uma média de 63,4 segundos, muito menor do que o recomendado, 3 minutos.”
			p.181,182	“O uso de simulação de alta-fidelidade [...] aumentou a autoconfiança dos enfermeiros no âmbito do desempenho prático e teórico, com recurso às diretrizes mais atuais.”
			p.182	“Uma das estratégias recomendadas durante a simulação e que garante uma melhor assimilação dos conceitos treinados, é o debriefing estruturado. [...] é um importante componente, pois ajuda a promover a transferência de aprendizagem para situações futuras na abordagem ao doente crítico.”
Murphy et al.,	2019	The impact of simulated multidisciplinary Trauma Team Training on team performance: A qualitative study	p.01	“[...] a criação e manutenção de equipas [...] eficazes requerem estratégias, como a simulação multidisciplinar que visa o treino e interação da equipa. Especificamente, o treino deve-se concentrar no desenvolvimento de competências não técnicas para equipas de ressuscitação, que precisam de se formar rapidamente e funcionar de maneira eficaz, muitas vezes nunca antes reunidas.”
Oliveira	2018	Avaliação da simulação realística como intervenção educativa para capacitação de enfermeiros em ressuscitação cardiopulmonar.	p.52	“[...] a simulação realística consiste em uma estratégia ativa, amplamente utilizada na educação da área da saúde, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico, da autoconfiança, auxiliando na promoção da segurança do doente, sendo proficua para aquisição de novos conhecimentos e proporcionando melhor entendimento de relações conceituais e práticas.”  “Além do treino prático tradicional, o ensino simulado, denominado um método inovador, proporciona uma melhor aprendizagem e favorece o desenvolvimento de competências, interação com a equipa e uma adequada postura Ética.”
			p.54	“[...] evidencia a primazia da simulação realística em relação à abordagem teórica, como evidenciado num estudo que comparou o método clássico com o simulado e constatou que uma única exposição ao método simulado pode afetar o pensamento crítico e a autoconfiança [...]”
			p.57,58	“[...] esse contexto permitiu aos participantes expressarem a satisfação com a simulação,

				entusiasmo e desenvolvimento da autoconfiança, salientando-se que a experiência propiciou o reconhecimento das ações realizadas, as correções e modificações necessárias à assistência de qualidade e um aprimoramento da prática futura.”
			p.58	<p>“[...] os participantes despontam da realidade simulada para o contexto real e são compelidos a relatar a situação vivenciada, sendo a etapa descritiva do debriefing essencial para o sucesso da atividade, uma vez que as competências e lacunas de conhecimento são reveladas.”</p> <p>“[...] a experiência do debriefing, se bem conduzida, instiga a discussão de competências, habilidades, atitudes e a ponderação das falhas, favorecendo um ambiente propício para a reflexão sobre a prática, com consequente satisfação, entusiasmo e autoconfiança”</p> <p>“[...] a simulação não deve ser apenas uma opção, mas estar firmemente integrada aos programas de educação das instituições de saúde, uma vez que contribui para aumento na segurança do paciente, redução de custos e danos ocorridos devido a erros humanos, além de favorecer a discussão a respeito de questões Éticas.”</p>
			p.60	<p>“A simulação, como parte do ensino ativo, fez com que os enfermeiros identificassem as suas fragilidades, observasse o trabalho do grupo e reconhecessem a necessidade de treinamentos frequentes, sobretudo a profissionais que atuam em unidades de baixo índice de paragens cardiorrespiratórias. “</p> <p>“[...] sugere-se programas de treino vinculados à simulação para que o profissional possa desenvolver pensamento crítico e construtivo, bem como serem realizados em seus locais de trabalho e que a situação se aproxime da realidade do serviço.”</p>
			p.62	<p>“Os resultados obtidos neste estudo permitem afirmar que um programa de treino teórico, associado à prática simulada, oferece melhores resultados no desempenho dos participantes quando comparado somente à teoria. Esse resultado mantém-se num prazo de 60 dias após o treino, visto que os scores dos participantes não alcançaram os índices iniciais. [...] tiveram discernimento do que havia de ser corrigido ou modificado na sua prática clínica.”</p>
Rosa	2014	As experiências clínicas simuladas na formação contínua dos	p.88	<p>“[...] as experiências clínicas simuladas (ECS) são uma estratégia de ensino/aprendizagem capaz de reinventar a formação contínua dos enfermeiros e provocar verdadeiras e efetivas</p>

		enfermeiros de uma UCIC: a influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência.		mudanças de comportamento na sua prática de cuidados, rumo à excelência em enfermagem.”
			p.116,117	“[...] um programa de ECS: fomentou uma melhoria ao nível de conhecimentos teóricos dos enfermeiros [...]; [...] não se verificou uma estabilidade temporal [...]; [...] promoveu uma mudança efetiva na perceção da autoconfiança dos participantes [...]; [...] contribuiu na estabilidade emocional e uma maior eficácia na atuação dos enfermeiros em situações de emergência, em contexto real [...]; [...] desenvolveram o trabalho em equipa; [...] proporcionaram a existência de momentos de reflexão <i>para e sobre a ação</i> [...]; [...] favoreceu verdadeiras mudanças nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência (no papel de <i>team leader</i> , no cumprimento dos algoritmos de suporte avançado de vida e na interpretação de traçados eletrocardiográficos).”
			p.117	“[...] as ECS com recurso a um simulador de alta-fidelidade influenciam positivamente as práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência”
Ryan et al.,	2019	Simulation training improves resuscitation team leadership skills of nurse practitioners.	p.07	“[...] a abordagem multidisciplinar e o realismo dos cenários de simulação e ambiente de ressuscitação ofereceu um valor acrescido ao trabalho de equipa, complementando a atuação dos seus líderes.”
Square	2012	High-fidelity simulation in nursing practice: the impact on nurses' knowledge retention, satisfaction, and self-confidence	p.04	“[...] os enfermeiros submetidos a simulação [...] relataram a melhoria do conhecimento atual, reforço da aprendizagem e promoção do trabalho em equipa.”
			p.25,26	“[...] experiências simuladas, ajudaram na preparação clínica e na capacidade de responder a doentes graves, favoreceu a aprendizagem e sua aplicação na prática.  [...] habilidades básicas de avaliação produziram pontuações mais elevadas nos enfermeiros submetidos a simulação do que aqueles que receberam apenas palestras tradicionais.”
			p. 79	“[...] simulação permitiu que eles (enfermeiros) se tornassem mais confortáveis trabalhando juntos como uma equipa.”  “[...] visualização próxima permitiu que todos os envolvidos se tornassem cientes de como os seus esforços coordenados tiveram impacto favorável na situação clínica do doente.”

				<p>“[...] permitiu que os participantes refletissem sobre o problema, interagissem com o doente e planeassem a abordagem mais adequada. Assim, a simulação combinada com os aspetos cognitivos e psicomotores facilita a aquisição de novas competências.”</p>
			p.80	<p>“[...] simulação os fez lembrar princípios-chave da abordagem ao doente crítico, muitas vezes tidos como certos, pois eles tinham uma tendência a responder a esses problemas individualmente, ao invés de olharem para o doente como um todo.”</p>
			p.82	<p>“[...] os enfermeiros gostaram de participar nos exercícios de simulação, sendo que estes promoveram sentimentos positivos de satisfação e autoconfiança na aprendizagem, e que essas descobertas apoiam os princípios da enfermagem.”</p>
Stefanski, e Rossler	2009	Preparing the novice critical care nurse a community-wide collaboration using the benefits of simulation	p.450	<p>“A simulação de alta fidelidade é uma valiosa ferramenta de ensino que oferece oportunidades de aprendizagem prática para aumentar a satisfação com a aprendizagem e autoconfiança para os enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos.”</p> <p>“A simulação oferece um mecanismo através do qual as competências práticas, como comunicação, pensamento crítico, organização e liderança se podem desenvolver.”</p> <p>“Os programas de orientação em cuidados intensivos devem incluir a simulação, quando possível, para oferecer aos enfermeiros uma oportunidade de aplicar conceitos clínicos fundamentais dentro de um ambiente simulado seguro.”</p>
Villemure et al.,	2016	An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses	p. 23	<p>“O treino da ISS (In situ simulation) pode ser uma forma criativa de dominar os princípios do trabalho com doentes críticos e melhorar a interdisciplinaridade, comunicação e trabalho em equipa no ambiente de cuidados intensivos.”</p>
			p.24	<p>“Primeiro, a ISS foi eficaz para detetar erros por equipas interprofissionais e erros latentes na abordagem aos doentes. Essa capacidade de detetar erros teve um impacto direto na segurança do doente. A identificação dessas ameaças resultou em modificação de sistemas para reduzir o risco de erro. Esses riscos de segurança foram detetados, provavelmente, porque as simulações tinham sido realizadas no local de trabalho real, mostrando a singularidade da ISS.”</p>
			p.29	<p>“ A ISS é uma estratégia de educação que promove melhorias das competências relacionadas à segurança do doente e prática</p>

				<p>colaborativa como a comunicação interdisciplinar e trabalho em equipa, bem como como identificar e corrigir lacunas reais de segurança clínica. Esta revisão identificou duas grandes vantagens relativamente ao treino com recurso à simulação: melhoria do desempenho prático dos enfermeiros, das suas competências, eficácia e autorrealização pessoal e contribuição para a deteção de riscos ambientais reais. A ISS ajudou a melhorar a resposta em situações de cuidados críticos. Também tende a ser de baixo custo em comparação com a simulação <i>offsite</i> e poderá ser transportável para vários locais.</p>
			p. 30	<p>“A eficácia da ISS para o treino em equipa tem sido demonstrada na literatura atual. Isso é importante para a prática de enfermagem, porque a competência da equipa é um grande passo para prevenir erros de saúde. ISS é viável para avaliação e melhoria da competência dos enfermeiros de cuidados críticos.”</p>

## **Capítulo II**

### **Competência, Qualidade e Segurança em Enfermagem**

Neste capítulo são abordadas as temáticas: competência, qualidade e segurança no cuidado em enfermagem, como bases fundamentais para a prática de enfermagem, analisando-as com os objetivos e atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios.

Nos múltiplos desafios que na atualidade os enfermeiros experienciam diariamente, torna-se imperiosa a coragem para se ser diferente, agir com intencionalidade do efeito benéfico no outro e até mesmo, quando é necessário alterar o que está menos bem, rumo à excelência. Observo que a apetência humana, tende a insistir ainda mais do que seria preferível no conformismo, como afirma Jonh Dryen “*primeiro fazemos os nossos hábitos, depois os nossos hábitos fazem-nos*. Esta repleção da vontade humana, vive inclusa nas pessoas enquanto profissionais, ao se manterem num estado de marasmo e estagnação, num limiar que entendem como suficiente ao necessário. Esta situação, pode levar a que o conhecimento por tradição predomine e se deteriore, ao invés de promover o conhecimento construtivo científico que recicla e inova, o melhor de cada ser humano, o melhor que cada um pode contribuir para a sua profissão com competência. Na enfermagem, apercebo-me que esta é uma urgência de atuação, ou seja, importa que os enfermeiros plantem a ideia, de que está no desenvolvimento dos seus saberes a capacidade de desenvolvimento de competências em enfermagem e isso, apenas acontece se refletirem sobre a sua prática profissional, a sua técnica, a sua performance relacional, a sua sensibilidade para as questões humanas, éticas e sociais. Reparo que a competência, a qualidade e a segurança em enfermagem, são equilateralmente, as bases para a sedimentação científica e dignificação humana cultural. Neste caminho, considero estarem reunidas as condições para uma prática de enfermagem de excelência, com mais enfermagem e mais ciência.

## **1 - Desenvolvimento de competências, qualidade e segurança em intervenções de enfermagem especializadas nos contextos de estágio**

Nos contextos de estágio, as temáticas competência, qualidade e segurança foram as bases fundamentais dos objetivos e atividades desenvolvidas, mediados pela análise crítico-reflexiva, posições da ciência e perspectiva de autores, bem como mobilizando as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e demais desenvolvidas com o plano de estudos do Mestrado.

De modo a enquadrar cordialmente este tema no relatório, considero apropriado refletir sobre atividades e desempenho profissional, começando por reportar a implicação de competência nesse âmbito. Reitera assim, a importância de dar início pelo conceito de competência e o seu enquadramento na enfermagem e concretamente na enfermagem especializada.

Quando se aborda o termo competência afigura-se em torno deste, um significado associado a valor ou qualificação; Fleury e Fleury (2001) assumem competência como:

[...] a palavra mais utilizada pelo senso comum, para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. O seu oposto, ou o seu antônimo, não implica apenas a negação desta capacidade, mas guarda um sentimento pejorativo, depreciativo. Chega mesmo a sinalizar que a pessoa se encontra ou se encontrará brevemente marginalizada dos circuitos de trabalho e de reconhecimento social (p.184).

Nas unidades de saúde, enquanto contextos, esta posição de Fleury e Fleury reflete como a debilidade da competência, pode levar à deterioração profissional, pelo que deverá ser cuidadosamente analisada pelos enfermeiros nos próprios contextos clínicos em que operam, de forma a que os enfermeiros mais qualificados ajudem outros, com mais limitações, pois ninguém é ou se faz competente sozinho. Aqui, neste âmbito, a estruturação dos Padrões da Qualidade pela Ordem dos Enfermeiros (2005) institui como um compromisso de todos os enfermeiros, quer ao nível individual e coletivo no contexto profissional, salientando que só a centralidade de esforços poderá resultar na excelência dos cuidados de enfermagem.

Na tónica da competência, Serrano (2008) defende que o:

Enfermeiro enquanto profissional deve ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar, a resolver situações de grande indefinição ou a adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade, como o que se observa com as situações de cuidados. Na prática efetiva-se a relação entre competências e exercício profissional, implicando-se o contexto como fator de desenvolvimento de competências e de confronto com o fazer e o saber fazer (p. 07).

O filósofo Voltaire (François-Marie Arouet, 1694-1778), defendia que “*o mais competente não discute, domina a sua ciência e cala-se*”. Uma posição em que muitas vezes me chego a rever, na medida em que, numa determinada situação em que impera a necessidade de competência, qualidade e segurança para o melhor da pessoa em situação crítica ou outros contextos clínicos, deve imperar a consciência de que a opinião e o “*modos-operandi*” a agilizar, deve ser o que a evidência científica explica e qualifica para a situação clínica específica em avaliação e, não as posições de ideias pessoais ou profissionais com base em conhecimentos de tradição ou infundados. Estes podem ser gravosos e tóxicos, isto é, uma ideia, posição ou explicação de baixo rigor ou evidência científica, proferida por um profissional astuto, com protagonismo coeso num contexto ou equipa que lhe reconhecem esse valor, pode levar à replicação pelos pares, com repercussão numa prática de baixa competência clínica, com o deteriorar da qualidade da intervenção dos enfermeiros e falhas na segurança. Um processo explicado pela teoria do *habitus* de Pierre Bourdieu. Na abordagem desta teoria por Setton (2002), um *habitus* é como uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem as suas escolhas, isto é:

Habitus é concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientado para funções e ações do agir cotidiano (p.63).

Num determinado contexto clínico “um habitus do serviço caracterizado por partilha coletiva de significados é o que determina o modo como se cuida [...]” (Serrano, 2008 p.07).

Em equipa, partilhar e cocriar cuidados em saúde, pode ser de extrema utilidade, mas, entendo, que nada pode atenuar o dever e a responsabilidade de rastreabilidade científica e ética dos cuidados desenvolvidos. Os enfermeiros que partilham e cocriam cuidados, ao planearem cuidados, devem ter a perceção ante referida, bem como, refletirem sobre o impacto que causa no outro, o conteúdo que projetam e as intervenções de enfermagem que desenvolvem. Mais do que produzir conjuntamente um resultado mutuamente valorizado em equipa, é imperioso que seja incluso nos domínios éticos e

científicos. Ainda neste âmbito, no juízo e decisão de avaliação / intervenção, Luckesi completa com a perspetiva de que “avaliação deve construir pontes e não levantar muros”, no sentido da construção do melhor saber, da melhor avaliação, vigilância e decisão clínica, que com a partilha responsável, se consegue melhor qualidade e segurança. Esta forma de intervir, sublima a excelência profissional.

Querer ser competente, pode distanciar-se de se ser efetivamente competente. A competência desenvolve-se ao longo do percurso profissional dos enfermeiros, através do estudo, da própria vontade e na envolvimento da equipa multidisciplinar nos contextos de trabalho, de forma progressiva e ao longo do tempo, das oportunidades e experiências que contactam ao longo do seu percurso profissional, desenvolvendo a sua qualificação, num caminho de iniciado, passando a iniciado avançado, a competente, a proficiente e a perito. (Benner, 2001).

Ser enfermeiro, é a base onde o percurso começa e comporta responsabilidades, [...] implica o desenvolvimento de competências e a sua operacionalização no cuidar à pessoa [...] (Aves, 2011, p.09). Tal como se refere na Lei nº 111 (2009) de setembro, que procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104 (1998) de 21 de abril, artigo 7º: “o título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção” (p.6529).

No Regulamento n.º 122 (2011) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a Ordem dos Enfermeiros determina que:

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (p. 8648).

Serrano (2008), conclui que, o modo como os enfermeiros desenvolvem as competências do cuidar em enfermagem rumo à excelência e as determinantes nesse processo, são:

- a organização estruturada mediada pela supervisão da enfermeira chefe e que promove a integração de esquemas de ação;

- a ocorrência de interações diádicas e situações complexas promotoras de um processo reflexivo e de transformação de competências;
- a construção da experiência centrada num processo reflexivo sobre a prática, em articulação com a dimensão cognitiva, afetiva e com estratégias de aprendizagem;
- um clima e cultura organizacional promotora de aprendizagem organizacional a nível micro (foco na socialização individual e processo sistema) e a nível macro (foco na cultura);
- o desenvolvimento de competências integra, um sistema auto-eco-organizativo, a nível pessoal (microsistema), do serviço (mesossistema), da organização (macrossistema) e ao longo do tempo (cronossistema).

Rego (2007), complementa este quadro, referindo que a formação permanente permite “[...] maior acessibilidade dos profissionais à aprendizagem de saberes, garante-se assim uma tomada de decisão mais assertiva, levando conseqüentemente a maior efetividade na melhoria nos cuidados” (p. 20). O direito à formação, à atualização e aperfeiçoamento profissional e suas condições de acesso, é apresentado na alínea d) do n.º 2 do artigo 96, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, que estabelece o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Dias (2004), menciona que:

os enfermeiros ao longo da história têm estado empenhados em mudar e melhorar a prática formativa, aliada às mudanças da sociedade da qual fazem parte, tendo que se adaptar às novas necessidades e exigências dos utentes. Mas, para que haja efetividade na mudança de todo o processo formativo e assistencial, torna-se pertinente incentivar a investigação, a utilização dos resultados da mesma nos cuidados aos utentes. Através deste processo está inerente o desenvolvimento de uma profissão e a abertura de um caminho que se chama «autonomia» (p.71).

De acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), o título enfermeiro especialista traduz-se num profissional com conhecimento aprofundado num domínio específico, detendo um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. Neste âmbito, os objetivos e atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, foram analisados e fundamentado o seu resultado, com base no desenvolvimento nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros:

- Competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro);
- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e família (Regulamento OE n.º 429/2018 de 16 de julho).

Competência, qualidade e segurança, são três premissas fundamentais, que se conjugam com a conduta responsável, sentido ético, sensibilidade sociocultural e domínio de esclarecimento na evidência científica. Considero assim, neste espaço, imperioso explicar, o quanto contribuiu o desenvolvimento de competências, procura da qualidade e promoção da segurança para o domínio das competências em enfermagem especializada nos contextos de estágio.

Na conceção de Machado (2013):

“a enfermagem, tal como outras áreas, assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria da qualidade. Expandir e evoluir, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros (p.23).

A Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem reitera que:

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade. Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas. É este o contexto no qual o Conselho de Enfermagem da OE enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local. Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2001, p.p.7,8).

Neste âmbito, é determinante a importância de priorizar a qualidade dos cuidados de enfermagem, como veículo para os resultados da qualidade em saúde. Neste domínio da melhoria contínua da qualidade, estão sincronizadas as atividades que visam a segurança dos cuidados.

Alves (2011) completa, referindo que:

“[...] dada a atualidade de contensões na saúde, torna-se indispensável ponderar sobre a eficácia e eficiência da gestão dos cuidados na tradução da qualidade. O percurso será de flexibilização e aplicação de instrumentos de informação e avaliação que permitam fundamentar a nossa atuação” (p. 52).

Nos contextos clínicos, a aplicação e desenvolvimento da qualidade e segurança, são consideradas responsabilidades partilhadas, enquanto funções multiprofissionais. A Direção Geral de Saúde (2018), coloca a segurança do doente como “uma prioridade da estratégia nacional para a qualidade de saúde e considera fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais” (Norma nº 005, 2018, p.03).

Foi também, apoiado nesta base, (sendo apresentado mais à frente neste capítulo) que nos contextos de estágio foram avaliadas necessidades e desenvolvidas atividades de forma a promover a qualidade e segurança nos contextos e aprimorar competências de enfermagem especializada, assentes nos objetivos e atividades planeadas, nomeadamente:

- O desenvolvimento de estratégias de segurança na manipulação terapêutica, através da elaboração de uma proposta de reestruturação e armazenamento da terapêutica do serviço de urgência pelas regras do sistema medicamentos LASA (medicamentos Look-Alike, medicamentos Sound-Alike);
- O desenvolvimento da scoping review apresentada no capítulo I deste relatório, que produziu resultados a este nível da competência, qualidade e segurança na intervenção de enfermagem junto da pessoa em situação crítica. Estes resultados, foram divulgados em sessões formativas junto da equipa de enfermagem no contexto na unidade de cuidados intensivos, em prol de promoção da formação “*in situ*”.

A segurança do doente e as condições ou precauções de segurança nos cuidados de enfermagem, têm vindo a demarcar ganhos no espaço da qualificação e certificação dos serviços de saúde. Martins (2017) avigora que:

“a segurança em saúde é um problema atual, pertinente, e fruto da preocupação de entidades de saúde internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e nacionais, como a Direção Geral de Saúde. Em todo o processo de prestação de cuidados, a segurança deve ser um objetivo presente [...]” (p.159). Reforça que para alicerçar a segurança “[...] a formação de enfermeiros deve visar

profissionais qualificados e altamente competentes, capazes de atuar de forma pronta perante as várias necessidades das pessoas doentes e suas famílias, à luz de evidências científicas” (p.159).

O autor sublinha que face a um conjunto de necessidades de qualidade e segurança a serem melhoradas nas unidades de saúde, tanto a nível estrutural, como a nível técnico e a nível humano, todo um movimento está na atualidade a ser desenvolvido na área da saúde, tanto “*in situ*” nas unidades de saúde, como nas universidades e outras academias de formação graduada e complementar de enfermagem, atempada, seguindo as recomendações internacionais, minimizando os erros e aumentando o sentido de responsabilidade dos enfermeiros e outros profissionais perante a sua prática clínica.

Ribeiro *et al.* (2016) numa revisão integrativa da literatura, estudaram a este nível, o efeito dos modelos de prática profissional de enfermagem e verificaram que “nos últimos anos, muitas organizações de saúde internacionais, têm valorizado os modelos de prática profissional de enfermagem como uma ferramenta para alcançar a excelência nos resultados dos clientes e dos enfermeiros” (p. 125). Na globalidade desses modelos, integram como estruturas o desenvolvimento de competências, qualidade e a segurança.

A excelência profissional é o auge que o enfermeiro quer vigorar na sua performance profissional, contudo exige toda a conjetura analisada neste ponto. Nos termos da Lei nº 156/2015, que procedeu à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei.º104/98 de 21 de abril, artigo 109: o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;
- d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;
- e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;
- f) Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias suscetíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.

Porém, não posso deixar de observar, que para um profissional que se encontre nos estádios profissionais, com qualificação de competente ou proficiente (Benner, 2001), podem ser limitantes na tradução real da verdadeira qualificação, pelo que, haverá enfermeiros que apesar de se encontrarem em estádios de qualificação inferior, creio que em determinados momentos e intervenções, a sua orgânica e natureza eclode em excelência profissional. Tal como defendia Aristóteles “a grandeza não consiste em receber honras, mas em merecê-las”. Entendo que é a qualidade das intervenções e dos resultados, que aloca a excelência profissional.

Sistematizando, é o conhecimento, a forma de saber transformar o conhecimento face às imperativas necessidades contextuais reais na prática clínica, a intencionalidade, a competência, a qualidade e a segurança da intervenção do enfermeiro especialista num contexto da sua realidade prática, que vai qualificar o seu “*modus operandi*” dotando a sua “*praxis*” de excelência profissional.

Nos contextos clínicos dos estágios, o estabelecimento de objetivos e desenvolvimento de atividades geraram matéria fundamental no empoderamento do rigor, na estrutura orientadora do percurso e desempenho enquanto enfermeiro em especialização, assente na competência, qualidade e segurança. Como elucida Antoine Saint Exupéry, “um objetivo sem um plano é só um desejo”. Neste sentido, tornou-se vital a criação de um planeamento constante junto dos enfermeiros tutores e da professora orientadora, permitindo desta forma o desenho inicial do estágio, qualidade e segurança como os cuidados de enfermagem se desenvolveriam, num processo da aprendizagem e otimização, no decorrer das experiências de cuidado vividas. Em algumas situações foram partilhas de aprendizagens bidirecionais, em outras ocasiões, pela novidade, foram maioritariamente de recetividade. Estas, foram em conjunto com objetivos e atividades planeadas, que apresento nos pontos que se seguem, o que na globalidade promoveram um percurso de aprendizagem enriquecedora, em ambientes pedagógicos clínicos positivos, construtivos e seguros, que permitiram o desenvolvimento da enfermagem especializada na minha estrutura profissional.

Na procura substancial de relacionar os processos evolutivos e resultados obtidos nos contextos de estágio, enquanto enfermeiro de cuidados gerais a futuro enfermeiro especialista, é crucial o recurso ao referencial teórico em enfermagem, para cimentar a sustentação científica em enfermagem. Concordo com Basto (2009) quando defende que “cada um de nós guia-se na prática de cuidar e nas restantes atividades profissionais por um quadro de referência que engloba conceitos e valores ou crenças, pressupostos que correspondem à nossa conceção de cuidar em enfermagem” (p.14).

O referencial teórico estabelecido conceptualmente no trabalho desenvolvido nos contextos de estágio foi deveras importante para o alcance do nível de desenvolvimento referido anteriormente.

Nesse decurso, foi no encontro de um misto de referenciais teóricos e modelos teóricos em enfermagem, que concetualizei a minha adequação e intervenção na enfermagem em especialização nos contextos de estágio. Esta adequação, enquadra-se conceptualmente por tornar claro e atingível trabalhar os pressupostos de competência, qualidade e segurança, como conceptualizações centrais em foco no cuidado em enfermagem especializada dirigido à pessoa em situação crítica nos contextos de urgência e cuidados intensivos. Assim considereei adequado intervir com base nos referenciais teóricos:

- Referencial teórico do desenvolvimento de competências de Patrícia Benner;
- Modelo de Eficácia do Papel de Enfermagem (The Nursing Role Effectiveness)

A vantagem na utilização da sua combinação, transladando para a prática contextual clínica, a sua pertinência de adequação, é também verificada e explicado por Weick and Sutcliffe (2001) citado por Benner et al (2011), quando refere que esta associação é uma mais valia para o enfermeiro na “predição clínica, melhoria /reparação do sistema, aprendizagem a partir do erro, identificação de condições perigosas, prevenção de acidentes, consolidação da equipa e desenvolvimento cumulativo de experiência clínica” (p.410).

O referencial teórico desenvolvido por Patrícia Benner, enquadra-se pela sua envolvência no processo de desenvolvimento de competências, e a estrutura que aporta no processo de desenvolvimento de competências avançadas e especializadas, na medida em que a autora considera que, por um lado é uma teoria e por tal oferece explicitação e formalização referencial, e por outro, está intimamente direcionado para as transformações da teoria com a prática e melhorias da prática de maior complexidade. São duas dimensões, assentes na revisão teórica e supervisão clínica na experimentação, que se tornam cruciais no desenvolvimento de competência (Benner, 2001).

Associo ao referencial teórico de Benner, o Modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem, pela peculiar importância que atribuo ao efeito da transformação ao nível da eclosão ou otimização da competência. Uma aliança que faz todo o sentido, uma vez que esse modelo, se posiciona na conceção de que “com experiência e domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações” (Benner, 2001, p.63). A constatação da realidade nos estágios, em que se experienciam “[...] múltiplos contextos, é complexo e as intervenções são instantâneas, dependentes do contexto e interpretáveis de acordo com a história clínica imediata” (Benner et al., 2011, p. 01). Além da competência em si, nos objetivos definidos para os estágios, está contemplado também o

desenvolvimento da qualidade e segurança, que influencia o enquadramento do referido modelo e referencial teórico, escolhidos.

O Modelo de Eficácia do Papel de Enfermagem na qualidade de referencial teórico, baseia-se na qualidade dos cuidados inicialmente desenvolvido por Donabedian. Os seus seguidores, modelaram e adequaram o modelo às realidades da pessoa com patologias agudas, como o caso da pessoa em situação clínica crítica. Hoje este modelo, fornece uma estrutura conceitual bem definida para orientar cientificamente a avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem. Foi desenvolvido como modelo conceitual para orientar a avaliação do contributo dos enfermeiros para os cuidados de saúde, com base na qualidade do desempenho do papel independente do enfermeiro (Doran et al, 2002). Segundo a autora, “o Modelo de Eficácia do Papel de Enfermagem fornece uma estrutura conceitual bem definida para orientar a avaliação dos resultados do cuidado em cuidados agudos, ambientes hospitalares, e para examinar a contribuição dos enfermeiros nesses ambientes” (Doran et al, 2002 p.38). Este modelo conceptualiza-se, pelas seguintes determinações:

- incorpora indicadores de todos os componentes (estrutura - processo - resultado) da qualidade do cuidado;
- concentra-se explicitamente nas relações entre os indicadores dos três componentes, com ênfase particular na relação entre o processo e os resultados, que é reconhecida como crítica para aumentar a validade da avaliação dos resultados;
- operacionaliza o componente do processo de qualidade do cuidado em termos do desempenho do papel independente e interdependente dos enfermeiros, o que é essencial para identificar a contribuição única dos enfermeiros para o alcance dos resultados com a pessoa;
- inclui os resultados da pessoa que refletem os cuidados de enfermagem orientados para a saúde que são sensíveis aos cuidados de enfermagem (Doran et al, 2002 p.38).

No Modelo de Eficácia do Papel de Enfermagem é essencial a contribuição das intervenções autónomas, para alcance dos resultados da pessoa em situação crítica, bem como, são a base para avaliar a prática de enfermagem e monitorizar as melhorias da intervenção da mesma, sobretudo, nos efeitos das variáveis estruturais sobre os resultados, mediados na sua globalidade pelo desempenho do papel do enfermeiro. (Doran et al, 2002).

“Em contexto de doença crítica, a articulação entre o julgamento clínico e profissão é desafiante” (Ferreira, 2017, p.21). A união destes referenciais teóricos, não se deve apenas pela afinidade

peçoal com que me identifico conceptualmente, mas essencialmente, porque imperava a minha necessidade de crescer, evoluir e desenvolver autonomia nos contextos de estágio, dada a pouca experiência, ou assim a considerava, perante o nível de competência que pretendia alcançar, face às implicações das necessidades de cuidados da pessoa em situação crítica e família. Aliado a este evoluir, enquanto processo emergente no desenvolvimento de enfermeiro em especialização, era clarividente a premência em desenvolver competências que me transformassem de iniciado-iniciado/avançado a competente. Este, sim foi o caminho conceptual que alicerçou a sustentabilidade da minha prática de enfermagem nos contextos de estágio, com o conjugar dos referenciais teóricos, enquanto referenciais teóricos de médio alcance.

### **1.1 – A pessoa em situação crítica e família em contexto de urgência**

O enfermeiro no contexto profissional de urgência, requer:

“[...] um misto complexo de capacidades, experiências, saberes e personalidade. Em nenhuma outra área da enfermagem se espera do enfermeiro tantos conhecimentos “do berço ao tumulto” sobre fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e tratamento, ou sobre quando contactar a polícia ou departamento da saúde, e simultaneamente um papel defensor do doente e família. O serviço de urgência mais parece um mini-hospital, dentro do hospital [...]” (Lee, 2001, p. 25).

As características ambientais, estruturais e contextuais específicas do serviço de urgência são reconhecidas como perturbadoras e dificultadoras de um cuidar de excelência. [...] a urgência das situações impele à relação causal dos cuidados e à sua priorização no processo de tomada de decisão dos enfermeiros [...] esta, reflete uma abordagem sistémica e sistemática das necessidades individuais de cuidados e valorizam a sua antecipação (Morais, 2012, p.123).

Este autor, no seu estudo sobre as matrizes conceptuais dos enfermeiros, no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados, constatou que no discurso dos enfermeiros que trabalhavam no contexto de urgência predominava “[...] a valorização das competências técnicas e clínicas em detrimento das competências conceptuais” (p.124). O autor refere ainda que:

Alguns enfermeiros alicerçam a noção de cuidar e de Enfermagem em pressupostos biomédicos, associando mesmo maior satisfação pessoal com o sucesso em dinâmicas de life saving. A limitação temporal nas situações de risco de vida obriga à celeridade dos cuidados e provoca um sentimento de insatisfação de todos os informantes (participantes no estudo) para a limitação holística na abordagem da pessoa na situação de emergência (Morais, 2012, p.123).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, estão na globalidade, intimamente correlacionados com os cuidados de enfermagem na intenção de salvar a vida, no entanto, sem deteriorar o foco nos valores individuais e acima de tudo, estar presente junto da pessoa em situação crítica. Importa além da intervenção tecnológica direcionada para salvar a vida, que não deteriore na sua competência e qualidade de cuidados, o respeito pela dignidade da pessoa que cuida, integrando o reconhecimento dos valores e a promoção dos direitos da pessoa (Kérouac et al., 1994). “Os enfermeiros da urgência servem utentes cada vez mais exigentes. O público espera dispor da tecnologia mais avançada e sofisticada sem perda de cuidados de elevada sensibilidade” (Macphail, 2001, p. 07).

Benner (2001), refere que os enfermeiros proficientes e peritos integram a visão holística nos cuidados à pessoa em situação crítica, e não absorvem o foco da atenção para predominância nos aspetos técnico-científicos da prática de enfermagem, isto é, o enfermeiro perito “[...] tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (p. 58).

A Ordem dos Enfermeiros estabelece que a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento OE n.º 124, 2011, p.8656).

No Regulamento OE n.º 361/2015 os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são reconhecidos como elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica (p. 17241).

A OE (2011) refere assim que:

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são «cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de

enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas - considera -se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi - vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação (Regulamento n.º 124, 2011, p.8656).

Em suma, o enfermeiro especialista no atendimento à pessoa em situação crítica no contexto de urgência, necessita de preparação profissional, baseada num processo de autoconstrução equilibrada entre os planos técnico científicos e não técnicos, promotores da valorização da dignidade humana. Importa nessa construção profissional, considerar que existem cada vez mais situações complexas da população que recorre aos serviços de urgência, isto é: uma população tendencialmente mais envelhecida com co morbilidades, o número crescente de patologias com início súbito e patologias crónicas que agudizam, o aumento da complexidade dos acidentes, o aumento da violência doméstica e urbana, assim como, associado a estas situações, o enfermeiro ter que se posicionar perante uma exigência cada vez maior, nos padrões de qualidade na assistência em saúde.

A qualidade premedita a necessidade de um corpo de profissionais de enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos de emergência e urgência à pessoa/família em situação crítica, eclodindo neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, como o enfermeiro mais idóneo na implementação de cuidados, e o mais capaz de responder num curto espaço de tempo, tanto com intervenções para suporte de vida, conduzindo ao suporte de vida da pessoa em situação crítica e outras intervenções que clivam a deterioração do seu estado de doença.

O período em que o estágio no contexto urgência ocorreu, e ainda à data da elaboração deste relatório, globalmente vive-se a situação Pandémica Covid-19 (doença infecciosa causada pelo Vírus Sars-Cov-2), pelo que o serviço foi estruturalmente segmentado em duas áreas, com circuitos isolados; uma área designada de área Covid destinada a atendimento de pessoas suspeitas ou portadoras de infeção pelo referido vírus e outra área não Covid, destinada a pessoas não integrantes de critérios de suspeita de infeção. Neste sentido, a aferição e referenciação das pessoas que

recorrem ao serviço de urgência, para as áreas apresentadas, é efetuado por um enfermeiro numa área exterior, anterior a estas, designada por pré-triagem. O estágio foi desenvolvido predominantemente na área não Covid.

Na área não covid, o serviço é composto por uma área comum de espera e de admissão administrativa, uma sala de triagem (Triagem de Manchester – realizada por enfermeiro certificado), três salas de atendimento médico, uma sala de pequena cirurgia, uma área para realização de gessos, uma sala de reanimação, uma sala de tratamentos com quatro cadeirões, uma sala de observações com seis camas. A área covid, integra uma área de resposta emergente, com dezasseis salas isoladas para atendimento individual e uma sala de trabalho comum para a equipa multidisciplinar.

A experiência de estágio constituiu um momento engrandecedor, na medida em que a época, determina a incorporação de medidas de segurança acrescidas, devido à prevenção da propagação do Vírus Sars-Cov-2, entre outras experiências, que permitiram compreender a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Família, em contexto de urgência.

Até ao momento do estágio, possuía alguns meses de experiência profissional no serviço de urgência de um hospital privado na área periférica de Lisboa, o qual tinha uma estrutura funcional semelhante à do serviço de urgência apresentado, que permitiu fluidez na integração.

Neste estágio, ao contrário do que acontecera no contexto dos cuidados intensivos, não era de todo uma novidade profissional a avaliação, vigilância, decisão e adequação da intervenção clínica de enfermagem à pessoa em situação crítica e não crítica, embora, em estágio, a conceptualização que vivia estas experiências, avultava toda a conjectura profissional com uma panorâmica científica, ética, humana, sociocultural e espiritual, com uma intencionalidade, afeção qualitativa e de segurança agora mais sensível e determinada, graças à construção teórica e prática que o mestrado em enfermagem médico cirúrgica produziu na minha estrutura profissional. Uma construção determinante na otimização da conceptualização científica, no sentido crítico e interpretativo com base na evidência científica; capacidade de diagnóstico; ação com criatividade e flexibilidade; tomada de decisão clínica, que no global, melhoraram a autonomia responsável no exercício dos cuidados de enfermagem. Como refere Taylor et al., (2001):

Num ambiente de ritmo acelerado, como é a urgência, o enfermeiro tem de assimilar dados essenciais para elaborar o plano de cuidados junto do doente, pelo que se torna indispensável ser especialista clínico e de diagnóstico, para prestar cuidados ao doente da urgência. Além de que, o enfermeiro tem de lidar com as reações por parte do doente e da família aos problemas de saúde reais ou potenciais. As reações com que o enfermeiro se depara compreendem todo um leque de emoções, sentimentos,

sintomas e manifestações. A abordagem de resolução destes problemas, engloba a tomada, nas situações mais críticas, de decisões de intervenções face a implicações de suporte de vida, a implementar e concluir em questão de minutos (p. 09).

Neste âmbito, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família, regulou, enquanto objetivo geral o estágio no contexto de urgência, tendo-se diferenciado nos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família no serviço de urgência;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, no âmbito do armazenamento de medicamentos no serviço: normas e sinalética de segurança – LASA (medicamentos Look Alike, medicamentos Sound Alike)

No que concerne à prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família no serviço de urgência, premeditou o desenvolvimento de competências na resolução de problemas com raciocínio clínico de enfermagem, experiência e reflexão clínica.

Os fundamentos clínicos da enfermagem na intervenção junto da pessoa em situação crítica, no contexto de urgência foram veiculados nas experiências vividas. Alguns mais presentes, outros careceram de aprofundamento, através de momentos de estudo no que a evidência científica apresenta, na perspetiva que: “quando um enfermeiro acha que há uma forma melhor de executar determinado aspecto dos cuidados, provavelmente há, e a resposta poderá estar na literatura sobre o assunto” (Lenaghan, 2001, p. 113).

O enfermeiro é o profissional da equipa multidisciplinar que cuida no serviço de urgência, assumindo a responsabilidade pela pessoa em situação crítica ou não crítica e família que recorrem ao serviço, na procura de soluções terapêuticas para a sua saúde. A Ordem dos Enfermeiros (2001) nos Padrões de Qualidade, enuncia o enfermeiro como o profissional que cuida e assume a responsabilidade pelo outro, ou seja, assume o cuidado na pessoa como ser único e não a segmenta, na prestação face a cada intervenção.

O estágio no serviço de urgência, foi conduzido no sentido de obter o máximo possível de experiências de cuidado a pessoas em situação crítica, marcando um desenvolvimento mais predominante do estágio na triagem, na sala de observações e tratamentos, na intervenção junto da pessoa,

essencialmente com alterações do foro cardíaco e pulmonar. No entanto, outras situações da pessoa em situação crítica marcaram as experiências vividas neste contexto de urgência, nomeadamente choque hipovolémico por hemorragia gástrica endoluminal, e pessoa em situação crítica no âmbito de trauma vertebro medular, após acidente.

A triagem da pessoa que recorre ao serviço de urgência, consiste no processo de avaliação para determinar a gravidade de uma lesão ou doença, com o risco de vida da pessoa, em todos as pessoas que são admitidas no serviço de urgência, determinando prioridades no atendimento, conforme a sua lesão ou patologia, a coloca em risco de vida.

O termo triagem, provém do termo francês trier, que significa “escolher ou selecionar”. Remonta ao exército francês que usava para designar num “hospital de evacuação” de soldados ferido [...] o exército americano passou a utilizar o termo triagem para designar um centro onde os soldados feridos eram reunidos, para serem evacuados do campo de batalha para o hospital de apoio, afastado desse local (Bracker, 2001, p. 117).

Para este autor, um sistema de triagem eficaz, tem como objetivo principal a identificação rápida de doentes que se apresentam com estados de natureza urgente e em risco de vida. Tem ainda objetivos complementares, como sejam, estabelecer prioridades quanto às necessidades de cuidados de todos os doentes, regular a afluência de doentes na urgência, bem como decidir outras hipóteses de mobilização para resposta terapêutica mais idónea. No serviço de urgência no contexto de estágio, está implementada a Triagem de Manchester nos termos da norma da Direção Geral de Saúde (DGS): Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata - Norma nº 002/2018 de 09/01/2018. Um sistema dotado de protocolos, bem como intervenções, sincronizadas, em que o enfermeiro, é determinante na sua aplicação, dado que é o primeiro profissional que atende a pessoa, na triagem e assim decide o percurso do seu episódio de atendimento. A sala de triagem do serviço tem localização e condições de espaço para acolhimento e privacidade da pessoa, na entrevista de avaliação sobre o motivo da sua ida à urgência, ou familiar no caso de acompanhamento, como previsto na referida norma da DGS. Existem situações que dada a gravidade e a emergência de intervenção, são encaminhadas de imediato para cuidados médicos e de enfermagem, que atendem as situações da pessoa em situação crítica emergente. Um foco de atenção muito desenvolvido pelo número de situações experienciadas e outras partilhadas pelas enfermeiras orientadoras, que permitiram o raciocínio clínico partilhado nesse âmbito, através da partilha de casos clínicos e intervenções de enfermagem.

Deste modo, foi possível compreender os protocolos de avaliação e de intervenções, mediante as situações clínicas de emergência, urgência e não urgentes.

Bracken (2001) considera as situações de emergência ou muito urgentes, como:

Aquelas que requerem cuidados imediatos pelo risco de vida; estado de doença/trauma com risco de vida, engloba problema grave nos membros ou visão. As situações de urgência são aquelas situações clínicas que requerem cuidados tão rápidos quanto possível; estado que constitui perigo se não for tratado; “agudo”, mas não “grave”. Não se prevê risco de vida imediato como na situação anterior. Por último, as situações não urgentes, ou seja, aquelas que conferem à pessoa em estado não crítico que recorre ao serviço de urgência, e que requerem cuidados de vigilância que poderiam ser realizadas nos cuidados de saúde primários, no âmbito da medicina geral e familiar, pelo estado patológico não agudo, são cuidados que podem ser prestados mais tardiamente. Nestas situações as pessoas ficam mais desconfortáveis, dado a possível demora a que o seu atendimento está sujeito, pelo que é fundamental explicar que as situações de outras pessoas em risco de vida serão atendidas primeiro (p.119).

O doente crítico em situação de emergência, devido à sua instabilidade hemodinâmica, carece de cuidados diferenciados imediatos e de uma vigilância rigorosa, uma intervenção multidisciplinar sincronizada entre cuidados de enfermagem, médicos e meios complementares de diagnóstico. A forma como se estrutura esta funcionalidade perante o equilíbrio entre estabilidade hemodinâmica, a disposição funcional para meios complementares de diagnóstico e tratamentos, foi um dos elos da intervenção e gestão de enfermagem predominantemente desenvolvidos neste estágio.

A avaliação cuidada na triagem de quadros sintomatológicos de enfarte agudo miocárdio (EAM) e de edema agudo do pulmão eram frequentes. A avaliação na triagem, o raciocínio clínico acompanhado pela aplicação dos protocolos da Triagem de Manchester, o contacto médico e a operacionalização de meios complementares de diagnóstico a agilizar, constituíram ações cruciais no atendimento da pessoa em situação crítica, para que se ganhasse tempo e adequação da intervenção. Neste processo de avaliação e triagem, o enfermeiro especialista tem competência em avaliar e perceber os sinais de gravidade, mesmo antes de se tornarem evidentes, constituindo “sirenes de alerta subjetivas, que determinam a necessidade de vigilância e decisão clínica.

A minha experiência profissional, foi munindo a minha capacidade de intervenção clínica nas situações de cuidado à pessoa em situação crítica, no entanto, o somatório faz a riqueza no desenvolvimento de competências, qualidade e segurança na prática clínica. As experiências dos colegas enfermeiros e de outros profissionais da equipa complementaram a minha, permitindo

aperfeiçoamento. Ninguém se faz competente sozinho, a variedade de experiências torna-se fulcral para o desenvolvimento. Ter a capacidade de dizer “não estou à-vontade com esse procedimento”, “não sei a melhor forma de comunicar sobre um assunto com a pessoa”, e reconhecer necessidade de investimento de crescimento nessas áreas limitadas, torna a possibilidade de os enfermeiros se tornarem melhores enfermeiros, mais competentes, promotores de mais qualidade e segurança. É desta forma que entendo que se desenvolve autoconhecimento e assertividade relacional, que permite a evolução e crescimento profissional, no âmbito da competência.

A partilha esteve sempre no caminho do meu desenvolvimento de competências no estágio, a união acrescenta o melhor bem, a melhor prática profissional para as pessoas que nos comprometemos cuidar. Aprendi muito, mas foi possível também partilhar o meu saber, sobretudo, nas áreas que por vezes, lhes é atribuído menor relevância, nomeadamente no que relaciona ao conforto do posicionamento da pessoa em situação crítica no contexto de urgência, cuidados na prevenção de zonas por pressão nas pessoas admitidas na sala de observações e dirigir cuidados adequados a úlceras por pressão, tendo sido uma área, na qual foi possível contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através de formação informal nas situações experienciadas e partilha de documentação científica. Considero que o enfermeiro especialista tem o dever de se dirigir ao outro, no sentido de o levar a ser melhor, mais criterioso e promotor de uma prática de melhor qualidade e segurança.

Outra experiência determinante, no transladar conhecimento da teoria para a prática, na gestão e perceção do trabalho eficaz em equipa, operacionalizada em tempo record na realidade situacional, em que todos os minutos contaram, foi uma situação clínica de uma pessoa com 40 anos, sexo masculino, que desenvolveu um quadro hemorrágico interno com choque hipovolémico, por ulceração e hemorragia endoluminal, em contexto neoplásico - carcinoma do pâncreas invasivo, onde o estabelecimento de estratégias, prioridades e a melhor adequação de cuidados de suporte vital, foram essenciais. Uma situação onde o enfermeiro especialista, para além da gestão dos cuidados que presta ao doente, se disponibiliza em assegurar ajuda a outros colegas com menor perícia, para o melhor resultado em equipa a favor da pessoa em situação crítica. Em poucos minutos, foi possível estabilizar a pessoa em termos hemodinâmicos e providenciar tratamento cirúrgico, para tratamento dirigido à etiologia do choque, noutra hospital, tendo sido transferido, após estabilização.

As situações desde a avaliação na Triagem de Manchester, a avaliação continua, a implementação de cuidados nas pessoas por quem fiquei responsável, na globalidade permitiram o desenvolvimento da gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa profissional, garantindo

a segurança e a qualidade. Além disso, com as experiências vividas, foi possível demonstrar a capacidade de autoconhecimento, que é central à prática de enfermagem, reconhecendo as condições que interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Em suma, o estágio permitiu o contacto com pessoas em situação crítica e família, demonstrando capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Deste modo, com base nas intervenções desenvolvidas e nos critérios de desenvolvimento de competências comuns (Regulamento OE n.º 492/2018 de 16 de julho) e específicas (Regulamento OE n.º 414/2019 de 06 de fevereiro) do enfermeiro especialista, desenvolvi com aproveitamento entre outras, as competências que destaco:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Desenvolve autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;
- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica.

Destarte, cuidar de pessoas em situação crítica é um campo complexo da ação da enfermagem, que exige aos enfermeiros especialistas, o redobro do seu compromisso para com a profissão e comunidade que atende no contexto de urgência. Na pessoa em situação crítica, a decisão do enfermeiro, ponderada na sua razoabilidade clínica, premeditará o futuro do atendimento, intervenção e evolução clínica, mediante o risco de vida. É uma qualidade interventiva, que depende essencialmente do seu desempenho na sua perícia e competência de avaliação-ação.

A avaliação de enfermagem pode ser breve e confinar-se a uma região específica, ou pode ser uma avaliação razoavelmente rápida e eficiente de todos os sistemas afetados pela doença ou lesão exposta. Cabe ao enfermeiro da urgência decidir, desde a extensão da avaliação a fazer, baseando-se no estado do doente no momento, na sua queixa principal e nos fatores ambientais. Independentemente da sua extensão, a avaliação tem de ser sistemática a fim de prestar ao doente os melhores cuidados possíveis (Sedlak, 2001, p. 139).

No domínio da responsabilidade profissional referida, é essencial que a prática de cuidados seja estruturada pela segurança, privacidade e condições que fomentem a dignidade da pessoa em situação crítica no contexto de urgência, aspetos estes que, na agitação elevada pelo fluxo elevado de trabalho no contexto de urgência, pode estar exposto ao risco muito elevado de não se verificar e nesse caso incorrer na inconformidade de não assegurar esta responsabilidade profissional.

A criação de um ambiente terapêutico seguro no atendimento da pessoa em situação crítica em contexto de urgência, comporta uma das competências mais nobres do enfermeiro especialista na interação com a pessoa a vivenciar situações de doença aguda com risco a vida, nomeadamente: situações de alergia grave, instabilidade hemodinâmica, hemorragias graves, traumatismo grave, quadro séptico, enfarte agudo miocárdio, acidente vascular cerebral, alterações respiratórias graves. Nestas circunstâncias graves, em que o risco de vida, contempla a atenção do enfermeiro, este tem de se reposicionar e intervir com a melhor perícia técnica e instrumental, mas também, em igual qualidade implicar a sua competência ao nível relacional, complacente com a dimensão cultural e espiritual da pessoa, promovendo o respeito pela sua dignidade e direitos humanos.

A situação clínica anteriormente referida da pessoa em situação crítica por choque hipovolémico (hemorragia gástrica endoluminal em contexto neoplasia do pâncreas), pela necessidade de agilidade rápida de estabilização, o nível de exposição corporal e a privacidade, irrefletidamente podiam estar em risco, contudo, promovi o controlo da exposição corporal da pessoa na sala de reanimação, desde manter o espaço fechado, à diminuição da exposição corporal ao estritamente necessário, sendo sempre, também explicados os procedimentos e solicitando o seu consentimento para realização dos mesmos. Com a sua autorização e conhecimento, fui mantendo a família informada da situação da pessoa e dos cuidados de enfermagem a serem prestados. Conceptualmente, estas circunstâncias aludem ao período de ansiedade e de incerteza vivido pela pessoa e família em situação crítica, no contexto de urgência, como conceptualiza Merle Mishel na teoria de incerteza da pessoa em situação crítica, dominada pelos seus receios de como gerir e superar os processos transitórios que vive na natureza da sua situação crítica aguda de saúde/doença, defendido nesta última, pela teoria das transições de Afaf Meleis.

Mendes (2019) a este nível, considera que a comunicação é fulcral na forma como a pessoa e família vivem a situação crítica. Na interceção da Teoria da Incerteza na doença de Mishel e a Teoria das Transições de Meleis, o modo como a incerteza na doença e o imprevisto medeiam o processo de comunicação enfermeiro-família, traduz-se na qualidade da experiência vivida pela pessoa e família. Concluiu que, a pessoa e família que vivem a incerteza, têm condições pessoais (forças internas) que influenciam o processo singular de apreciação de lidar com a incerteza. A comunicação que estabelece com os enfermeiros, nomeadamente na procura de informação, será refletida na forma como vivência a incerteza e o imprevisto constante. Nesta continuidade,

É importante que o enfermeiro consiga descodificar, decifrar e entender o significado da mensagem transmitida pelo doente, não só a verbal, como também a transmitida por gestos e expressões. A

comunicação permitirá que o enfermeiro ajude o doente a lidar com a sua situação de doença” (Garrido, 2016, p.27).

A adaptação que deseja e a procura de informações, interfere nas estratégias de *coping* desenvolvidas. Assim neste âmbito, o enfermeiro, na qualidade com que comunica com a pessoa e família em situação crítica, qualificará no outro, a incerteza e transição como o sofrimento no âmbito do perigo vivido ou como oportunidades de reconectarem forças internas de superação. Assim, o enfermeiro especialista conceptualiza as necessidades humanas ao nível da sua necessidade eclética: física, psicológica, sociocultural e espiritual, intervindo com a intencionalidade de promover um ambiente terapêutico com privacidade e segurança, bem como manter o contacto e acompanhamento com a família, que vive com o doente a situação crítica.

No Decreto-Lei nº 104/98 de 21 Abril, artigo 103, dos direitos à vida e à qualidade de vida, o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

No parecer da autora que subscrevo o referencial teórico em contexto de estágio, em forma complementar ao exposto, Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011). referem que reside na capacidade da intervenção do enfermeiro, demonstrar a essência dos cuidados e investir na explicação para que a pessoa e família compreendam o significado da experiência que vivem, é crucial na qualificação e superação da experiência e dificuldade, sendo o enfermeiro perito ou especialista o mais competente nessa intervenção.

No respeito pelo direito à autodeterminação, assente no artigo 84 (o dever de informação) da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento; informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;

- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

Esta lei estabelece que o enfermeiro assume o dever de informar a pessoa e família, no que respeita à intervenção da enfermagem na sua saúde, sendo o processo de comunicação como anteriormente referido, importante na gestão da informação a transmitir, no sentido de que, a pessoa com informação enfrentará com mais reconhecimento da envolvimento do seu problema de saúde e gerindo possíveis formas de resolução e superação, diminuindo a negatividade emocional que possa estar a agudizar o seu sofrimento.

Deste modo, pode-se afirmar que a natureza essencial na relação entre enfermeiro e doente consiste na compreensão mútua e que devemos encarar sempre de forma positiva e enriquecedora todos os minutos que despendemos ao escutar alguém. Não nos podemos esquecer que cada homem é único, uma personalidade altamente diferenciada, que afeta os comportamentos e atitudes daqueles com quem vive, sendo igualmente afetada por todos que o rodeiam. O que somos e seremos, a nossa qualidade de relação, a nossa atividade comunicativa: enviar, receber, avaliar e estimular os outros a serem acolhedores e despertados para benefício de todos (Garrido, 2016, p.27).

Nas intervenções realizadas, uma das preocupações era centralizar a pessoa no seu cuidado, explicando os procedimentos, esclarecendo as suas dúvidas sobre informações que possuía sobre o quadro clínico, em prol de assegurar o seu direito à informação sobre os cuidados de enfermagem, bem como, o direito de ser informada e esclarecida, assegurando a veracidade e a assertividade da informação, mantendo a esperança realista e respeitando a sua vontade de querer saber ou delegar a sua informação. No entanto, estava sensibilizado para o facto de a pessoa querer renunciar ao direito de informação, bem como, se assim pretendesse quem seria a pessoa de família a quem dirigir a informação.

Neste sentido, promovi o contacto entre as pessoas em observação na urgência e a sua família ansiosa na sala de espera, na transmissão de informação autorizada, bem como na promoção da visita presencial, nos momentos cruciais, em que seria transmitida a decisão de internamento ou outra informação mais complexa, no sentido de promoção do conforto emocional.

Na gestão relacional, mas passando à dimensão mais cultural, importa acrescentar que neste serviço de urgência, a dimensão cultural de segurança portuguesa é muito vinculativa. Nesse propósito, foi essencial intervir, mobilizando respeito e sentido ético na interação com as pessoas, enquanto agentes de segurança portuguesa ou familiares, que possuem a sua dimensão cultural, valores e espiritualidade, que importam ser respeitadas na adequação e na realização das intervenções,

dignificando os cuidados realizados. A promoção e a demonstração de uma prática clínica respeitosa dos direitos humanos, passou por este zelo, bem como na análise e interpretação das situações específicas, na implementação de cuidados especializados, para que fosse possível gerir as situações potencialmente comprometedoras para as pessoas que recorrem ao serviço de urgência. Mediante as intervenções desenvolvidas e com base nas competências comuns do enfermeiro especialista, dispostas no regulamento OE n.º 492/2018 de 16 de julho, assumo ter desenvolvido com qualidade e proveito, a competência no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, junto da pessoa em situação crítica: garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste âmbito, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica e sua família, foi expandido com motivação, atitude e adequação profissional, promotoras do desenvolvimento das competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica, como foi possível expor até então, e como se pretendia no estágio, em sintonia ao objetivo: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família no serviço de urgência.

No domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o objetivo foi intervir, no sentido de contribuir para colmatar uma necessidade no âmbito da melhoria da prática profissional de enfermagem ou funcional do serviço de urgência. Numa avaliação efetuada com as enfermeiras tutoras, enfermeiro chefe e a professora orientadora de estágio, identificou-se como necessidade a melhoria funcional do stock de medicação do serviço de urgência, através da implementação de medidas viáveis de qualidade e segurança ao nível da disposição e identificação da medicação no stock do serviço, respeitando as normas da Direção Geral de Saúde. Nesta continuidade, foi determinada a intervenção referida no seguinte objetivo:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, no serviço de urgência, no âmbito da melhoria do armazenamento de medicamentos no serviço: normas e sinalética de segurança – LASA (medicamentos Look Alike , medicamentos Sound Alike).

O processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, é um processo complexo, deve promover a transformação de conhecimentos e atitudes em competências, bem como, acrescentar valor aos enfermeiros e à organização funcional na sua prática clínica. A complexidade da melhoria pode conjugar-se com o processo de mudança, pois a mudança predomina a evolução no sentido da

melhoria. Neste sentido, importa o necessário envolvimento de todos, com os fatores intrínsecos, que orientam o possível sucesso da evolução. Numa perspetiva de desenvolvimento de competências Le Boterf (2005), defende que a envolvimento para a mudança deve encadear três fatores:

- **saber agir:** que considera combinar, encadear saberes e mobilizar recursos adequados: como exemplo, procura de conhecimento formal e partilha de saberes nas redes de conhecimentos. No caso da intervenção projetada, o saber agir, exigiu o reconhecimento da necessidade de estudar em bases de literatura, o estado da evidência científica, para desenvolver a atividade, bem como contactar com outras realidades e organizações de serviços, de modo a considerar exemplos já estabelecidos, qualificados e funcionais;
- **querer agir:** que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto mais ou menos estimulante e motivador para a ação. O conhecimento da organização da terapêutica no stock, pelas normas LASA, era limitado no meu quadro de conhecimento. Foi na medida da progressão do estudo, que com o aumento do conhecimento, este mesmo motivou o agir, estimulando a dedicação ao projeto a concretizar, com o envolvimento da equipa de enfermagem do serviço;
- **poder agir:** que remete para a existência de um contexto, de uma organização de trabalho que torne possível que o indivíduo assuma responsabilidades e corra riscos. O reconhecimento pelo enfermeiro chefe do serviço de urgência e equipa de enfermagem, de que a mudança seria uma mais valia na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem na manipulação terapêutica, permitiu o alavancar do projeto a implementar, tornando-o viável.

Em termos metodológicos, o plano foi iniciar o processo pela avaliação da situação de armazenamento estrutural, identificação elementar dos fármacos existentes, em seguida proceder à reorganização conforme as regras pretendidas. Na globalidade e porque a memorização da localização dos fármacos no stock é um processo com memória conservada nos enfermeiros, foi atendido sempre que exequível o zelo da sua mobilização mínima, de forma a respeitar esse considerando.

Para a compreensão, enquadramento e fundamentação com base em evidência científica esta temática, procedi à realização de pesquisas bibliográficas, explorações do tema com peritos e serviços onde esta organização terapêutica é já um processo concluído e validado. Artigos científicos e norma da DGS, foram de essencial valor científico para o desenvolvimento do projeto/proposta, que se encontra disponível no apêndice II deste relatório.

Na ótica em que o enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional, bem como, alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente e, com base na intervenção desenvolvida no sentido de melhorar a distribuição e organização da terapêutica no serviço, segundo as regras e orientações de segurança, dando especial enfoque aos medicamentos Sound-Alike e Look-Alike – LASA, foi possível validar o desenvolvimento das seguintes competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento OE n.º 492/2018 de 16 de julho):

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência clínica.

Em forma de conclusão da discussão e análise crítico - reflexiva dos objetivos e atividades do estágio em contexto de urgência, considero que a essência está na capacidade de avaliação e diagnóstico do enfermeiro que atende e avalia inicialmente a pessoa que recorre ao serviço de urgência, na triagem criteriosa da sua situação crítica ou não crítica. Sem dúvida que é um processo fundamental, que requer experiência e perícia. Para o enfermeiro especialista, é uma experiência, competência e segurança, intrínseca à sua idoneidade profissional.

Dada a natureza da situação clínica, a avaliação do enfermeiro será decisiva na determinação da urgência em relação ao risco de vida da pessoa, bem como para interferir diretamente em todo o processo de cuidados. A qualidade e a segurança dos cuidados do doente crítico, não pode ser deteriorada pela rapidez de intervenção que a situação emergente ou urgente exige, determinando que o enfermeiro especialista integre a sua intervenção com práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

## **1.2 - A pessoa em situação crítica e família em contexto de unidade de cuidados intensivos**

O estágio na unidade de cuidados intensivos cardíacos (UNICOR) revelou-se um percurso complexo e imperioso na minha construção profissional, enquanto enfermeiro em especialização, quer na melhor perceção de quadros fisiopatológicos e adequação terapêutica da pessoa em situação crítica, bem como no desenvolvimento de competências avançadas e especializadas na avaliação, vigilância, decisão e intervenção clínica, com cuidados de enfermagem especializados dirigidos à pessoa neste contexto clínico crítico.

A Ordem dos Enfermeiros no Parecer N°15/2018 estabelece que os cuidados à população devem ser organizados para que sejam prestados em benefício da mesma, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção. Determina ainda, que o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados da pessoa em situação crítica, em contexto como a medicina intensiva e unidades de cuidados intensivos.

Smith-Blair (2010) reitera esta posição, ao considerar que:

[...] a enfermagem de cuidados críticos preocupa-se com problemas que ameaçam a vida, como a grande cirurgia, o traumatismo, a infeção e o choque, e também com a prevenção de doenças potencialmente mortais. O enfermeiro de cuidados críticos é um advogado do doente, responsável por assegurar que todos os doentes em estado crítico e respetivas famílias recebam cuidados ótimos [...] (p.196).

O Ministério da Saúde (2003), define as unidades de cuidados intensivos como “[...] locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p.06) .

A Ordem dos Enfermeiros no Parecer N°15/2018 defende que os serviços de medicina intensiva / unidade de cuidados intensivos devem ser os responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, quer seja no serviço de urgência através de presença nas salas de emergência ou nas unidades intensivas e intermédias e no internamento através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria.

Não obstante, reitera que a medicina intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Representa uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial, tendo ainda um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares.

A UNICOR tem como finalidade garantir apoio clínico intensivo, ao doente cardíaco em situação crítica, na globalidade não cirúrgico, embora também possa apoiar os doentes nesta situação, se a unidade de cuidados intensivos cirúrgicos se encontrar no limite de resposta.

Na atualidade do estágio, vive-se a situação pandémica, com obrigações de restrições comunitárias para controle epidemiológico, tendo a organização e gestão do serviço criado espaço segmentar de isolamento “espaço tampão” onde a pessoa em situação crítica (doentes emergentes e urgentes) é testada para diagnóstico de infeção pelo Vírus Sars-Cov-2 (responsável pela doença COVID-19), e se revelar infeção, reitera o circuito normal do doente na unidade. Na atualidade a UNICOR destina-se ao atendimento de doentes não portadores de doença COVID-19. A solução de rastreabilidade referida, foi considerada como medida funcional, com intuito de prevenir que doentes infetados e não infetados se juntem na unidade limpa de COVID-19. O contrário seria uma perturbação comprometedora na segurança enquanto qualidade do serviço, que se promove criteriosamente na era pandémica que se vive.

A UNICOR está integrada no serviço de cardiologia de adultos de um Centro Hospitalar de Lisboa, com apoio em cirurgia geral, diferenciado em nefrologia e cardiologia, sendo um hospital de referência nacional nestas especialidades, ao nível de transplantação e outros tratamentos. A UNICOR é uma unidade de cuidados intensivos com seis vagas (uma com estrutura adequada a isolamento, usualmente utilizada para os casos de doentes que necessitem de isolamento profilático pós transplantação ou infetados, mas com infeção não por Sars-Cov-2). A somar a estas seis vagas, existem mais duas vagas na extensão segmentar, habitualmente designada por UNICOR Júnior, destinada a internamento de adolescentes, mas que na atual situação pandémica funciona, como referido anteriormente, para apoio na rastreabilidade dos doentes infetados por SAR-Cov-2.

As oito vagas / “sub-unidades” do doente estão devidamente equipadas, para dar apoio clínico tecnológico à pessoa em situação clínica crítica, com apoios de rampas com oxigénio, ar comprimido, vácuo de alta e baixa pressão, ventilação invasiva, ventilação não invasiva, monitorização (eletrocardiograma, ecocardiograma, pressão arterial invasiva por linha arterial e não invasiva,

pressão venosa central, capnografia, atividade eletroencefálica (BIS-espectral), temperatura invasiva e não invasiva), assistência ventricular externa, pacemaker provisório, assistência cardíaca por balão intra-aórtico, radiografia, hemodiafiltração contínua (Prismaflex), água tratada para tratamento de hemodiálise, e uma central de vigilância e monitorização localizada no centro da unidade, com capacidade de visualização ocular direta das pessoas internadas.

Na data que desenvolvi o estágio, devido à situação pandémica Covid-19, as visitas às pessoas internadas encontravam-se restringidas, salvo em casos específicos avaliados e discutidos em equipa para a efetivação das mesmas. No entanto, a equipa mostrava-se deveras sensibilizada e com respeito pelo direito às visitas por familiares, assistindo as pessoas internadas e famílias nos recursos digitais, de forma a manterem os contactos e os vínculos afetivos com as famílias e outras pessoas significativas.

No hospital, existem ainda apoios de outros meios complementares de diagnóstico, serviço de hemodinâmica e bloco operatório, que fornecem apoio à UNICOR e esta, aos referidos serviços, no caso de a situação clínica da pessoa evoluir para estado clínico crítico a necessitar de intervenção hemodinâmica e/ou cirúrgica.

A equipa de enfermagem que integra a UNICOR é heterogénea e equilibrada, entre enfermeiros sénior / peritos e os enfermeiros recentemente admitidos / em estágio de iniciado a iniciado avançado. Verifica-se a existência de três enfermeiros com mestrado em enfermagem médico cirúrgica, a enfermeira chefe e outros dois enfermeiros. São estes dois enfermeiros especialistas (que não a enfermeira chefe) que realizam a globalidade das integrações no serviço. A destacar, verifica-se o cuidado de se manterem assegurados os requisitos de dotação quantitativa e qualitativa em cada turno, como estabelece o parecer da Ordem dos Enfermeiros N°15/2008 (mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica). Refletindo, esta análise assenta nos domínios da qualidade e segurança das intervenções de enfermagem.

Direcionando agora, a reflexão e análise para o desenvolvimento profissional de competências especializadas, considero que o desenvolvimento dessas competências, se concretiza através da intervenção movida pela intencionalidade e evidência científica. Sistematizando este processo, na concetualização de Benner (2001), trata-se de um “saber-saber”, “saber-fazer” “saber-ser” e “saber-estar” num estágio evolutivo assertivo, movido por intencionalidade que permite ao enfermeiro, quando diagnostica determinada situação, agir, mediando qualitativamente a melhor intervenção no interesse da pessoa, bem como a idoneidade científica e ética.

O enfermeiro de cuidados gerais pode diferir do enfermeiro especialista nesta latitude da qualidade profissional e dos resultados obtidos da mesma. Na especialização, desenvolver é acrescentar e melhorar na direção da competência, proficiência / perícia rumo à excelência profissional.

Fundamentalmente consegue-se desenhar um caminho de rumo à excelência, através de formação académica avançada, experiências e do treino teórico-prático, tendo por base o conjunto de competências gerais, em maturação para se tornar evoluídas e especializadas.

Aferindo o meu estágio profissional enquanto enfermeiro de cuidados gerais, no entender da conceção de Benner (2001), enquadra-se no nível de perito na minha área profissional em ortotraumatologia. É com base nestas competências de cuidados gerais adquiridas, em contexto de trabalho e com base nas competências especializadas desenvolvidas no estágio anterior, em contexto de urgência, que em contexto de cuidados intensivos, desenvolvi competências de enfermagem especializadas, na intervenção junto da pessoa em situação crítica nos cuidados intensivos cardíacos. É vital para adequação dos cuidados em âmbito de unidade de cuidados intensivos, intervir precocemente, antever, através de conhecimentos e experiência profissional, a necessidade de agir ou intervir de determinada forma, prevenindo ou retardando complicações, que possam agravar o estado clínico da pessoa em situação crítica.

Pessoa em situação crítica, traduz na prática clínica, pessoa com falência orgânica ou multiorgânica, que necessita de uma intervenção de avaliação (monitorização e vigilância) e adequação terapêutica, através de técnicas de suporte fisiológico orgânico e administrações terapêuticas diferenciadas, que só numa unidade de medicina ou cuidados intensivos se consegue desenvolver, no sentido da qualidade e segurança da pessoa em situação clínica crítica. Na UNICOR, o centro da orientação clínica encontra-se dirigido aos cuidados à pessoa com falência cardiorrespiratória, essencialmente vítima de enfarte agudo miocárdio (EAM); transplante cardíaco; insuficiência cardíaca aguda e crónica, insuficiência valvular aórtica, insuficiência ventricular, disritmias, com necessidade de vigilância e controlo fisiológico pós-paragem cardiorrespiratório e controlo dirigido de temperatura, insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório invasivo e não invasivo (VNI), entre outras, sendo as referidas as mais frequentes.

Em momentos ocasionais naquela unidade, são prestados cuidados a pessoas com falência renal e ainda com acidente vascular cerebral isquémico (AVC isquémico). Surgiram experiências neste âmbito, no decorrer do estágio, aumentando o volume de experiências clínicas em cuidados de enfermagem junto da pessoa em situação crítica, com patologia cardiopulmonar, neurológica e renal. Embora a UNICOR não seja um centro de referência de oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO), que é uma técnica de suporte de vida extracorporeal em pessoas com falência cardíaca ou pulmonar, ocasionalmente naquela unidade intervêm com ECMO, em doentes que serão terapeuticamente favorecidos, embora neste período de estágio não tenham surgido situações de implementação, continuando apenas em mente, os conhecimentos teóricos lecionados no curso de mestrado.

As experiências clínicas e técnicas despoletaram a necessidade do desenvolvimento de um estudo assíduo e sincronizado às experiências clínicas, de forma a compreender os processos fisiopatológicos e adequação terapêutica, bem como cuidados de enfermagem interdependentes e independentes a desenvolver junto das pessoas a quem prestei cuidados. Foram experiências e momentos aliciantes e fascinantes de aprendizagem, partilha e desenvolvimento de competências, que me fizeram crescer enquanto pessoa e enfermeiro.

A reflexão constituiu metodologicamente, uma mais valia, na medida em que auxiliou na construção deste relatório, bem como nas emoções sentidas neste percurso profissional e académico, sobretudo, no que confere à reflexão sobre o impacto do desenvolvimento de competências especializadas neste contexto de estágio.

Foram realizadas e escritas duas reflexões, uma no início do estágio aludida ao tema sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros no contexto de trabalho, e uma reflexão na fase final do estágio, sobre a inclusão na equipa como estratégia de desenvolvimento de competências no contexto de trabalho.

As reflexões permitiram conceptualizar que a envolvimento técnico e não técnico, isto é, a intervenção de enfermagem técnica avançada e a componente ético-humana e relacional, constituem dois eixos estruturantes fundidos, que na globalidade considero que a equipa de enfermagem da UNICOR valoriza e integra, desenvolvendo uma intervenção ao nível dos cuidados de enfermagem com competência, qualidade e segurança. Este nível, exige compromisso entre os enfermeiros, na promoção dos padrões de qualidade e adequações éticas e humanas, bem como intervenção baseada em evidência científica. Constatar que este contexto evoluído, com rigor, competência, qualidade e segurança, foi para mim, de extrema positividade. Foi uma vantagem, interagir com uma equipa que zela pelos padrões de qualidade e equilibrada na idoneidade do “*habitus*” de trabalho; uma unidade com qualidade e excelência, como é consignada e certificada formalmente pelo Ministério da Saúde.

Habitualmente, o internamento das pessoas na unidade de cuidados intensivos é por um período transitório e constitui um processo terapêutico para a maioria dos doentes, não sendo necessariamente o fim da linha terapêutica. Felizmente o índice de recuperação é significativamente positivo. Há investimento da equipa, na procura da qualidade e segurança dos cuidados em enfermagem.

Verifica-se nesse processo, que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, são profícuos no alavancar da motivação da equipa, na pesquisa e adequação terapêutica nas linhas orientadoras da evidência científica. A salientar neste âmbito, verifiquei que nos momentos de menor fluxo de trabalho, existe a procura ativa entre a equipa, da realização de conversas informais em

modo de “*briefing*” e “*debriefing*” de situações clínicas que exigiram intervenção avançada multiprofissional, de modo a poderem melhorar a performance individual e em equipa. Este efeito formativo, pode ter consequências decisivas na evolução e no prognóstico das pessoas internadas na unidade. São no fundo recursos e estruturas intrínsecas de uma equipa consciente da sua qualidade e segurança, na procura da otimização da competência e perícia, no sentido motor da excelência dos cuidados de enfermagem. Este âmbito, é também um dos resultados traduzidos pela scoping review apresentada no capítulo I, sobre os efeitos da prática simulada no desenvolvimento de competências nas intervenções dirigidas à pessoa em situação crítica.

No objetivo geral para este estágio, considere o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família.

No início do estágio, mediante o contacto real com o contexto da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos, e com todo o construto de objetivos, planos e metas alcançar referidos anteriormente, a emoção e a ansia sentida, não sei se posso comparar desta forma, mas arrisco fazê-lo, metaforicamente, no início deste estágio, senti-me como um “astronauta” que foi pela primeira vez enviado para o espaço. Sabia teoricamente, no desenho, como era o espaço e o que lá fazer, mas era a primeira vez que o via, sentia e agia, na realidade contextual de cuidados intensivos, e que como seria o implementar das intervenções de enfermagem, preconizando o sucesso, qualidade e segurança das mesmas.

Ser enfermeiro em cuidados intensivos:

É uma conquista a cada minuto; uma descoberta contínua alimentada pela perspicácia que se tem e que se aprende; um ambiente que atordoia familiares e doentes ... no meio de tantos fios e cabos e tecnologia; um sentimento de vitória quando ajudamos na recuperação, na orientação espaço-temporal de alguém que acorda de um sono/pesadelo; um sentimento de derrota quando sentimos a pessoa “fugir” de cada cuidado, de cada fármaco, de cada intervenção; ter muito conhecimento e estar sempre atualizada para manter a excelência dos cuidados que presta, no saber - ser/estar, saber-fazer e no saber - saber! (Sílvia e Lage, 2010, p. 07).

Uma adequação aquela realidade, transformou este grande objetivo em dois objetivos específicos, enquadrados no desenvolvimento de competências, qualidade e segurança neste contexto clínico inovador, que são:

- objetivo específico 1: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos cardíacos (UNICOR);

- objetivo específico 2: contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos cardíacos (UNICOR), no âmbito da formação da prática simulada na intervenção à pessoa em situação crítica.

No estágio na UNICOR, a receptividade pela equipa foi excepcional e motivadora. O estágio teve início com uma reunião no dia de apresentação no local de estágio, que se revelou fundamental para o enquadramento da cooperação que a equipa poderia fornecer, bem como, enunciar a minha projeção de desempenho no âmbito da realidade do contexto apresentado.

Foi possível perceber que a equipa valoriza a realização de estudos e implementação de resultados da evidência científica e como o enfermeiro tutor é formador sénior, certificado, para formador em cursos de suporte básico de vida (SBV), suporte avançado de vida (SAV) e suporte imediato de vida (SIV), numa altura em que se vive a situação pandémica pelo vírus Sars-Cov-2 e em que a formação formal em serviço diminuiu, devido ao aumento de trabalho e pelas próprias restrições de controlo da pandemia COVID-19, como forma de promover aproximação da equipa à importância da formação (que o enfermeiro tutor e enfermeira chefe, avaliaram estar em risco de se deteriorar, face ao apanágio e *core* habitual), considerou-se vantajoso, promover “*in situ*” sempre que possível, o treino simulado. Foi neste âmbito, que dando também cumprimento ao objetivo específico delineado para o estágio: contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos cardíacos (UNICOR), no âmbito da formação da prática simulada na intervenção à pessoa em situação crítica, propus a realização de sessões formativas à equipa, mostrando a importância do desenvolvimento de competências dos enfermeiros junto da pessoa em situação crítica, através da prática simulada, cujo tema foi estudado e apresentado no capítulo I deste relatório.

As sessões formativas apresentadas, foram similares e adaptadas daquela que foi apresentada no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (ver apêndice I). Um suporte formativo, foi elaborado em formato PowerPoint, adaptado à realidade formativa pretendida com o intuito de sedimentar a importância da prática simulada no desenvolvimento de competências de intervenção em enfermagem junto da pessoa em situação crítica na UNICOR. O suporte em formato PowerPoint da sessão formativa é apresentado no apêndice III.

Este objetivo e as atividades formativas referidas, visavam o desenvolvimento dos domínios da competência, qualidade e segurança, como preconizado na minha forma de estar em contexto de estágio. Tiveram por base a promoção de uma prática segura na prevenção de incidentes relacionados com a pessoa em situação crítica. Foram realizados quatro momentos formativos, no início e no final das passagens de turno, de modo a abranger o maior número de enfermeiros e também, se assim o entendessem, seriam duas oportunidades de assistirem à mesma formação.

Constatou-se que o conteúdo da formação foi exposto a trinta e sete enfermeiros, correspondente a

Nuno Fernandes

aproximadamente 75% da equipa, sendo que, a globalidade dos enfermeiros em estádios iniciais de profissão (iniciados e iniciados avançados) assistiram. Este efeito, era um dos principais fundamentos deste contributo no desenvolvimento profissional na intervenção à pessoa em situação crítica, e que motivou também a necessidade desta atividade.

Avaliando a formação, nas questões colocadas no final das apresentações, o sucesso das respostas foi elevado. Na avaliação da qualidade da minha apresentação na qualidade de formador, pela análise da descrição da qualidade da formação em prol das expectativas e dos resultados, descritos nos instrumentos de avaliação pelos formandos, verifiquei que a globalidade da classificação registou-se no nível muito bom (numa escala de insatisfatório a muito bom) bem como, todos expressaram o agradecimento pela disponibilização da mesma no serviço para consulta.

Com base neste cumprimento, no sucesso verificado no resultado e nos indicadores definidos pela OE (regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), posso validar que consegui demonstrar as seguintes competências especializadas:

- Desenvolve práticas clínicas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;
- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

O estágio na UNICOR foi predominantemente um percurso profissional com espírito crítico e de responsabilidade em todos os níveis: científico, técnico, ético e relacional, que exigiu a minha reorganização cognitiva na assimilação e acomodação de um mundo científico de saberes teórico-práticos diferenciados no contexto clínico da pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos cardíacos. Foi crucial esta absorção profissional, na otimização da congruência ente a auto e a heteroperceção, mediante o reconhecimento dos meus recursos e limites pessoais e profissionais e planear o estágio em prol da superação, desenvolvimento e capacidades de acrescentar o que necessitava.

Neste processo evolutivo, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi aquele que mais se redimensionou na amplitude profissional, tanto na minha singularidade, como em orgânica com a equipa multidisciplinar da UNICOR.

A unidade de cuidados intensivos é um contexto profissional, com inúmeros recursos tecnológicos, técnicas diferenciadas e avançadas antes por mim nunca experienciadas, que requeriam um nível de conhecimento, técnica e perícia, além da minha competência no início do estágio. Foi neste sentido que senti a necessidade imperiosa de rever teorias e conhecimentos teórico-práticos no âmbito de

cuidados técnicos e não técnicos diferenciados na pessoa em situação crítica, proferido por estudo em manuais e em artigos científicos, em consulta digital e manuais de saúde existentes na biblioteca do hospital, protocolos do serviço, assim como, a translação do conhecimento da teoria adquirida nas unidades curriculares do mestrado, momentos de formação formal e informal e mobilização de questões e conhecimentos teórico-práticos diferenciados com o enfermeiro tutor, outros enfermeiros peritos e médicos da equipa. Foi um modo sistematizado de conseguir otimizar a congruência entre a capacidade do meu autoconhecimento e o reconhecimento da minha capacidade qualitativa e segura de intervir, no plano a ser implementado ou já instituído de cuidados à pessoa em situação crítica com doença cardíaca. Como referido anteriormente na apresentação do referencial teórico, foram momentos que permitiram mobilizar o Modelo de Eficácia do Papel de Enfermagem na promoção da autonomia para o alcance dos resultados da pessoa em situação crítica.

As experiências foram graduais, para o desenvolvimento de competências e segurança na intervenção à pessoa em situação crítica com patologia cardíaca. A primeira situação clínica que experienciei e executei intervenção dirigida à pessoa no contexto clínico crítico, trata-se de um adulto do sexo masculino com 44 anos de idade, que sofreu Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra ST, contextualizando:

- admitido na unidade após ter sido socorrido pela equipa do instituto nacional de emergência médica na rua em paragem cardiorrespiratória (PCR);
- antecedentes de risco cardiovascular: fumador (vinte cigarros/dia) sem outros antecedentes de saúde conhecidos, sentiu dor precordial com irradiação para o ombro esquerdo enquanto praticava desporto livre, tendo ele próprio telefonado 112 e perdido estado de consciência nessa chamada telefónica;
- foi encontrado em PCR (ritmo fibrilhação ventricular), reanimado com sucesso, instituída ventilação mecânica invasiva em modo pressão controlada. Tempo estimado em PCR quatro minutos;
- submetido no serviço de hemodinâmica do hospital a cateterismo com angioplastia. Resultado: duas obstruções das artérias coronárias (um na circunflexa que foi desobstruída e outra lesão na coronária direita também desobstruída e implante de stent anti-proliferativo). Foi encaminhado para a UNICOR para vigilância e tratamento da síndrome pós PCR (SPPCR) e controlo dirigido de temperatura;

A Paragem Córdio-Respiratória (PCR) de etiologia cardíaca, que ocorre fora do ambiente hospitalar, é uma das principais causas de morte em países desenvolvidos e mesmo após uma reanimação bem-sucedida continua a ser responsável por uma elevada mortalidade e morbilidade. A rápida atuação

perante a PCR vai determinar substancialmente o prognóstico do doente, no entanto é igualmente importante atuar após a reanimação cardíaca para evitar as lesões que ocorrem durante a Síndrome Pós-Paragem Cárdio-Respiratória (SPPCR). (Correia, 2017, p.05).

O controlo dirigido da temperatura é uma das opções terapêuticas que a evidência científica releva como prática idoneamente aconselhada na situação de SPPCR para evitar as lesões que ocorrem durante PCR, dado que procura minimizar a lesão cerebral pós-PCR. Em 2003 a hipotermia foi pela primeira vez recomendada pela International Liaison Committee on Resuscitation por ter demonstrado uma diminuição da mortalidade e por ser neuroprotectora. Contudo em 2013 novos estudos vieram colocar em causa a recomendação anteriormente proposta, sugerindo que não haverá benefício em diminuir a temperatura e que apenas se deverá controlar a temperatura com o propósito de evitar estados de hipertermia, que estão associados a um agravamento do prognóstico. (Correia, 2017, p.05)

Neste processo de vigilância para controlo da monotermia está indicado pela evidência o termómetro esofágico, como dispositivo médico de eleição. Não obstante, um estudo mostrou que o termómetro timpânico apresentou resultados confiáveis, embora tenha refletido temperaturas mais baixas que o termómetro esofágico (Poveda et al, 2016).

O caso clínico referido, retrata a pessoa em situação crítica cardíaca, que cursou a interação e mobilização de competências na vigilância hemodinâmica, nomeadamente, na monitorização e interpretação de traçado elétrico cardíaco, pressão venosa central, pressão arterial invasiva por linha arterial e não invasiva, temperatura central por termómetro esofágico, capnografia pelo capnógrafo conectado a tubo endotraqueal, saturação de oxigénio periférico; vigilância de sedo-analgésia pela escala comportamental da dor e Índice Bispectral (BIS); demonstrei capacidade na utilização de orientações e protocolos terapêuticos de suporte aminérgico (com administração de noradrenalina) e sedo-analgésia (com administração de remifentanilo e propofol), bem como na interpretação e adequação terapêutica face aos resultados de parâmetros analíticos gasimétricos e bioquímicos (evolução de troponinas após EAM); adequei a ventilação mecânica invasiva à adaptação da pessoa em situação crítica e promovi aspiração de secreção em circuito fechado.

Garanti correta monitorização do balanço hídrico horário e consequente adequação de intervenções face aos resultados.

Os cuidados de enfermagem implícitos nas intervenções de foro essencialmente técnico referidas permitiram a translação do conhecimento lecionado nas unidades curriculares enfermagem médico-cirúrgica I e II, bem como patologia e terapêutica no curso de mestrado, e outras formas anteriormente referidas de aprimorar o domínio técnico, que levou ao desenvolvimento de competências técnicas. Depois de treino, consegui obter o nível de autonomia e desempenho responsável no sucesso da

execução das intervenções técnicas avançadas, para qualificação no domínio ao nível da prática clínica, dado que eram técnicas ausentes na minha habitual esfera profissional.

No espectro dos cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em situação crítica em análise, além desta dimensão essencial do domínio teórico-prático dos cuidados técnicos, a intervenção dirigida com cuidados não técnicos complementa ecleticamente a competência, qualidade e segurança que a enfermagem especializada intervém. Esta, requer que o enfermeiro recrute na sua intervenção face à situação clínica que tem em mãos, a intencionalidade do que é essencial para a pessoa em situação crítica, satisfazendo as suas necessidades físicas e psicossociais, respeito pela sua dignidade enquanto pessoa, alicerçadas nos princípios éticos e deontologia da enfermagem. Realizei cuidados de higiene e outras intervenções de promoção da integridade cutânea (massagem com creme hidratante, posicionamentos vigilância e alívio da pressão dos tecidos). Promovi cuidados de conforto, também através do controlo de sedo-analgésia e dos modos de ventilação mecânica invasiva (pressão controlada a pressão assistida) na melhor adequação do ventilador às necessidades ventilatórias e equilíbrio gasométrico da pessoa. Promovi a privacidade da pessoa, diminuindo ao máximo a exposição corporal e reserva de exposição na unidade, em todos os cuidados.

Na análise da situação clínica exposta e gestão dos cuidados de enfermagem, denotei a importância do facto da pessoa ter como antecedentes de risco hábitos tabágicos e que seria fisiologicamente relevante colmatar os efeitos da abstinência de nicotina pela cessação tabágica, bem como, perceber o círculo familiar, que não tinham provavelmente conhecimento da realidade de saúde da pessoa que estava sob o meu cuidado.

Com intencionalidade de prevenir que a abstinência de nicotina pudesse interferir na estabilidade hemodinâmica, em que a pessoa se encontrava após a reanimação cardíaca no tratamento dirigido à síndrome pós-paragem cardiorrespiratória, contactei o médico responsável, no sentido de considerar o ajuste terapêutico da pessoa, a este nível, que foi realizado e implementada terapêutica de substituição por via transdérmica.

Na avaliação da necessidade de perceber se a família estava a par da situação, foi também agilizado com apoio do enfermeiro tutor e médico, a procura do contacto familiar, que se encontrava na região posterior do seu telemóvel, e em equipa foi realizado o contacto com a esposa, para melhor esclarecimento da informação de saúde do doente. A situação foi complexa. A esposa ao fim de mais de oito horas pensando que o doente estaria a trabalhar, tomou conhecimento por nós da situação de saúde do doente. Considerei que esta etapa era importante, pois as situações exigem a nossa transposição ao contexto do Outro. As nossas atitudes nos cuidados fornecem a essência que a

enfermagem mostra na conduta antecipatória que dignifica a pessoa e a sua família. Mediante o conhecimento da situação pela esposa, foi permitida a visita desta ao doente, tendo-se conseguido na visita, explicar melhor e presencialmente, a situação dos cuidados e completar avaliação inicial de enfermagem, momento em que se conheceu a história de fatores de risco anteriormente referidos e intervir como referido anteriormente.

A situação de estabilidade hemodinâmica, a recuperação de cinesia e função sistólica ventricular esquerda, restabeleceu-se gradualmente, tendo-se procedido ao processo de extubação e iniciado a recuperação em modo de reabilitação cardíaca na UNICOR.

O processo de comunicação, a assertividade e a intencionalidade dos cuidados ao doente, foram sedimentando a estrutura e força da relação terapêutica ao longo do seu internamento na UNICOR, que permitiu a implementação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes fases terapêuticas da pessoa em situação crítica com patologia cardíaca, desde as mais invasivas e desconfortáveis nas fases agudas, às de estabilização e reabilitação até momento da alta da UNICOR para a enfermaria. Neste segmento de cuidados, foram-se ajustando também intervenções de apoio emocional e enfatizando a importância de aceitar ajuda terapêutica e clínica na cessação tabágica, bem como na realização de ensinamentos sobre os cuidados a ter no domicílio após a alta. Este ponto último, os ensinamentos, foram realizados de forma gradual, com cuidado redobrado no respeito nos ensinamentos que envolviam o foro íntimo do doente. Existem no serviço folhetos informativos sobre os cuidados após EAM, relacionados com: a promoção na adesão ao regime terapêutico, alimentação, fatores de risco e adequações de estilos de vida saudáveis e sobre as implicações ao nível da atividade sexual. Santos (2011) neste domínio, refere que:

[...] as dúvidas sobre a segurança da atividade sexual num doente com cardiopatia isquémica são frequentemente comuns [...]. a abordagem da atividade sexual tem permanecido algo deficitária, quer em consultas de rotina quer no dia da alta hospitalar após um evento cardiovascular, o que tem precipitado uma crescente insegurança e desinformação [...] Tal foi fruto de um tabu transgeracional associado à sexualidade [...] (p. 541).

Os ensinamentos foram realizados conforme estabilização do doente ao longo do internamento na UNICOR. Promovi abertura para esclarecimento das questões que lhe aprofundassem. Pela privacidade e sensibilidade que os temas de atividades mais íntimas representavam para o doente, foi fundamental desenvolver confiança para se sentir manifestamente capaz de expor claramente as suas inquietações, dúvidas e anseios que o perturbam, ao nível da atividade sexual. “A atividade sexual constitui um aspeto importante do bem-estar biopsicossocial do indivíduo e, naturalmente, também o

será para um doente com doença coronária” (Santos, 2011, p. 545). Promovi espaço para esclarecimento de questões, na presença também da esposa, o qual considerou como mais valia, para o seu bem-estar e bem-estar do casal no futuro. O medo ou receio da sexualidade alterada após EAM, prende-se diretamente com alteração à funcionalidade sexual ou à capacidade para expressar a sexualidade. Este facto tem repercussões na alteração da imagem corporal, ao nível do autoconceito e influencia negativamente a autoestima da pessoa e a perceção de si próprio, manifestamente com sentimentos de angústia, vergonha, medo ou impotência perante a sexualidade (Cardoso, 2003).

A prevenção do abandono da terapêutica (beta-bloqueante, bloqueadora dos canais de cálcio entre outras sobretudo de efeito vasomotor), relaciona-se com os efeitos adversos que podem interferir ao nível da disfunção sexual, motivo relatado pela equipa da UNICOR como responsável por recidiva de enfarte do miocárdio no adulto. Daqui a clarividente necessidade de realizar uma intervenção cuidada ao nível deste esclarecimento. Santos (2011) analisa *que*:

[...] o impacto da cardiopatia isquémica na atividade sexual é compreendido pela diminuição da autoestima e pelos efeitos laterais da farmacoterapia. O aconselhamento constitui importante parte da terapêutica não-farmacológica. Se desadequado, pode ser iatrogénico. Constituindo a sexualidade uma artéria de suprimento afetivo num casal, um aconselhamento inseguro foi o trigger de um processo bloqueador deste suprimento e, assim, de um enfarte da relação conjugal. Uma trombólise foi realizada para eliminar o trombo de receios. A revascularização foi conseguida posteriormente, intervindo-se no casal com a doença afetiva coronária (p. 541).

Os ensinamentos foram realizados de acordo com as limitações clínicas aconselhadas na sua situação específica, num primeiro momento ao doente individualmente e em outro dia na presença da sua esposa, englobando também os outros ensinamentos já referidos. Em modo de avaliação da compressão dos ensinamentos e questões que gostassem de esclarecer melhor, o doente e esposa, mostraram-se esclarecidos. Neste quadro foi assegurada a confidencialidade e a privacidade tanto ao nível da colheita e registo de informação, bem como nos cuidados de ensinamentos, sobre cuidados a terem após alta, de forma a que sentissem privacidade e segurança na comunicação e exposição de dúvidas ou situações de inquietação e desconforto.

A descrição exposta, revela o primeiro contacto com a pessoa em situação crítica, a carecer de cuidados de enfermagem técnicos e não técnicos, diferenciados e especializados, que para mim significou o desenvolvimento de competências até então menos experienciadas. Neste quadro de intervenções e desenvolvimento profissional e com base nos indicadores definidas pela OE

(regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e regulamento OE n.º 429/2018 de 16 de julho) verifico ter conseguido no âmbito das competências especializadas garantir um ambiente terapêutico e seguro; gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da minha equipa e a articulação na equipa de saúde; desenvolver autoconhecimento e assertividade; basear a minha praxis clínica especializada em evidência científica, o que determinou cuidar da pessoa e família a vivenciar processos de doença crítica e /ou falência orgânica.

As experiências ricas que tive o privilégio de poder profissionalmente viver no estágio na UNICOR, conduziram ao aperfeiçoamento das competências já existentes, mas adaptadas a outras realidades e contextos clínicos do meu enquadramento profissional (pessoa internada em contexto de medicina e ortotraumatologia). Nesta nova etapa, com adequação e melhoria da capacidade análise em todos os níveis : autonomia no espaço e gestão do tempo; capacidade em mobilizar os meus conhecimentos existentes e outros desenvolvidos, bem como estratégias para a partilha de conhecimentos, soluções e perspetivas clínicas em enfermagem para resolução de problemas da pessoa em situação crítica e família, sentia que o estágio na UNICOR se estava a tornar uma esfera de imensa de partilha de conhecimento e aprendizagem agradável, promotor de mais enfermagem na minha identidade profissional, ou seja, um performance profissional com maior planeamento, mais ponderado e refletido antes e após intervir. No fundo, englobar e compreender que o que move o plano de cuidados passa muito pela intencionalidade científica, ética e humana com que nos preocupamos com a pessoa e família de quem cuidamos.

O enfermeiro especialista analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para as pessoas que cuida, numa prática clínica de respeito pelos direitos humanos e deontologia profissional. Existiram situações diversas no estágio, onde este domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi desenvolvido. É certo, que na minha prática clínica quotidiana, valorizo e considero inevitavelmente esta envolvência, nas situações de trabalho, no entanto com as experiências, a forma da perceção sobre as situações altera-se, a capacidade de análise e interpretação da envolvência da pessoa em situação crítica e família, com o compromisso da minha intervenção, intenciona mais a promoção deste domínio na prestação de cuidados de enfermagem. Muito deste processo foi possível com este estágio, através do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família no contexto de estágio na unidade de cuidados intensivos cardíacos, como estabeleci nos objetivos para o estágio.

A população de doentes que a UNICOR atende, é multicultural, contemplando população portuguesa de distritos do interior e arquipélagos da Madeira e Açores, bem como de outras nacionalidades,

nomeadamente Cabo-Verde, São Tomé e Príncipe, entre outras nacionalidades. Prestar cuidados culturalmente sensíveis, era basilar. Deontologicamente era imperial respeitar os valores, costumes, crenças e ideologias das pessoas que cuidei no período pós-operatório, após terem sido submetidos a transplante cardíaco (pessoas provenientes do arquipélago dos Açores e de outras nacionalidades como Cabo Verde), onde adequação de cuidados culturalmente e espiritualmente sensíveis, ainda se refina mais, pela procura da perceção das próprias peculiaridades, naturais às culturas e valorizações espirituais. Como reflete Caldeira (2002) “o Homem é, pois, mais do que a soma da sua dimensão física, psicológica, social e espiritual. [...] cuidar do Homem exige dos enfermeiros o olhar atento à multidimensionalidade humana, prestando somente desta forma cuidados individualizados e holísticos” (p.17).

A reabilitação cardíaca era o plano instituído, nestes casos experienciados de pessoas após transplantação, mas estava em dificuldade pela rejeição aguda, que se tentava contornar terapêuticamente, doseando a toxicidade e ajustando a dose terapêutica dos imunossuppressores, bem como a reabilitação respiratória, com necessidades ocasionais de ventilação não invasiva (VNI). A obtenção da aceitação e colaboração da pessoa no plano de cuidados é fundamental, para a qualidade dos resultados dos cuidados. Nesta direção, os cuidados de enfermagem culturalmente e espiritualmente sensíveis, promovem a envolvência da pessoa no seu cuidado, bem como, intencionam o respeito pelos valores e dimensão cultural do outro, para humanização dos cuidados. Deve ressaltar esta conjectura pelas vantagens referidas, mas também, não a tornar demasiado divergente ao plano de cuidados instituído, em prol de não descurar o rigor científico do plano terapêutico. Além dos cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis, Caldeira (2002) valoriza importância de se aumentar a esfera da espiritualidade nos cuidados de enfermagem, considerando que, cuidados espiritualmente sensíveis podem alavancar melhores resultados. Considera que a dimensão espiritual é “[...] aquela que promove bem-estar, paz interior e serenidade, compaixão, responsabilidade pelos outros, num sentido profundo de gratidão e reconhecimento das relações humanas como experiências significativas e enriquecedoras” (p.19).

Neste campo de intervenção, a relação terapêutica, a linguagem e discurso na explicação de acordo com o seu grau de entendimento, a disponibilização de tempo para adequar-se e aceitar o melhor cuidado, a negociação e o consentimento informado, foram ferramentas aplicadas nestas experiências profissionais no contexto de estágio, que acrescentaram na minha estrutura profissional a importância de garantir uma prática de cuidados que respeitem a dignidade humana. Foi deste modo, possível desenvolver esta competência comum do enfermeiro especialista integrada no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais regulamento (regulamento OE n.º 140/2019

de 6 de fevereiro). Aqui, a vontade profissional e pessoal é o motor basilar de fazer o melhor que podemos, sabemos e que acreditamos que vamos conseguir levar à melhor ação e aceitação na pessoa e família que cuidamos.

No foro do desenvolvimento da competência referida anteriormente, favoreci o contacto entre as pessoas em situação crítica e as suas famílias, ao agilizar assistência das pessoas com dificuldades na adequação a tecnologias digitais. Nas situações em que não existia aquela possibilidade, em prol do bem-estar da pessoa internada e família, realizei contacto telefónico com as famílias das pessoas que cuidei, no sentido de manter acompanhamento e informação sobre a pessoa em situação crítica internada na UNICOR, dentro dos limites deontológicos e legais. Denoto, que na globalidade, os enfermeiros da UNICOR mostravam-se sensíveis e pró-ativos nesta intervenção, fazendo-a, mesmo às vezes com um fluxo de trabalho elevado, assumindo esta intervenção enquanto resposta a uma necessidade da pessoa em situação crítica internada na UNICOR. Noutra ponto de intervenção, mas ainda neste domínio profissional, dada a situação pandémica Covid-19 e supressão de visitas, em duas situações, em que foram fornecidas informações sobre a pessoa em estado crítico, por via telefónica, cujo prognóstico não seria de recuperação favorável e que se avizinhava desfecho nefasto, reconheci a expressão dos familiares em quererem despedir-se presencialmente. Foram duas situações, que em cooperação com o enfermeiro Tutor e tradição pela gestão do serviço, foram aceites e admitida a possibilidade de visitas durante a noite, uma às 01:30h e outra às 03:00h em dias e situações diferentes. Não há equivalência da emoção e espiritualidade destes momentos de extrema sensibilidade e únicos, decisivos da oportunidade do despedimento das famílias, com intuito de favorecer emocionalmente os seus processos de luto.

Serpa e Raposo (2016) referem que:

[...] o enfermeiro deve reunir esforços para integrar a família da pessoa na equipa de saúde, para que, como em sua casa, a morte seja um acontecimento familiar e de forma a tornar a ajuda mais efetiva. Mas, antes de ter os elementos da família como recurso, o enfermeiro terá que determinar se eles querem estar envolvidos. Para isso, o enfermeiro deverá criar as condições físicas necessárias para que a família possa permanecer junto do seu familiar, durante o tempo que desejar. [...] como enfermeiros teremos muito a “dar a ganhar” abrindo as “portas da morte”, e não renunciando ao apoio emocional e à relação humana com a família e com o doente em fase terminal, não permitindo que ele, qualquer que seja o seu estatuto social, a sua raça ou crença, morra sozinho e sem a assistência afetiva de que necessita (p.32).

A qualidade das intervenções de um enfermeiro especialista, com base na análise de literatura exposta nos pontos anteriores deste relatório, entendo que seja orientada para obtenção dos

melhores resultados, assente na reflexão e consciência do melhor interesse, melhor ganho em saúde da pessoa e família que cuida, sendo no contexto da pessoa em situação crítica, a intervenção não técnica basilar em todo este domínio da qualidade e otimização das intervenções, sejam elas para a cura física e/ou espiritual, reabilitação ou preparação para o equilíbrio emocional futuro, que promova a superação da transição e crise familiar vivida, ou que venha a favorecer processos de luto.

As intervenções promotoras da qualidade, são colossais no campo de intervenção da enfermagem, e ainda mais se percebe num contexto diferenciado como os cuidados intensivos, onde a atividade profissional é elevada, e muitas vezes, a ajuda de profissionais em estágio, pode ser a ponte que as equipas precisam, numa partilha de sensibilidades, conhecimentos, estudos e orientações atualizadas na evidencia científica, que pode melhorar a qualidade da prática profissional. Foi neste âmbito, que senti reconhecidos alguns contributos meus para a equipa, que até então me tinha ajudado a desenvolver profissionalmente, poder partilhar conhecimentos, técnicas e possíveis orientações nos cuidados de prevenção e tratamento de pessoas com feridas. O meu domínio é de expertise nesta área, e foi positivo poder partilhar e contribuir para melhores cuidados de enfermagem, também neste âmbito na UNICOR. Promovi também, junto da equipa, a importância do registo da escala de Braden já instituída. Estas intervenções profissionais no contexto de estágio, analisadas com base nos indicadores definidas pela OE (Regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), permitem concluir o desenvolvimento profissional da competência especializada, no domínio da melhoria contínua da qualidade, concretamente ao garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Esta competência sublima o contributo do enfermeiro especialista na colaboração, conceção e suporte de iniciativas de projetos institucionais na área da qualidade e participação na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional (Regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Ainda, no desenvolvimento da competência ante referida, outras partilhas no sentido de promover a incorporação da qualidade na prestação de cuidados, face à identificação de oportunidades da sua melhoria contínua, numa situação clínica que desconfortava a intervenção da equipa, face à agitação psico-motora, de um doente com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico da artéria cerebral média, incitei na equipa (através de avaliação partilhada do efeito favorável que essa ação teria na melhoria da intervenção de enfermagem com o enfermeiro tutor), a implementação da escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). Em suma uma ação avaliativa autónoma, facilitadora da intervenção de enfermagem independente e inter-dependente (apoio terapêutico médico), dirigida à pessoa em situação crítica com agitação psico-motora. Esta partilha, entusiasmos

um grupo de dois enfermeiros recém-admitidos na unidade a desenvolverem a sua implementação no serviço.

A avaliação do nível de consciência é um aspeto fundamental na prática clínica de todos dos profissionais, não sendo exceção na intervenção da pessoa em situação crítica. As escalas mais frequentemente utilizadas para avaliação do nível de consciência das pessoas internadas no contexto de unidade de cuidados intensivos, são a escala de Ramsay e a escala RASS. A minha proposta para a escala RASS, surge no sentido de considerar que a escala de Ramsay tem uma limitação, no seu ponto de classificação de ansioso ou violento, uma vez que classifica da mesma forma estas duas diferentes condições da pessoa em situação crítica, e a intervenção a direccionar face à pessoa ansiosa ou violenta têm peculiaridades terapêuticas diferentes, sendo uma limitação que não acontece com a utilização da escala RASS. Foi desta forma, que analisei em equipa a diferença de opção entre as duas, numa pesquisa breve efetuada com a equipa de enfermeiros que estava a fazer turno, com intuito de fomentar uma solução atualizada e potencialmente eficaz e eficiente, na melhoria da fragilidade qualitativa que naquele momento surgiu. Com a utilização da escala RASS, no momento face à situação clínica existente (doente agitado no âmbito patológico de AVC isquémico) foi possível adequar melhores cuidados à pessoa com agitação psicomotora, que tinha por base, estado de confusão mental, que predispunha a manifestações de comportamento agressivo, tendo com ajuda de intervenção medica e terapêutica, melhorado o conforto do mesmo.

Às experiências, intervenções, estudos e reflexões anteriormente referidos, existem pontes comuns no desenvolvimento da competência, qualidade e segurança. Os desenvolvimentos de um destes eixos potência o desenvolvimento dos outros, e na sua transversalidade, no contexto da prática clínica, estou convicto de que consegue a realização de uma prática profissional de excelência. As áreas mais relacionais, que estavam mais consistentes na minha estrutura profissional, foram alicerces para o desenvolvimento da competência mais técnica, mas também não técnica, assumidamente diferenciadas no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica.

Contempla no âmbito do objetivo definido para este estágio: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de unidade de cuidados intensivos cardíacos que na minha conduta profissional enquanto enfermeiro em especialização, neste contexto, integrando o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, bem como, demonstrei a capacidade de desenvolvimento de autoconhecimento. Esta é uma competência comum aos enfermeiros especialistas, estabelecida no regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, com uma dimensão globalizante a vários níveis da esfera interventiva do enfermeiro especialista, junto à pessoa em situação crítica e família. No desenvolvimento desta competência, foram imprescindíveis os

---

Nuno Fernandes

momentos de formação, o estudo para aprofundar conhecimentos, bem como a mobilização de questões e conhecimentos com o enfermeiro tutor, outros enfermeiros peritos e equipa médica, de modo a otimizar a congruência entre o saber e saber fazer, para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com doença cardíaca, cujo tratamento engloba procedimentos avançados em enfermagem, antes por mim nunca realizados, que requeriam um nível de conhecimento, técnica e perícia, que estava além da minha competência.

Necessitei rever as adequações terapêuticas e tecnológicas imprescindíveis para execução de cuidados técnicos de alta complexidade, imprescindíveis para manutenção do suporte de vida na pessoa em situação crítica nomeadamente: protocolos e intervenções nos diferentes tipos de enfartes agudos do miocárdio e condições específicas de cuidados aos doentes; protocolos e intervenções junto da pessoa com insuficiência cardíaca crónica agudizada; protocolos e intervenções junto da pessoa com disritmias menos frequentes e adequação terapêutica; intervenções junto da pessoa com estimulação antiarrítmica, ou seja, induzir taquicardia para corrigir disritmias; intervenções junto da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e aspiração de secreção em circuito fechado; intervenções junto da pessoa submetida a ventilação não invasiva; intervenções junto da pessoa com assistência ventricular externa como forma de assistência circulatória mecânica em situações clínicas de falência cardíaca aguda irreversível; intervenções junto da pessoa com suporte mecânico por balão intra-aórtico (BIA) em contexto clínico de choque cardiogénico; intervenções junto da pessoa com insuficiência renal aguda com necessidade de terapia de substituição renal contínua; intervenções junto da pessoa submetida a toracocentese, pericardiocentese por via subxifoidea ecoguiada e drenagens torácicas no âmbito do pós-operatório de cirurgia cárdio-torácica de reperfusão coronária – cirurgia “bypass coronário”;

Foi engrandecedora para o meu desenvolvimento profissional, a diversidade de experiências vividas no contexto de estágio, que possibilitaram a translação do conhecimento lecionado nas unidades curriculares médico-cirúrgica I e II, bem como patologia e terapêutica no curso de mestrado sobre o conteúdo da intervenção técnica referida.

Outras experiências, que contribuíram para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais em experiências reais, mediada na competência do enfermeiro especialista ao basear a sua prática clínica especializada em evidência científica, que o alicerça nos processos de tomada de decisão e implementação de intervenções com base em conhecimentos válidos, atualizados, pertinentes e ativo no agir concreto face às situações, considero ter desenvolvido, nas seguintes situações: em dois casos clínicos de pessoas em situação crítica, após EAM com Supra ST e submetidos a cateterismo, mas que a sua recuperação carecia de cirurgia de revascularização coronária (doença de três vasos coronários aguardar por cirurgia *by-pass* coronário). Diagnostiquei alterações eletrocardiográficas,

taquicardia ventricular polimórfica, com verificação de hipotensão e perda do estado de consciência, tendo de imediato atuado em conformidade às orientações protocoladas: desfibrilhação, obtendo a recuperação imediata hemodinâmica e recuperação do estado de consciência; Era frequente o diagnóstico da deterioração hemodinâmica, com sinais adrenérgicos, tendo despoletado a atuação em equipa sincronizada, clivando a evolução para paragem cardiorrespiratória, em múltiplas situações clínicas; Atuei sob pressão e geri os sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente nas situações de peri-paragem e paragem cardiorrespiratória, com qualidade e segurança, dotando de competência, nomeadamente em três situações clínicas na UNICOR e uma situação clínica no estágio de observação na hemodinâmica;

Demonstrei resposta com qualidade nas situações de reanimação, em diferentes papéis na equipa de reanimação, sendo que na globalidade o *team leader* era o médico ou o enfermeiro tutor, mas era reiterado em seguida, um momento de debriefing para análise da qualidade da intervenção técnica e não técnica, em reunião da equipa.

A possibilidade de ter realizado um turno na unidade de hemodinâmica, permitiu horizontalizar a perceção da complexidade da pessoa em situação crítica cardíaca, na mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas, nas situações clínicas experienciadas: valvuloplastias aórticas percutâneas (VAP), cateterismo de reperfusão coronária com colocação de stent (não emergente), ablação cardíaca por radiofrequência numa situação clínica de uma doente do arquipélago dos Açores com síndrome de Wolf-Parkinson-White. Situações clínicas que envolvem complexidades na estabilidade hemodinâmica, em algumas das situações, nomeadamente numa das VAP's que evoluiu para paragem cardiorrespiratória com necessidade de reanimação, com sucesso, o que levou ao discernimento e implementação de respostas de enfermagem apropriadas a estas complicações hemodinâmicas (hipotensão e taquidisritmias) com protocolos de terapêuticos complexos e inclusão de habilidades em suporte avançado de vida. Experiências estas, cruciais no complemento daquelas até então experienciadas.

Em outro momento, a título de estágio de observação participativa, foi possível experienciar num turno do estágio, as intervenções de enfermagem na unidade de hemodiálise, que sedimentou os conhecimentos lecionados no módulo de terapias de substituição renal, lecionadas na unidade curricular de Enfermagem Médico Cirúrgica II no mestrado.

Além do desenvolvimento das competências ante referidas do enfermeiro especialista, a competência relacionada com a prevenção e controlo de infeção, integra as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento OE n.º 429/2018 de 16 de julho). A pessoa em situação crítica encontra-se predominantemente, em múltiplos contextos de atuação, face à complexidade das

situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, exposta ao risco de infeção, pelo que é essencial uma intervenção de enfermagem com qualidade e segurança, capaz de responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

Nesta categorização, considero fulcral relacionar que o enfermeiro responsável de equipa ou de turno, no contexto de unidade de cuidados intensivos, importa para a competência, qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem desenvolvidos, que seja um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de preferência enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e família. Benner (2005) considera que “em situações graves, é necessária uma certa habilidade para o trabalho no seio da equipa [...]” (p.182). Nesta continuidade, é essencial que quem coordene e distribua a equipa de enfermeiros pelos doentes em situação crítica, face à carga ou sobrecarga de trabalho existente no momento ou previsível para o turno, seja realizada de forma segura, através da experiência e competência dos enfermeiros face à situação clínica dos doentes atribuídos. Para Benner (2002) os enfermeiros com experiência no estágio de peritos, são os que mais possuem a perceção e capacidade de avaliação na prática e antecipam os eventos adversos, podendo tomar medidas de precaução e evitar complicações, bem como, adequar a possibilidade de os enfermeiros, conseguirem promover uma prática promotora de qualidade ao nível da prevenção e controlo associado aos cuidados de enfermagem. Ponce (2015) a este nível, vem completar que:

O rácio enfermeiros por doentes na unidade de cuidados intensivos, varia desde 1:1 a 1:4 em distintas unidades, isto é o processo de distribuição do trabalho e atribuição de doentes “[...] deve ser regido criteriosamente em função do nível de cuidados e da gravidade dos doentes, havendo ferramentas para o efeito. Está cabalmente demonstrado que um número superior ao recomendado de doentes por enfermeiro aumenta o número de complicações e a incidência de infeções cruzadas (p.537).

Foi com base nestes autores e com o Parecer da OE 15/2018 (MCEEMC), que realizei com enfermeiro tutor a ponderação e a distribuição da equipa de enfermagem pelos doentes, de acordo com o grau de competências e colaboração em equipa, na promoção da qualidade e segurança dos cuidados dirigidos à pessoa em situação crítica, tendo significado para mim, uma possibilidade de aumentar a sensibilidade e a racionalidade, na tomada de decisões. Não obstante, reforçou que a capacidade de planeamento e gestão engloba dimensões essenciais ao nível da promoção e controlo da infeção a nível hospitalar.

No âmbito da atividade profissional já exercida antes do estágio atual, intervenções na área da promoção e controlo de infeção a nível hospitalar é uma pauta na minha conduta prática clínica de

Nuno Fernandes

enfermagem. Integro, na qualidade de enfermeiro nomeado pelo hospital onde exerço habitualmente funções, atividade no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), que tem como objetivo implementar uma prática estruturada multidisciplinar e multiprofissional, de intervenções sincronizadas que promovem a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, adquirida durante o internamento hospitalar. Neste âmbito, detenho conhecimento sobre o “Plano Nacional de combate à resistência aos antimicrobianos 2019-2023 – âmbito do conceito – uma só saúde” (Direção Geral de Saúde, 2009), bem como, consultei e promovi na equipa da UNICOR a consulta das normas e os feixes de intervenção da Direção Geral de Saúde e outras fontes de evidência científica, nomeadamente o centro europeu de prevenção e controlo das doenças (ECDC), que no que respeita a estudos relativos à pandemia que se vive atualmente, devido à infeção causada pelo Vírus Sars-Cov-2, muito tem contribuído com estudos e normas promotoras de condutas e protocolos de intervenções seguras para os profissionais de saúde.

Consciente das advertências e cuidados seguros a agilizar na prática clínica de enfermagem no âmbito do estágio, foi possível desenvolver de um modo mais específico nesta realidade de cuidados intensivos, os preceitos de uma prática de qualidade e segurança na prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de enfermagem ali realizados, nomeadamente integrar na prática clínica procedimentos e circuitos na prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica submetida a transplantação cardíaca em recuperação, no âmbito de isolamento profilático por imunossupressão terapêutica; promover uma conduta profissional responsável, na prevenção e controlo nas vias de transmissão do Vírus Sars-Cov-2, responsável pela situação pandémica que se vive na atualidade; integrei na prática clínica procedimentos de despiste de colonização por *staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA); promovi práticas de qualidade no âmbito dos cuidados de higiene e conforto da pessoa em situação crítica. Promovi também a continuidade do protocolo de serviço na descolonização preventiva por MRSA realizada por banho seco - com toalhas aquecidas de clorexidina a 4%, durante 5 dias, em doentes com história internamento hospitalar anterior inferior a 1 ano; integrei na prática clínica procedimentos de despiste colonização e infeção por enterobactérias resistentes aos carbapenemos (ERC); promovi medidas prevenção de contaminação na manipulação, preparação e administração terapêutica por via parentérica central e periférica, bem como na manipulação de dispositivos médicos: substituições de sistemas de perfusão terapêutica, assepsia nos cateteres venosos periféricos e centrais, tubos endotraqueais, traqueostomias, drenagens aspirativas pericárdicas, mediastínicas e pleurais, manipulação de introdutores venosos e arteriais centrais, cateteres vesicais entre outros dispositivos médicos.

Com base no desenvolvimento das intervenções anteriormente analisadas e indicadores definidos no Regulamento OE n.º 429/2018 de 16 de julho, verifico ter conseguido o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No entanto, o domínio relacionado com situação de emergência, exceção ou catástrofe, como ação diferenciada do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e família, foi desenvolvido com menor evidência.

Neste âmbito de resposta, o nível de intervenção desenvolvido foi enquadrado na análise do Plano de Emergência Interno do Hospital. Um manual que tem como objetivo a criação de uma estrutura orgânica adequada para operar eficazmente, em caso de declaração de Emergência, não se tendo verificado no âmbito de estágio; Promovi uma conduta profissional responsável, na promoção dos circuitos estabelecidos excecionalmente para a situação pandémica que se vive devido à infeção pelo Vírus Sars-Cov2, que constituía na altura risco de se descontrolar, como se veio a verificar em alguns hospitais, já tendo terminado o estágio e à altura de redação do presente relatório, verificando-se insuficiência da resposta dos recursos de saúde existentes no país; Estudei mais aprofundadamente os diferentes tipos de catástrofe, teoricamente lecionados na unidade curricular de enfermagem médico-cirúrgica I, no decurso do curso de mestrado, e que melhor se adequam à realidade nacional, fazendo a distinção entre quatro situações: acidente catastrófico de efeito limitado; acidente catastrófico de efeito major; catástrofe; mega catástrofe; Analisei o plano nacional de emergência de proteção civil que se enquadra: legalmente pelo disposto na Lei de Bases da Proteção Civil (Lei 27/2006, de 3 de julho, com as alterações introduzidas pela Lei Orgânica 1/2011, de 30 de novembro), no Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (Decreto-Lei 134/2006, de 25 de julho, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 114/2011, de 30 de novembro e pelo Decreto-Lei 72/2013, de 31 de maio), na Lei que define o Enquadramento Institucional e Operacional da Proteção Civil no Âmbito Municipal (Lei 65/2007, de 12 de novembro) e nos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil (Resolução 25/2008, de 18 de julho, da Comissão Nacional de Proteção Civil).

Concluindo esta discussão e análise crítica-reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas no estágio, considero que a experiência foi determinadamente positiva, reafirmando como uma das mais importantes experiências na minha vida profissional. Possibilitou o contrastaste entre o teórico-

abstrato, daquilo que profissionalmente integrava enquanto enfermeiro, com o aprendido ao longo do mestrado, nas diversas unidades curriculares e no acrescentado em outras áreas de estudo de pesquisa, sobre questões clínicas e cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos. Deste modo, foi possível desenvolver competência, qualidade e segurança, através de ferramentas como a vontade, determinação, criatividade, raciocínio, estratégias de comunicar e de trabalhar em equipa. Culminou com o feedback obtido pelos enfermeiros do contexto de estágio, enfermeiro Tutor e a minha autoapreciação, no desenvolvimento sustentado das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em contexto de cuidados intensivos.

## **2 – Avaliação global dos estágios e implicações para a prática profissional**

Em modo de autoavaliação global dos estágios e as suas implicações para a minha prática profissional futura, saliento com maior relevo, o sentimento de insegurança inicial, sobretudo no contexto de cuidados intensivos, que cogitou a aliança na tríade desenvolvida predominantemente nos estágios: competência, qualidade e segurança.

No início dos estágios, enquanto etapas práticas do curso de mestrado, predominava a incógnita, o receio de como seria o crescimento teórico-prático e desenvolvimento de competências nas situações reais, no âmbito dos estágios. Voltar a ser estudante ao fim de alguns anos de exercício profissional com autonomia e identidade profissional construída; integrar contextos de trabalho, com intervenções com as quais a familiaridade das situações, sobretudo nos cuidados intensivos era efémera, eram tudo ecos ou mesmo, sombras emocionais profissionais, que colocavam a tônica na ânsia de como seria o desempenho? Como seria a receção pelos outros profissionais e a adaptação?

Em suma, reconheço agora, no final desse processo, que o próprio processo foi mais enriquecedor do que alguma vez ponderaria expectar. No entanto, também assumo, que se revelou mais exigente que o previsível, de um esforço cabal, maior do que aquele que imaginava ser necessário. Necessitei de desenvolver capacidades e torná-las competências, para conseguir concluir o caminho rico, de desenvolvimento pessoal e profissional, que foi este curso de mestrado. Todas as unidades curriculares, todas as experiências e intervenções desenvolvidas nos estágios, todos os professores e colegas mais próximos, os profissionais dos contextos de estágio e a orientação da professora orientadora, foram ferramentas e alicerces a somar à minha vontade e resiliência. No global, determinou que, enquanto enfermeiro, fui capaz de fazer melhor e ir mais além. Um caminho de mais pela enfermagem, mais pela ciência. Detenho que, a união, a partilha, a intencionalidade e a “força-de-querer”, constroem a competência, qualidade e segurança do que fazemos enquanto enfermeiros.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área específica da pessoa em situação crítica é determinadamente o mais qualificado para responder com idoneidade às necessidades da pessoa em situação crítica, de se adaptar às situações específicas do caso clínico a que responde, resolvendo situações de grande indefinição e de se adaptar a outras de grande imprevisibilidade. Contudo, o seu foco deve ser eclético, na valorização da sua intervenção ao nível

técnico, físico, psico - emocional, espiritual e sociofamiliar. A imperatividade da rapidez e técnica que caracteriza a necessidade da atuação emergente, não deve desmedir o respeito pelos valores da dignidade humana.

Sistematizando, no que confere às implicações deste percurso para a minha prática profissional futura, circunscrevo que a forma como nos posicionamos, influencia o contributo com que nos entregamos, desde a reflexão, à avaliação e interpretação dos contextos em que profissionalmente operamos, e neste sentido, considero que o desenvolvimento de competências operacionalizadas nos contextos de estágio junto da pessoa em situação crítica, confere um modelo referencial singular (no íntimo-*self*) ao futuro enfermeiro especialista. Esta, será a configuração útil de como pode desenvolver-se a si, á sua equipa e á unidade organizacional onde trabalha. Reitero que, competente ninguém se faz sozinho. Motivar, atentar, desafiar e propor alternativas e soluções proficuas da evidência científica, levam à melhor saúde, de quem recebe e de quem intervém.

Quanto ao presente relatório, considero que resultou na projeção inicialmente pretendia, isto é, através dele, foi possível mostrar de forma crítica e reflexiva, fundamentada em evidência científica, de que forma os objetivos, intervenções e atividades, contruíram um enfermeiro em especialização, a partir de um enfermeiro de cuidados gerais, transversalmente pelo desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e Família, sublimando os fundamentos da competência, qualidade e segurança, no processo de eclosão de perícia e na alocação de uma estrutura para excelência profissional futura.

Termino, com constância de que a excelência profissional deve ser uma meta, que mesmo que atingível, será sempre para o enfermeiro especialista, um ponto de partida rumo a outra meta, num caminho em que a competência e a ciência se aliam e co constroem.

### 3 – CONCLUSÃO

Comecei neste relatório por referir que, ser enfermeiro hoje representa uma responsabilidade pessoal e profissional face ao mundo em mudança. Após a construção deste relatório, considero que é uma constatação ainda com maior afinco afirmativo.

Aos enfermeiros é exigido, pela sociedade, que sejam detentores de elevados níveis de conhecimentos e capacidade de resolução de problemas de forma criativa e com elevada competência técnica, relacional e cultural, no sentido de responder com qualidade às necessidades das comunidades. Ora, as necessidades e imposições sociais e científicas com que o enfermeiro se depara, exigem de si cada vez mais, isto é: mais resultados, mais competência, mais qualidade, mais segurança, que no global, o aproximam mais da necessidade da simbiose constante com a ciência. O enfermeiro especialista, pode ser encarado como fruto desta imperiosa necessidade do enfermeiro enveredar num percurso profissional intencional, científico e académico. Um percurso que favorece o *modus operandi* do enfermeiro especialista, motiva a sua autoconstrução e satisfação profissional, leva-o à otimização do “*habitus*” em prol práticas e cuidados de enfermagem idóneos no contexto profissional em que opera, e num reflexo mais sistémico do resultado das suas intervenções, é o motor que cimeta a valorização social e profissional dos enfermeiros na área da saúde.

Neste âmbito, na prática especializada em enfermagem, desenvolver é acrescentar e melhorar na direção da competência, proficiência / perícia rumo à excelência profissional. Fundamentalmente consegue-se desenhar um caminho de rumo à excelência, através formação académica avançada, experiências e do treino teórico-prático, tendo por base o conjunto de competências comuns, em maturação para se tornar evoluídas e especializadas.

A competência, qualidade e a segurança nas intervenções de enfermagem são configurações e garantias, indiscutíveis de emblemar a própria competência profissional. Competência, qualidade e segurança, são três premissas fundamentais, que se concretizam com a conduta responsável, sentido ético, sensibilidade sociocultural, embebidas no esclarecimento pela evidência científica. O desenvolvimento de competências, procura da qualidade e promoção da segurança, foram fundamentais para o desenvolvimento e domínio das competências em enfermagem especializada nos contextos de estágio. É essencial, vigorizar a importância de priorizar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, como veículo para os resultados da qualidade em excelência.

A qualidade premedita a necessidade de um corpo de profissionais de enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos emergência, urgência e em cuidados intensivos, no apoio à pessoa/família em situação crítica, eclodindo neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, como o enfermeiro mais idóneo na implementação de cuidados à pessoa que apresenta falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s), capaz de responder num curto espaço de tempo, tanto com intervenções para suporte de vida, conduzindo ao suporte de vida da pessoa em situação crítica e também, outras intervenções que clivam a deterioração do seu estado de saúde.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação de crítica, estão na globalidade, intimamente correlacionados com os cuidados de enfermagem na intenção de salvar a vida. No entanto, importa que a atuação ocorra sem deteriorar os valores individuais da pessoa que cuida e acima de tudo, estar presente junto da pessoa em situação crítica. Importa além da intervenção tecnológica direcionada para salvar a vida, que não deteriore na sua competência e qualidade de cuidados o respeito pela dignidade da pessoa, integrando o reconhecimento dos valores e a promoção dos direitos da pessoa em situação crítica e família.

Este relatório permitiu refletir de um modo construtivo e favoreceu o fortalecimento de valores e competências na minha estrutura profissional em especialização. Além da reflexão, a consulta de literatura, foi também preponderante, na análise dos resultados das experiências vividas nos contextos de estágio. Verifico o resultado positivo pretendido, através da análise comparativa entre os resultados obtidos e os requisitos aferidores que a Ordem dos Enfermeiros preconiza para a verificação do desenvolvimento de competências comuns (Regulamento OE n.º 492/2018 de 16 de julho) e específicas (Regulamento OE n.º 414/2019 de 06 de fevereiro) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Este relatório, favoreceu também, enquanto veículo científico, a divulgação do trabalho de investigação com o título: *“Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review”*. Neste, importa evidenciar que a prática simulada em enfermagem, representa uma estratégia pedagógica formativa eficaz no desenvolvimento profissional, que visa aumentar a competência em si mesma e aumentar a hipótese de sobrevivência dos doentes críticos. Esta aplicabilidade na enfermagem, suscita ganhos na qualidade da abordagem à pessoa em situação crítica, satisfação dos enfermeiros e zelo ético e estético. Permite a aquisição de competências técnicas e não técnicas, nomeadamente ao nível do conhecimento e autoconfiança, precaução de segurança, raciocínio clínico e tomada de decisões,

dinâmica de equipa, comunicação e liderança e ainda a autoavaliação da competência clínica. Estes resultados, enquanto competências, foram partilhados no contexto dos cuidados intensivos, tendo-se revelado promotores do apanágio da qualidade formativa *“in situ”* da equipa. Também o projeto - proposta de organização terapêutica no serviço de urgência pela nomenclatura LASA, se revelou promissor no alavancar da qualidade e segurança, na manipulação e administração terapêutica, pelos enfermeiros naquele contexto de estágio.

Em termos de limitações neste processo produtivo e descritivo, considero que a subjetividade pode conferir um risco comprometedor para a qualidade e resultado da metamorfose implicada no processo de passagem de enfermeiro de cuidados gerais a enfermeiro especialista. Nesta continuidade, considero que seria profícuo, existir uma habilidade mais objetiva de traduzir a qualificação das competências especializadas comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica e Família.

Por fim, este relatório resulta num somatório de eclosões de auto e hétero- conhecimentos. Desde a scoping review desenvolvida, às experiências vividas ao longo do mestrado e em especial enfoque nos contextos de estágio, conduziram-me à consciencialização, enquanto futuro enfermeiro especialista, que o cuidado dirigido à pessoa em situação crítica é complexo, carece de uma avaliação criteriosa situacional clínica e de um planeamento interventivo cuidado e atento, bem como, impera que o enfermeiro especialista integre na sua intervenção práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, um processo que requer experiência, perícia e uma necessidade de estudo inacabado.

#### 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, A. (2011). *Saber transformar: o meu percurso de competências especializadas* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Portugal) Disponível a partir de <http://hdl.handle.net/10400.14/9579>

Basto, M. (2009). *Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina – proposta de um percurso*. Revista Pensar em Enfermagem. 13:11-18.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora. Coimbra, ISBN: 978-9-7285-3597-1

Benner P, Kyriakidis P, Stannard D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care*. A thinking-in-action approach. 2ª edição. New York: Springer Publishing Company. New York. ISBN:978-0826105738.

Bracken J.(2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.117-124. ISBN: 972-8383-16-9

Caldeira, S. (2002). "Cuidar do homem face à dimensão espiritual". *Revista Nursing*. [versão eletrónica].163:17-22. Acedido em 10 de dezembro de 2020. Disponível a partir de: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14976/1/2002\\_Nursing.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14976/1/2002_Nursing.pdf)

Cardoso, J. (2006). Capacidade, género e sexualidade. IEm. Leal (Coordenadora). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Quarteto Editora. Coimbra. pp. 169-185.

Correia B. (2017). *Síndrome Pós – Paragem Córdio- Respiratória: Fisiopatologia, Tratamento e a Importância do Controlo da Temperatura*. (Trabalho Final - Mestrado Integrado em Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal). Disponível a partir de <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/30915/1/BrunoMNCorreia.pdf>

Decreto-Lei n.º 104/98 (1989). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República, 1ª Série, 1739-1757.

Dias, J.(2004). Perspectivas das Competências. *Nursing*. 188:18-22. ISSN: 0871-6196

Dias, J.(2006). Formadores: Que desempenho?. Loures: Lusociência.pp191-197. ISBN: 972-8383-75-4

Doran D., Sidani S., Keatings M., Doidge D. (2002). Um teste empírico do Modelo de Eficácia do Papel de Enfermagem. *JAN Leading Global Nursing Research*, 38(1), doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>

Drucker, P. (1992). Reflections of a social ecologist. *Society*, 29(4): 57- 64. ISSN:0-7658-0725-4

Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal). Disponível a partir de <http://hdl.handle.net/10400.26/9756>

Ferreira, S. (2017). *Gestão de sintomas e promoção da segurança da pessoa em situação crítica com compromisso respiratório: intervenção especializada em enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Disponível a partir de <http://hdl.handle.net/10400.26/18957>

Fleury, M. e Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. 5, 183-193. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>

Garrido, F. (2016). A comunicação como elemento chave à relação entre enfermeiro e doente. *Revista Sinais Vitais – a enfermagem em revista*. Disponível a partir de <https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV124.pdf>

Kerouac, S., Pepin, J. e Ducharme F. (1994). *La pensée infirmière*. Études Vivantes edição, Laval. ISBN 2-7607-0584-6.

Koran Z. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures. pp.35-41. ISBN: 972-8383-16-9

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. (Tradução - M. D. Garrido) Lisboa: Edições Asa. 128 pp. ISBN: 9789724142432

Lee G. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures. pp.25-34. ISBN: 972-8383-16-9

Lenaghan P. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures. pp.101-113. ISBN: 972-8383-16-9

Lei nº 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 1ª Série, 181, 8059-8105. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/70309872>

Lei nº 111/2009 (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, 1ª Série, 180, 6528-6550. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/490277>

Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem – um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal). Disponível a partir de <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>

Macphail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S.(Ed.) *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.03-07. ISBN: 972-8383-16-9

Manton A. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.17-24. ISBN: 972-8383-16-9

Martins, A. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência* 4 (12), 155-162.doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>

Mendes, A. (2019). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Scielo*, 24(1), 01-09. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056>

Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. Disponível a partir de <https://www.saudecuf.pt/descobertas/areas-clinicas/outros-servicos/cuidados-intensivos>

Morais, C. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal) Disponível a partir de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>

Newberry L.(2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.45-51. ISBN: 972-8383-16-9

Norma n.º 002/18 (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata: Triagem de Manchester*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Norma nº 005/18 (2018). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Divulgar: Disponível a partir de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001, Dezembro). *Padrões de Qualidade dos Cuidados e Sistemas de Informação – Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos*. Divulgar Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Vontade anteriormente manifestada para decisões de fim de vida a propósito do denominado «testamento vital» - Parecer OE nº 245/2010*. Disponível a partir de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoosFimVida.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoosFimVida.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer nº15/2018 – funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível a partir de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)

Proveda V. e Nascimento, A. (2016). Controle da temperatura corporal no intraoperatório: termómetro esofágico versus termómetro timpânico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(6), 946-952. Doi:<https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000700010>

Pronce, P. (2015). Aspectos da organização e gestão de uma unidade de cuidados intensivos. In P. Ponce e J. Mendes (Eds), *Manual de medicina intensiva*. Manuais de Medicina Lidel (editora Lidel), Lisboa. pp.536-544. ISBN: 9789897520709

Regulamento nº 361/15 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª Série, 123, 17240-17243.

Rego, A. (2007). *A Atenção ao Espiritual: Tradução e validação linguística e cultural da spiritual assessment scale, um instrumento de avaliação espiritual*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Regulamento n.º 122/11 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, 35, 8648-8653. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/3477087>

Regulamento n.º 429/18 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ªa Série, 135. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/115698537>

Regulamento n.º 140/19 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, 35, 8648-8653. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/3477087>

Regulamento n.º 124/11 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República 2ª Série, 35, 8656-8657. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/3477089>

Regulamento n.º 361/15 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série, 123, 17240-17243. Disponível a partir de <https://dre.pt/application/file/a/67613193>

Regulamento OE (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível a partir de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ribeiro, O., Martins, M., e Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência* – 4.(10), 125-133. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>

Rush C.(2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.53-69. ISBN: 972-8383-16-9

Santos, J. (2011). Intervenção precoce no enfarte da relação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(6), 541-546. Disponível a partir de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-71032011000600009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000600009&lng=pt&tlng=pt)

Sedlak S.(2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.125-140. ISBN: 972-8383-16-9

Serpa C. e Raposo S. (2016) Entrar vivo na morte reflexão Ética acerca do papel do enfermeiro junto do doente terminal e sua família. *Revista Sinais Vitais, a enfermagem em revista*. 24, 29-33. Disponível a partir de <https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV124.pdf>

Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Portugal). Disponível a partir de <http://hdl.handle.net/10773/1479>

Sílvia A. e Lage M. (2010) sinopse/prefácio. In *Silva A. (eds) Enfermagem em cuidados intensivos*. Edições Formasau. Coimbra. ISBN: 9769892699229.

Steinmann R.(2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.69-80. ISBN: 972-8383-16-9

Setton, M. (2002). A teoria do habitus em Pierre Bordieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*. 20, 60-70. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000200005>

Smith-Blair, N. (2010) Cuidados Críticos. In Monahan, F.; Sands J., Neighbors M., Marek J., Gree C.(eds) Phipps. Enfermagem Médico-Cirúrgica- Perspectivas de Saúde e Doença. 8ª Edição Volume I. Loures: Lusodidacta. pp. 195-207.

Taylor J. e Taylor J. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy's, S. (Ed). Enfermagem de Urgência: da teoria à prática. 4ª edição, Lusociência, Loures.pp.03-07. ISBN: 972-8383-16-9

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I**

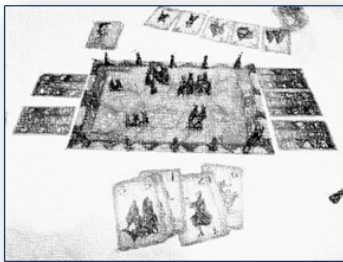
Apresentação em formato PowerPoint do suporte utilizado para a formação realizada no terceiro painel do III seminário Internacional do Mestrado – Universidade Católica no dia 27 de novembro de 2020, alusivo ao tema: “Prática simulada: uma estratégia inovadora no presente e protagonista no futuro”.

## Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no futuro

António Borges, Mestrando EMC PSC; Nuno Martinho, Mestrando EMC PSC; Isabel Rabiais, PhD, MSc, RN; Sílvia Caldeira, PhD, MSc, RN



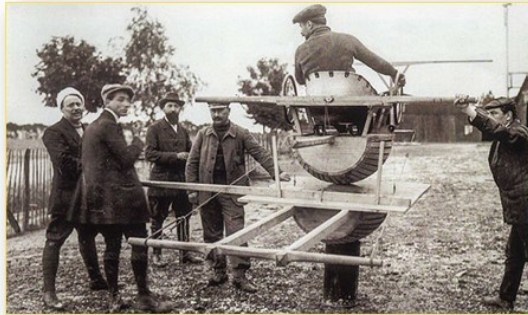
27 de novembro de 2020



Sun Tzu (544 - 496 a.c.) usava pedras de cores diferentes para simbolizar exércitos e definir a melhor estratégia.

Os generais romanos usavam “caixas de areia” com soldados em miniatura.

(Aebersold, 2016)



Wright Brothers flew their first "Flyer" in 1903, the first flight simulators were developed.



Ed Link (1929) produced the LINK TRAINER

Fonte: <http://hawkar.com/uploads/Files/contenpostos/first-aircraft-simulator-1515419402.jpg> acesso em 01nov20

Manequim de parto de Mme Coudray Séc. XVII



Florence Nightingale: observação, treino e repetição (1856)



Fonte: <https://www.gettyimages.com/detail/illustration/1198484487> Acesso em 01nov20



"Mrs. Chase" foi o primeiro manequim de treinamento, criado em 1911.

Primeiro manequim de treino (1911)



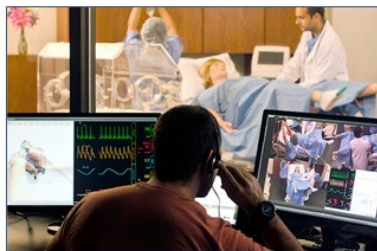
Escola de Enfermagem da Universidade da Virginia



Exercício de atendimento ao paciente no Laboratório de Artes de Enfermagem da UVA, por volta de 1949

37

<https://www.youtube.com/watch?v=...> SIMON WILSON



Simulação de alta fidelidade  
(década de 90 ...)



<https://www.youtube.com/watch?v=...> SIMON WILSON

A abordagem ao doente crítico exige uma equipa bem treinada, ações rápidas, eficazes e integradas. (Felgueiras, 2006)

Os enfermeiros, são em geral, os primeiros a presenciarem uma situação de emergência intra-hospitalar. (Moule, 2002)

A presença de um enfermeiro com treino em suporte avançado de vida aumenta em 4x a taxa de sobrevivência das vítimas de PCR. (Moretti, 2001)

A PCR intra-hospitalar é previsível em cerca de 80% das situações. (ERC, 2011)

Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review.

Objetivo: mapear as competências dos enfermeiros na abordagem aos doentes em situação crítica ao utilizarem a prática simulada.



### Competências

Saber agir complexo que se apoia na mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos, devidamente articulados na resposta a uma determinada situação (Moule, 2002).



### Prática simulada

Consiste em recriar um cenário clínico num ambiente artificial, firmando a substituição de um doente por experiências interativas artificialmente guiadas, a fim de replicar situações reais (Gaba, 2007).

### Método

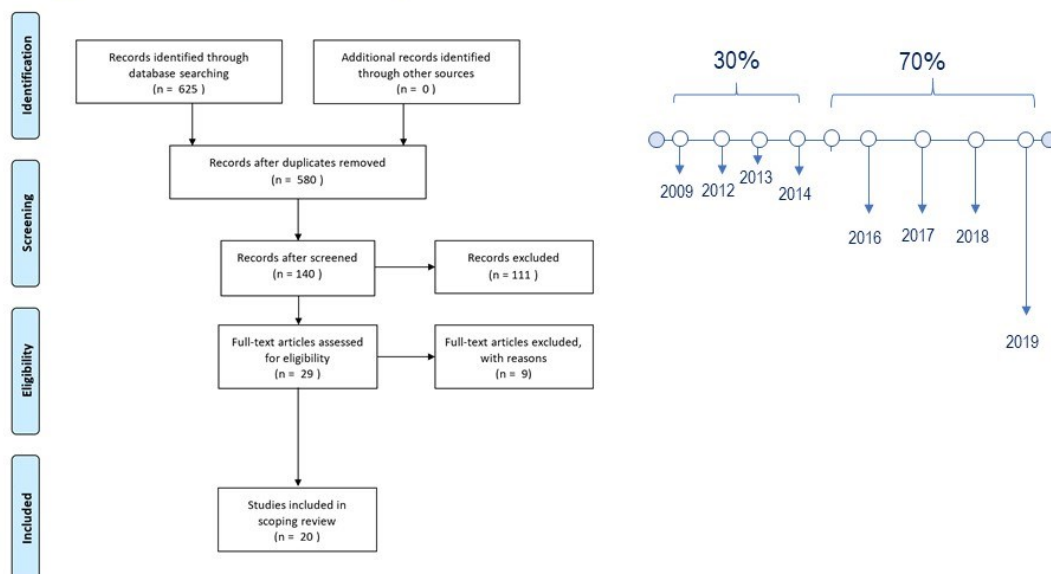
Esta revisão foi elaborada de acordo com as recomendações da JBI para análises scoping (Peters, 2020).



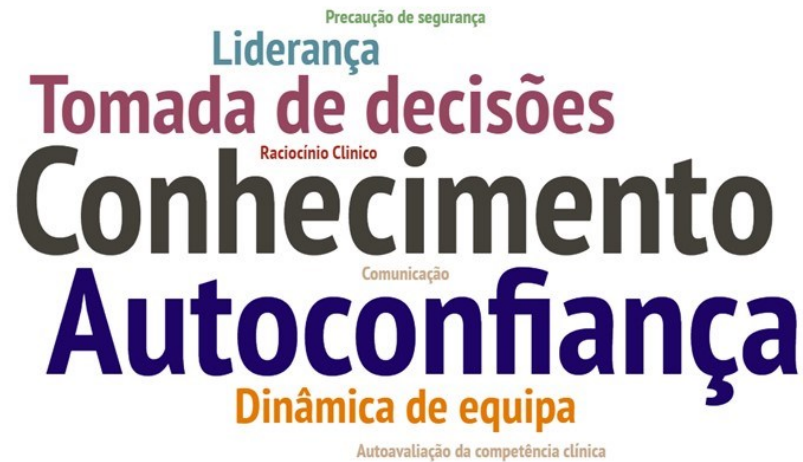
## Fontes de informação



## Fluxograma PRISMA (Moher, 2009)



Resultados (competências)



Resultados (competências)

#### Conhecimento e Autoconfiança

(...) maior nível de conhecimento e autoconfiança na prestação de cuidados ao nível dos aspetos cardíacos, neurológicos e respiratórios, mostrando uma efetividade da estratégia na formação contínua. Proporciona ainda altos níveis de autoestima, (...) proporciona ganhos no seu processo de aprendizagem (Oliveira, 2018).

#### Raciocínio Clínico e Tomada de Decisões

(...) consolidar conhecimentos e confere-lhes valor, desenvolve habilidades técnicas e relacionais, ajuda a criar regras e hábitos para pensar, refletir e assim contribuir para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, fazendo-o por meio da simulação em ambiente seguro (Amado, 2017).

### Resultados (competências)

#### Dinâmica de Equipa, Comunicação e Liderança

(...) os enfermeiros se tornem mais confortáveis no trabalho em conjunto como uma equipa, sendo que esta visualização e partilha de proximidade, permite que todos os envolvidos tenham consciência de como os esforços coordenados podem ter impacto favorável na situação clínica do doente (Square, 2012).

(...) melhoram significativamente com treino simulado *in situ*, tendo a este nível, demonstrado eficácia na intervenção, retenção das informações obtidas e das habilidades de trabalho em equipa (George, 2018).

Este quadro de competências não técnicas é essencial, pois garante que os cuidados sejam dirigidos ao doente em situação crítica, sem desordens ou dissipação por falta de coesão multidisciplinar (George, 2018).

### Resultados (competências)

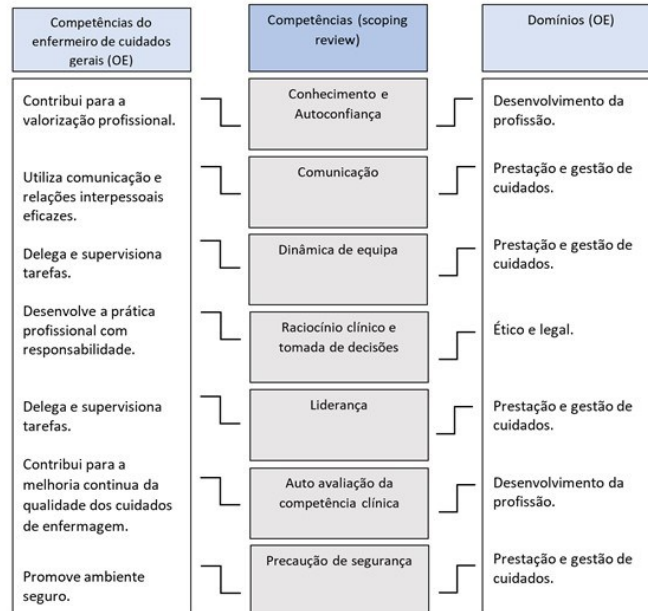
#### Precaução de segurança

(...) promove ganhos nas competências de observação e avaliação direta e resultados clínicos de segurança do doente, sendo eficaz na deteção de erros latentes das equipas multidisciplinares durante a abordagem aos doentes. (Lewis, 2019).

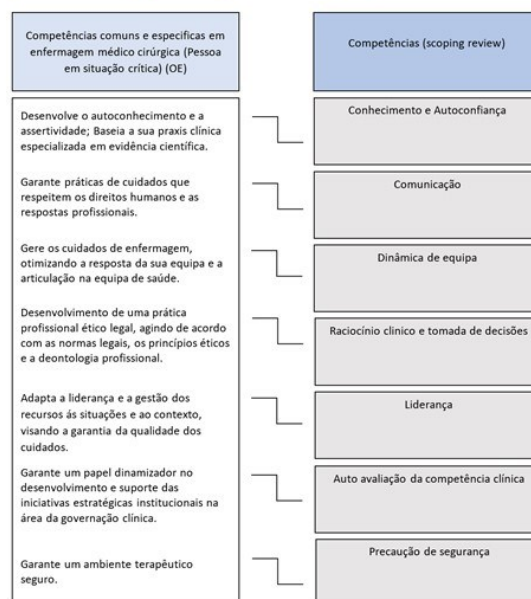
#### Autoavaliação da Competência Clínica

(...) identifiquem as suas fragilidades, observem o trabalho de grupo e reconheçam a necessidade de treinar frequentemente os procedimentos de suporte de vida, sobretudo aqueles que menos contactam com o doente crítico. (Oliveira, 2018).

### Resultados Vs Regulamentação da profissão (OE)



### Resultados Vs Regulamentação da profissão (OE)



### Estratégias inovadoras



- Simulação de alta fidelidade
- Treino “in situ”
- Treino “gamificado”
- Realidade virtual

Aumento da segurança na abordagem à pessoa em situação crítica;  
Prevenção de complicações e diminuição da mortalidade;  
Detecção precoce da deterioração clínica;  
Diminuição do tempo efetivo para a desfibrilhação.  
(Merchant, 2012; Miranda, 2018; Lewis, 2019)

### Conclusão

A imitação ou representação de uma determinada situação ou processo, com recurso a simuladores de alta fidelidade e sempre que possível “in situ”, representa uma garantia de aprendizagem e aperfeiçoamento real, com efeito fluente no despertar dos interesses profissionais e institucionais, não colocando em causa a segurança dos doentes.

Suscita ganhos na qualidade da abordagem ao doente, satisfação dos enfermeiros e zelo ético e estético na conduta de aplicabilidade da prática humana, no seio da sua evolução científica.

Opção válida ao nível da formação contínua dos enfermeiros, garantindo uma mudança de comportamentos, no sentido da deteção precoce de complicações e/ou tratamento efetivo do doente em situação crítica.

### Limitações/sugestões

Sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos, de modo a determinar qual o período ideal para que os enfermeiros sejam submetidos a recertificação.

O recurso a mecanismos de feedback utilizados em contexto de reanimação, poderá representar uma ferramenta útil na mensuração da qualidade, para o qual será fundamental aprofundar a investigação.

**inovadores no presente**



**protagonistas no futuro**

## Bibliografia

- Aebersold, M. (2016). The History of Simulation and Its Impact on the Future. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 56–61. <http://doi.org/10.4037/aacnacc2016436>
- Felgueiras Filho NM, Bandeira AC, Delmondes T, Oliveira A, Lima Jr AS, Cruz V, et al. Avaliação do conhecimento geral de médicos emergencistas de hospitais de Salvador - Bahia sobre o atendimento de vítimas com parada cardiorrespiratória. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: 634-40. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000090&pid=S0066-782X200900120001200001&Ing=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000090&pid=S0066-782X200900120001200001&Ing=en)
- Moule P, Albarran JW. Automated external defibrillation as part BLS: implications for education and practice. *Resuscitation*. 2002; 54 (3): 223-30. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000094&pid=S0066-782X200900120001200003&Ing=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000094&pid=S0066-782X200900120001200003&Ing=en)
- Moretti MA. Eficácia do treinamento em suporte avançado de vida nos resultados das manobras de ressuscitação cardiopulmonar [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001 [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000096&pid=S0066-782X200900120001200004&Ing=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000096&pid=S0066-782X200900120001200004&Ing=en)
- ERC. (2011). *Advanced Life Support - Recommendations ERC 2010*. (A. Lockey, J. Ballance, H. Domanovits, D. Gabbott, C. Gwinnutt, C. Lott, ... J. Soar, Eds.) (Edition 1.). European Resuscitation Council.
- Bergum, D., Nordseth, T., Mjølstad, O. C., Skogvoll, E., & Haugen, B. O. (2015). Causes of in-hospital cardiac arrest—Incidences and rate of recognition. *Resuscitation*, 87, 63–68. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.11.007
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2020 Jun. 26]. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

## Bibliografia

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul 21 [cited 2020 Ago. 22]; 6 (7): e1000097. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097> DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Hicks F, Coke L, Li S. The effect of high-fidelity simulation on nursing students' knowledge and performance: A pilot study (Vol. 40) [Internet]. Chicago: National Council of State Boards of Nursing, inc.; 2009 [cited 2020 Ago. 08]. Available from: <https://docplayer.net/208024-The-effect-of-high-fidelity-simulation-on-nursing-students-knowledge-and-performance-a-pilot-study.html>
- Gaba, D. The future vision of simulation in healthcare. *SimulHealthc* [Internet]. 2007 [cited 2020 Ago. 08]; 2 (2): 126–135. Available from: [https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2007/00220/The\\_Future\\_Vision\\_of\\_Simulation\\_in\\_Healthcare.8.aspx](https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2007/00220/The_Future_Vision_of_Simulation_in_Healthcare.8.aspx) DOI: <https://doi.org/10.1097/01.SIH.0000258411.38212.32>.
- Oliveira I. Evaluation of realistic simulation as an educational intervention for training nurses in cardiopulmonary resuscitation [dissertation on the Internet]. São Paulo (Brazil): Federal University of São Carlos, Center for Biological and Health Sciences, 2018 Feb 27 [cited 2020 Set 12]. Available from: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9779>
- Amado MJC. Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Out 26] ; ser IV(12): 155-162. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832017000100016&Ing=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000100016&Ing=pt). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>.
- Merchant, D. Does High-Fidelity Simulation Improve Clinical Outcomes?. *Journal for Nurses in Staff Development* [Internet]. 2012 Jan-Feb [cited 2020 Set 12]; 28 (1): E1-E8 Available from: [https://journals.lww.com/jnsdonline/Abstract/2012/01000/Does\\_High\\_Fidelity\\_Simulation\\_Improve\\_Clinical.14.aspx](https://journals.lww.com/jnsdonline/Abstract/2012/01000/Does_High_Fidelity_Simulation_Improve_Clinical.14.aspx) DOI: <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318240a728>

## Bibliografia

- Square N. High-fidelity simulation in nursing practice: the impact on nurses' knowledge retention, satisfaction, and self-confidence [master's thesis on the Internet]. Colorado (USA): University of Northern Colorado Scholarship & Creative Works @ Digital UNC; 2012 [cited 2020 Set 12]. p 257. Available from: <https://digscholarship.unco.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1257&context=dissertations>
- George K, Quatrara B. Interprofessional Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting. Dimensions of Critical Care Nursing: Wolters Kluwer Health. [Internet]. 2018 May 01 [cited 2020 Set 12]; 37 (3): 144-155. Available from: [https://journals.lww.com/dccjournal/Abstract/2018/05000/Interprofessional\\_Simulations\\_Promote\\_Knowledge.5.aspx](https://journals.lww.com/dccjournal/Abstract/2018/05000/Interprofessional_Simulations_Promote_Knowledge.5.aspx) DOI: <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000301>
- Lewis K, Ricks T, Rowin A, et al. Does Simulation Training for Acute Care Nurses Improve Patient Safety Outcomes: a systematic review to inform evidence-based practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing [Internet]. 2019 May 24 [cited 2020 Set 12]; 16 (5): 389-396. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50103-21002018000600659&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50103-21002018000600659&tlng=pt) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800090>
- Hicks F, Coke L, Li S. The effect of high-fidelity simulation on nursing students' knowledge and performance: A pilot study (Vol. 40) [Internet]. Chicago: National Council of State Boards of Nursing, inc.; 2009 [cited 2020 Ago. 08]. Available from: <https://docplayer.net/208024-The-effect-of-high-fidelity-simulation-on-nursing-students-knowledge-and-performance-a-pilot-study.html>
- Miranda FBG, Mazzo A, Pereira GA. Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências revisão da literatura. Sci Med [Internet]. 2018 Jan 26; 28 (1): ID28675. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/322728012\\_Uso\\_da\\_simulacao\\_de\\_alta\\_fidelidade\\_no\\_preparo\\_de\\_enfermeiros\\_para\\_o\\_atendimento\\_de\\_urgencias\\_e\\_emergencias\\_revisao\\_da\\_literatura/link/5a78a7990f7e9b41dbd437e8/download](https://www.researchgate.net/publication/322728012_Uso_da_simulacao_de_alta_fidelidade_no_preparo_de_enfermeiros_para_o_atendimento_de_urgencias_e_emergencias_revisao_da_literatura/link/5a78a7990f7e9b41dbd437e8/download) DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28675>

## **Apêndice II**

**ROPOSTA DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS**

**NO SERVIÇO URGÊNCIA:**

***Organização e Nomenclatura LASA***

**Estágio no Serviço de Urgência**



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

LISBOA · PORTO

**13º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA: PESSOA  
EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA**

**PROPOSTA DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS  
NO SERVIÇO URGÊNCIA**

**Estágio no Serviço de Urgência**

Estudante

Nuno Martinho Rodrigues Fernandes

Lisboa, Julho 2020



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

LISBOA-PORTO

## **13º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMILIA**

**PROPOSTA DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS**

**NO SERVIÇO URGÊNCIA:**

***Organização e Nomenclatura LASA***

**Estágio no Serviço de Urgência**

Estudante:

Nuno Martinho Rodrigues Fernandes, n.º aluno 192019129

**Enfermeiras Orientadoras:**

- Enfª Especialista Inês Monteiro

- Enfª Especialista Sofia Carvalho

**Professora-Orientadora:** Prof.ª Dr.ª Isabel Rabiais

Lisboa, Julho 2020

## ÍNDICE

1 - Introdução.....	05
2 - Medicamentos LASA: enquadramento.....	07
3 - Sistematização bibliográfica.....	08
3.1 - Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike - LASA.....	10
4 - Reorganização LASA dos medicamentos do serviço urgência.....	14
5 – Conclusão .....	31
Referências Bibliográficas.....	32

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO I. Lista de medicamentos LASA - Direção Geral de Saúde (DGS) na Norma I (Nº020/2014) .....	12
QUADRO II. Apresentação sobre forma de croqui, a proposta de reorganização e sinalização da terapêutica no serviço urgência.....	16

## **LISTA DE SIGLAS**

DCI - Denominação Comum Internacional

DGS - Direção Geral de Saúde

LASA - Look Alike - Sound Alike

NCCMERP - National Coordinating Council for Medication Error and Prevention

OMS – Organização Mundial de Saúde

## 1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho, uma proposta de melhoria da qualidade do armazenamento dos medicamentos no serviço de urgência de uma unidade hospitalar do distrito de Lisboa, vem responder a um objetivo autoproposto para o estágio atual no hospital, que tem por base a unidade curricular pessoa em situação crítica, vigilância e decisão clínica, do 13º curso de mestrado de enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica e família, da Universidade Católica Portuguesa.

A resposta ao objetivo referido, deriva do diagnóstico de uma necessidade do serviço, nomeadamente melhorar a distribuição e organização da terapêutica no serviço, segundo as regras e orientações de segurança, dando especial enfoque os fármacos Sound-Alike e Look-Alike – LASA.

Trata-se de um trabalho desafiante e creio que de complexa elaboração. Em termos metodológicos, o plano é iniciar o processo pela avaliação da situação de armazenamento estrutural, identificação elementar dos fármacos existentes, em seguida proceder à reorganização conforme as regras antes referidas. Na globalidade e porque a memorização da localização dos fármacos no stock é um processo com memória conservada nos enfermeiros, atentarei sempre que exequível a sua mobilização mínima, de forma a preservar esse considerando.

De forma a poder compreender, enquadrar e fundamentar com base em evidência científica esta temática, procedi à realização de pesquisas bibliográficas, explorações do tema com peritos e serviços onde esta organização terapêutica é já um processo concluído e validado. Artigos científicos e normas da Direção Geral de Saúde (DGS) foram de essencial valor científico para desenvolver este trabalho.

Assim, neste trabalho procede-se ao enquadramento teórico relativo ao tema, apresentação da sintetização bibliográfica realizada, seguindo-se apresentação de uma proposta, com a reorganização, estruturação e sinalização da terapêutica nos preceitos da qualidade preventiva de incidentes. Por último, consta uma síntese conclusiva deste trabalho.

Como meio de desenvolvimento académico e de estágio, pretendo com este trabalho, cooperar para a melhoria da qualidade do serviço, sendo este objetivo um dos objetivos de estágio, que comporta assim, meios para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada.



## 2 - MEDICAMENTOS LASA: ENQUADRAMENTO

Administração terapêutica é uma intervenção em saúde diretamente ligada à competência dos enfermeiros. É uma intervenção complexa, exigente e implica processos sistemáticos de forma a produzir, com segurança, o efeito terapêutico previsto, bem como, é fundamental vigiar a resposta terapêutica e prevenir complicações adversas.

O erro na administração de medicação pode conduzir a situações nefastas para os doentes e profissionais de saúde. Na atualidade, revela-se um grave problema de saúde pública. Embora ainda com expressão significativa na qualidade e segurança em saúde, atualmente, constitui uma das metas de segurança do doente da Organização Mundial de Saúde (OMS), chamando especial atenção neste campo, os medicamentos com aspetos semelhantes e/ou com nome de pronúncia semelhantes (homófonos e homógrafos) - Sound-Alike - Look Alike, isto é, medicamentos LASA. No presente e possivelmente no futuro, apesar de ter sido uma meta proposta para o ano 2020, ainda será conteúdo de trabalho de muitas organizações e serviços do sistema de saúde português.

Neste contexto, importa refletir que a complexidade das terapêuticas instituídas em meio intra-hospitalar, sobretudo em serviço mais diferenciados como é o caso, nas unidades de cuidados intensivos, serviços de urgência, e/ou outros contextos em que se cuidam de doentes em situação crítica, as consequências nocivas para os doentes, quando ocorre erro com a medicação, são potencialmente mais graves.

As estratégias para diminuir ocorrência de erro, pensando no benefício dos doentes e diminuição do ónus que acarreta para os profissionais, serviços e instituições, assentam essencialmente no empório da prevenção. *“As estratégias de prevenção do erro na preparação da medicação demonstraram melhorar a segurança do doente, nomeadamente a identificação e sinalização dos medicamentos LASA (Look Alike, Sound Alike), armazenamento segregado e rotulagem própria ...”* Silva et al, 2015.

### 3 - SISTEMATIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

A existência de nomes semelhantes de medicamentos, é uma das causas do erro associado a administração de medicamentos, justificando-se a normalização de práticas que possam contribuir para a redução destas ocorrências.

Os medicamentos Look-Alike - Sound Alike (LASA) apresentam nome ortográfico e/ou fonético e /ou aspeto semelhante que podem ser confundidos, originando trocas entre si (Godinho, et al, 2018). Um quarto dos eventos adversos relacionados com a medicação está associado aos medicamentos LASA.

A ocorrência de situação adversa relacionada com os medicamentos, foi definida pelo *National Coordinating Council for Medication Error and Prevention (NCCMERP)* como *“qualquer evento evitável que possa causar ou conduzir ao uso inadequado de medicamentos ou a danos no doente, enquanto a medicação estiver sob controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor”* (ebiden pp.21).

*“Um em cada quatro eventos adversos relacionados com a medicação, está associado aos medicamentos LASA. (Chadwick 2003 citado por Braga, 2019 pp. 33). Além disso, “estima-se que 1,4% dos erros associados aos medicamentos LASA resultem em agravamento do outcome do doente e por outro lado, estes erros também acrescentam despesa aos cuidados de saúde”* (Berman, 2004 citado por Braga, 2019 pp. 33).

O circuito do medicamento é longo e complexo, composto por várias etapas: aquisição; armazenamento; prescrição; dispensa; administração; monitorização e informação e educação. Os erros podem ocorrer em qualquer uma destas etapas (Godinho, et al, 2018).

A Direção Geral de Saúde (DGS) na Norma I (Nº020/2014), refere ponto N.º 1 que *“as instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas, das comissões da qualidade e segurança, dos médicos, dos enfermeiros, dos farmacêuticos, dos técnicos de farmácia e dos assistentes operacionais, são responsáveis por implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA, nomeadamente (...):*

*f) Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos medicamentos LASA, na farmácia e nos restantes serviços/unidades da instituição, inclusive nos equipamentos semi-*

*automatizados, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação, designadamente através de: armazenamento separado; sinalização com utilização de cores, negrito ou grafismo diferente”*

*Na Norma citada, “os medicamentos LASA são um dos múltiplos fatores que, quando se conjugam e beneficiam das vulnerabilidades ou deficiências dos sistemas, contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança do doente, relacionados com a medicação. Desta forma, justifica -se a normalização de práticas seguras que possam contribuir para a redução destas ocorrências”*

*Na Norma I, a DGS assume ainda que, “na procura de soluções para a redução desta tipologia de eventos, a primeira das nove “Patient Safety Solutions”, publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2007 refere-se especificamente aos medicamentos LASA.”*

### 3.1 - Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike - LASA

A pertinência deste ponto no presente trabalho é a exploração redundante do conceito - medicamentos LASA, concretamente:

- esclarecer as suas implicações na atividade prática clínica com base no apoio da literatura atual sobre o tema, de forma a poder enquadrar nas soluções pretendidas para o serviço, em prol do objetivo preconizado;
- melhorar as estratégias de armazenamento dos medicamentos, como meio de melhoria de prática segura da manipulação dos medicamentos, através do armazenamento de medicamentos no serviço, de acordo com a “norma” LASA e sinalética de Segurança.

O intuito major da questão é aumentar a segurança no uso dos medicamentos, prevenindo erros de medicação por confusão entre os nomes ou embalagens semelhantes.

Os medicamentos LASA, definem-se como uma serie de medicamentos, que se encontram descritos na Norma I (Nº020/2014) da Direção Geral de Saúde (DGS), mas passível de ser acrescentados fármacos, desde que analisados e em consenso institucional estabelecido essa relevância, bem como, existe a possibilidade de comunicar essa mesma situação à INFARMED, em modo de proposta de fármacos LASA.

São caracterizados como medicamentos com nome ortográfico e /ou aspeto semelhante (Look Alike) e /ou nome fonético semelhante (Sound-Alike), precipitando o risco de ser confundidos, e em situação indesejada, originar trocas entre si.

Godinho, et al 2018, no seu artigo de revisão “Medicamentos Look-Alike, Sound Alike: um velho conceito sempre em atualização”, classificam os medicamentos LASA em oito categorias, nomeadamente:

- I – nome de marca semelhante, mas denominação comum internacional (DCI) diferente ex: Losec (omeprazol) versus Lasix (furosemida);
- II - nome de marca semelhante referentes ao mesmo fármaco (ex: Cetix *versus* Cetro (cetirizina))
- III - nome de marca semelhante com letra adicional ex: Panadol *versus* Panadol E;

IV - nome de marca semelhante, pertencentes ao grupo dos antibióticos ex: Moxiflox (moxifloxacina) *versus* Ciplox (ciprofloxacina));

V - o mesmo fármaco em diferentes formas farmacêuticas (ex: Voltaren comprimidos *versus* Voltaren gotas);

VI - o mesmo fármaco com diferente modo de libertação (ex: Tramadol *versus* Tramadol retard);

VII – o mesmo fármaco com diferente composição (ex: anfotericina lipossômica *versus* anfotericina);

VIII - diferentes fármacos com DCI semelhantes (ex: efedrina *versus* epinefrina).

Alguns autores, relacionam que as semelhanças de denominações dos medicamentos podem afetar a memória de curto prazo e modificar a percepção visual e auditiva, pelo que nomes de medicamentos semelhantes ou que ecoam de forma parecida são fonte potencial de erro (Aronson, 2009). Neste âmbito referem diversas estratégias para reduzir erros associados aos medicamentos LASA, tais como:

- ✓ Utilização de Tal-Man Lettering (TML);
- ✓ Prescrição eletrónica;
- ✓ Sistemas de códigos de barras e leitor digital;
- ✓ Mudança de embalagens;

Uma outra, das medidas e aquela que se evidencia, no presente trabalho, é o reforço da rotulagem para medicamentos LASA, sobretudo naqueles que comportam especial risco, como o caso de medicamentos injetáveis, cuja sinalização deve ainda, ser complementada por etiquetas de alerta na embalagem e uma sistemática revisão (preferência anual) nos serviços da lista de medicamentos LASA.

A Direção Geral de Saúde (DGS) na Norma I (Nº020/2014), refere no ponto N.º 1:

- *“que a literatura demonstra que a inserção de letras maiúsculas no meio das denominações ortograficamente semelhantes para diferenciação de medicamentos é uma ferramenta efetiva. A apresentação das denominações num formato fora do comum atua como um alerta, promovendo a diferenciação.*
- *diferentes métodos para a inserção de letras maiúsculas são descritos na literatura, das quais o método designado por Mid-type Tall Man lettering é referido como o mais efetivo e o mais facilmente aplicável de forma sistemática, sendo por isso o recomendado...”.*

A DGS, revela na norma ante referida, uma lista de medicamentos LASA, que é apresentada no quadro I, adaptada à realidade nacional, tendo por base os medicamentos com ortografia semelhante ou denominação foneticamente similar, em termos da sua Denominação Comum

Internacional (DCI), sendo por isso, não referidos nesta lista os nomes comerciais, nem os medicamentos com aspeto semelhante.

**QUADRO I. Lista de medicamentos LASA - Direção Geral de Saúde (DGS) na Norma I (Nº020/2014)**

<b>Medicamentos LASA</b>	
Aciclovir	<b>GAN</b> aciclovir/ <b>VAL</b> aciclovir/ <b>VALGAN</b> aciclovir
ácido fólico	ácido fol <b>ÍN</b> ico
a <b>DRENAL</b> ina	a <b>TROP</b> ina
<b>AL</b> fentanilo	fentanilo/ <b>SU</b> fentanilo
alo <b>PURIN</b> ol	hal <b>OPERID</b> ol
ami <b>NOFIL</b> ina	amio <b>DARON</b> a/ am <b>LODIP</b> ina
ami <b>TRIPT</b> ilina	<b>NOR</b> triptilina
anfotericina B	anfotericina B <b>LIPOSSÓMICA</b>
aza <b>TIOPR</b> ina	aza <b>CITID</b> ina
<b>BETA</b> metasona	<b>DEXA</b> metasona
<b>BU</b> pivacaína	<b>LEVO</b> bupivacaína/ <b>RO</b> pivacaína/ <b>ME</b> pivacaína
ca <b>LCITRI</b> ol	ca <b>RVED</b> ilol
<b>CARBAM</b> azepina	<b>OXCARB</b> azepina
ciclo <b>SPORINA</b>	ciclo <b>FOSFAMIDA</b>
citalopram	<b>ES</b> citalopram
c <b>LARITROM</b> icina	<b>CIPRO</b> floxacina
clomi <b>PRAMINA</b>	cloro <b>PROMAZ</b> ina/ Clomi <b>FENO</b>
<b>CLON</b> azepam	Diazepam/ <b>LOR</b> azepam/ <b>OX</b> azepam
clo <b>NID</b> ina	clo <b>ZAP</b> ina
cloro <b>PROMAZINA</b>	cloro <b>DIAZEPÓXIDO</b>
<b>CLOROQU</b> ina	<b>QUIN</b> ina
<b>DOBUT</b> amina	<b>DOP</b> amina
<b>DUL</b> oxetina	<b>FLU</b> oxetina/ <b>PAR</b> oxetina
flu <b>VOXAM</b> ina	flu <b>FENAZ</b> ina

ge <b>MCITAB</b> ina	ge <b>NTAMIC</b> ina
gli <b>BENCLAM</b> ida	gli <b>PIZ</b> ida/ gli <b>MEPIR</b> ida/ gli <b>CLAZ</b> ida
hidr <b>ALAZ</b> ina	hidr <b>OXI</b> zina
lam <b>IVUD</b> ina	lam <b>OTRIG</b> ina
levo <b>MEPROMAZ</b> ina	levo <b>TIROX</b> ina
me <b>DROXIPROGE</b> sterona	me <b>TILTESTO</b> sterona
met <b>FORMINA</b>	met <b>RONIDAZOL</b>
met <b>IMazol</b>	met <b>RONIDAZOL</b>
mito <b>MIC</b> ina	mito <b>XANTRO</b> na
morfina	<b>HIDRO</b> morfona
ni <b>MO</b> dipina	ni <b>FED</b> ipina/ ni <b>ZAT</b> idina
<b>OLANZ</b> apina	<b>QUET</b> iapina
predniso <b>LON</b> a	prednisona
prop <b>RANOLol</b>	prop <b>OFol</b>
rifam <b>PI</b> cina	rifamicina
<b>Sirolimus</b>	<b>TAC</b> rolimus
sulfa <b>DI</b> azina	sulfa <b>SSAL</b> azina
<b>SUMAT</b> riptano	<b>ZOLM</b> itriptano
vin <b>BLA</b> stina	vin <b>CRIS</b> tina
<b>MEDICAMENTOS USADOS PREDOMINANTEMENTE NO TRATAMENTO DO CANCRO</b>	
<b>ABC</b> iximab	<b>CETU</b> ximab/ <b>INFL</b> iximab/ <b>RITU</b> ximab
<b>BEVAC</b> izumab	<b>TRASTU</b> zumab
<b>CARBO</b> platina	<b>CIS</b> platina/ <b>OXAL</b> iplatina
<b>CICLO</b> fosfamida	Ifosfamida
<b>DASA</b> tinib	<b>LAPA</b> tinib/ <b>SORAT</b> inib/ <b>SUN</b> itinib
<b>DAUNO</b> rrubicina	<b>DOXO</b> rrubicina/ <b>EPI</b> rrubicina/ <b>IDA</b> rrubicina
<b>DOCE</b> taxel	<b>PACLI</b> taxel
mito <b>MIC</b> ina	mito <b>XANTRO</b> na
vin <b>BLA</b> stina	vin <b>CRIS</b> tina/ vin <b>ORELB</b> ina

CEFALOSPORINAS	Cef <b>AZOLINA</b>
	Cef <b>OXITINA</b>
	Cef <b>TAZIDIMA</b>
	Cef <b>TRIAXONA</b>
	Cef <b>OTAXIMA</b>
	Cef <b>EPIMA</b>
	Cef <b>ALEXINA</b>
QUINOLONAS	<b>CIPRO</b> floxacina
	<b>LEVO</b> floxacina
	<b>MOX</b> ifloxacina
	<b>NOR</b> floxacina
	<b>O</b> floxacina

#### 4 – REORGANIZAÇÃO LASA DOS MEDICAMENTOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os medicamentos que fazem parte do stock do serviço de urgência, são armazenados num local no serviço desenvolvido para esse fim, devendo conter a descrição pela nomenclatura LASA, bem como, possíveis medidas adicionais para evitar a administração acidental, nomeadamente:

- encontrar-se segregadas da restante medicação armazenada;
- preferencialmente, serem armazenados individualmente, ou seja, um medicamento por gaveta, ou no local segmentado da gaveta;
- caso sejam categorizados como LASA, e/ou com dosagens diferentes, devem ser armazenados de forma intermitente, ou seja, alternando estes medicamentos (ALTO RISCO + LASA ou ALTO RISCO + Dosagens diferentes), com outros que são exclusivamente ALTO RISCO.

Embora o objetivo major deste trabalho face à necessidade de intervenção no serviço, seja a inclusão da organização e nomenclatura LASA na terapêutica do serviço, não poderiam ser ignorados nesta abordagem de melhoria, outros elementos de segurança, como:



- “ALTO RISCO” e/ou medicamentos de “diluição obrigatória”, cujas referências destes, são já existentes na organização da medicação no serviço, mas será assim, incluída nesta reorganização, de forma a não dissipar formas complementares de qualificação deste processo;



- medicamentos de dosagens diferentes, ou seja, fármacos que podem apresentar-se com dosagens diferentes;





































- medicamentos LASA (Look-Alike - Sound-Alike), que quando exibem o símbolo apresentado, alerta que o medicamento em questão, pode ter aspeto semelhante ou designação semelhante a outros e assim, se pretende a validação correta do fármaco em manipulação, como sendo o fármaco pretendido e não outro, que por semelhanças na forma da embalagem, aspeto e nome, pode precipitar erro terapêutico.

Em seguida, no quadro II é apresentada, a proposta sobre a reorganização e sinalização da terapêutica, de forma a poder-se adequar à realidade no serviço. Trata-se de uma estruturação por gavetas do armário existente para o efeito, na sala de observações, como se pode constatar na estruturação apresentada.





















Contudo, elabora-se este trabalho, para validação pelos enfermeiros do serviço e instâncias superiores de administração do hospital. Este trabalho é passível de alteração e continuidade, como foi desde sempre, dada a complexidade do processo de alteração, a forma aceite pelas enfermeiras orientadoras e enfermeiro chefe do serviço, encontrando-me ao dispor, para cooperação no processo de melhoria.

**QUADRO II. Apresentação da proposta de reorganização e  
sinalização da terapêutica, no serviço urgência.**

















## GAVETA nº 1 FÁRMACOS DIVERSOS

zona posterior da gaveta			
	rivastigmina (prometax/ Exelon) SC	Senosideo A e B (sene) PO	venlafaxina 150 mg PO
pregabalina 50mg PO	risperidona 0,5mg PO	nitroglicerina (epinitril) 5mg SC	trazadone 150mg PO
	  raltegravir 400mg PO	mupirocina nasal 2%	telmisartan PO  
			dabigatran 110mg PO (pradaxa)
galantamina 8 mg PO	loperamida 2mg PO	messalazina (solofalk) 1,5mg PO	espiranolactona <b>100</b> mg PO  
gabapentina 100mg PO	 lisinopril 20mg PO	met <b>FORMINA 850</b> mg PO  	donepezilo 10 mg PO
	 levetiracetam 500mg PO	met <b>FORMINA 1000</b> mg PO  	espiranolactona <b>50</b> mg PO  
alopurinol 100mg PO	lepticortinolo (prednissolona) 250mg PO	   cloreto potássio 600mg PO	Epsicapron
acetazolamida 250mg PO	 lercanidipina 5mg PO	ciamemazina 100mg PO	esomeprazol 20mg PO  
 am <b>LODIP</b> ina 5mg PO	 brometo de peridostigmina 60mg PO	  cefuroxima 500mg PO	  espiranolactona <b>25</b> mg PO
ácido fólico 5mg PO	bioflavonoides 500mg PO	  candersartan 16mg PO	  edoxabano 30mg PO
ácido valproico PO (depakine)		  calcitriol 0,25mg PO	  espiranolactona <b>12,5</b> mg PO
zona anterior da gaveta			
























## GAVETA Nº 2 PSICOFÁRMACOS

zona posterior da gaveta						
cloro <b>PROMAZINA</b> inj Fr IM 25mg/5ml 	<b>Di</b> lazepam inj Fr IM 10mg/2ml 		midazolam 15mg PO 			
bromazepan 3mg PO 	droperidol 2,5mg inj Fr IM EV	<b>OLANZ</b> apina 5mg PO 	melperona <b>25</b> mg PO	<b>QUET</b> iapina 100mg PO 		zolpidem 10mg PO 
claro <b>PROMAZINA</b> inj Fr IM EV 50mg/2ml 	<b>Di</b> lazepam 10mg PO 	hal <b>OPERID</b> ol inj Fr IM 5mg/1ml 	<b>LOR</b> azepam 2,5mg PO 	<b>PAR</b> oxetina 20mg PO	tiaprida 100mg PO	
	<b>CLON</b> azepam 2mg PO 	feni <b>TO</b> ina 100mg PO 	mitarzapina 15mg PO 	<b>QUET</b> iapina 25mg PO 	sertralina 50mg PO	
alprazolam 0,5mg PO 	<b>Di</b> lazepam 5mg PO 	hal <b>OPERID</b> ol 5mg PO 	<b>LOR</b> azepam 1mg PO 	<b>OX</b> azepam 15mg PO 	risperidona 1mg PO	trazadona 100mg PO
zona anterior da gaveta						










































## GAVETA nº 3 FÁRMACOS DE DILUIÇÃO OBRIGATÓRIA – SOLUÇÕES ELETRÓNICAS CONCENTRADAS

zona posterior da gaveta	
cloreto de cálcio 10%   	fosfato monopotássico 136,13   
sulfato de magnésio 2000mg/10 ml   	cloreto de potássio 7,45% 10ml (74,5mg/ml)   
CLORETO DE SÓDIO 20% (200mg/ml)   	gluconato de cálcio 10%   
zona anterior da gaveta	












**GAVETA nº 4 FÁRMACOS DIVERSOS**

zona posterior da gaveta						
amLODIPina 10mg PO 	ácido ursodesoxicólico PO	DEXAmetazona 0,5 PO 	dinitrato de isossorbido 20mg 	eepiranolactona 25mg <i>(repetido, sugestão remover)</i>	irbersartan 300mg PO 	levoTIROXina 100mg PO 
ácido acetilsalicílico 50mg PO 	bisoprolol 5mg PO 	clopidrogel 75mg PO	domperidona 10mg PO	gabapentina 100mg 	hidrOXIzina 25mg PO 	carbiodopa levodopa 25/100mg PO 
amioDAROna 200mg PO 	captopril 25mg PO 	ceterizina 10mg PO 	dinitrato 5mg PO 	furosemida 40mg PO 	ibuprofeno 400mg PO 	leveTIROXina 25mg PO 
ácido acetilsalicílico 100mg PO 	betahistatina 16mg PO 	carvedilol 6,25mg PO 	digoxina 0,125mg PO 	enalapril 5mg PO 	hidróxido de alumínio po	levetiracetam 500mg PO 
zona anterior da gaveta						

















**GAVETA nº5 FÁRMACOS DIVERSOS**

zona posterior da gaveta						
am <b>LODIP</b> ina 10mg PO  	ácido ursodesoxicólico PO	<b>DEXA</b> metazona 0,5 PO  	dinitrato de isossorbido <b>20</b> mg  	eepiranolactona 25mg <i>(repetido, sugestão remover)</i>	irbersartan <b>300</b> mg PO  	levo <b>TIROX</b> ina <b>100</b> mg PO  
ácido acetilsalicílico <b>50</b> mg PO 	bisoprolol 5mg PO  	clopidrogel 75mg PO	domperidona 10mg PO	gabapentina 100mg 	hidr <b>OXI</b> zina 25mg PO  	carbiodopa levodopa <b>25/100</b> mg PO 
amio <b>DARO</b> na 200mg PO   	captopril 25mg PO  	ceterizina 10mg PO  	dinitrato 5mg PO  	furosemida <b>40</b> mg PO  	ibuprofeno <b>400</b> mg PO 	leve <b>TIROX</b> ina <b>25</b> mg PO  
ácido acetilsalicílico <b>100</b> mg PO 	betahistatina <b>16</b> mg PO 	carvedilol 6,25mg PO  	digoxina 0,125mg PO  	enalapril <b>5</b> mg PO  	hidróxido de alumínio po	levetiracetam 500mg PO  
zona anterior da gaveta						














## GAVETA nº 6 FÁRMACOS DIVERSOS

zona posterior da gaveta						
dinirato de isossorbido <b>20mg</b>  (repetido, sugestão remover)	nifedipina 30mg PO	esomeprazol 20mg  (repetido, sugestão remover)	perindopril 4mg PO  	simeticone 42mg PO	ticlopidina 250mg PO	varfarina 5mg PO  
metoclopramida 10mg PO		nitroglicerina <b>0,5mg</b> PO	prednisona <b>40</b> mg PO  	popranolol <b>40mg</b> PO  	levetiracetam 500mg PO  (repetido, sugestão remover)	tramadol 100mg PO  
losartan <b>50mg</b> PO  	nebivolol 5mg PO  	nimesolida 100mg PO	paracetamol 500mg PO	ramipril <b>2,5mg</b> PO  	tansulosina 0,4mg PO	valproato de sódio 500mg PO
lisinopril 20mg PO  	naproxeno 500mg PO	nitroglicerina <b>10mg</b> SC	prednisona <b>5mg</b> PO  	pregabalina 150mg PO	sucralfato PO	tamadol 50 mg PO  
zona anterior da gaveta						

## GAVETA nº 7 FÁRMACOS DIVERSOS

zona posterior da gaveta				
ácido acetilsalicílico 1800mg pó sol inj Fr EV 	amio <b>DARO</b> na 150mg/3ml sol inj Fr EV 	bicarbonato de Sódio 8.4% 20ml sol inj Fr EV 	clemastina 2mg/2ml sol inj Fr EV 	<b>DOBUT</b> amina 12.5mg sol inj Fr EV 
ácido aminocaproico 2,5mg sol inj Fr EV	ami <b>NOFIL</b> ina 240mg/10ml sol inj Fr EV	adenosina 6mg/2ml sol inj Fr EV 	ceterolac 30mg/1ml sol inj Fr EV 	<i>nitroglicerina</i> 50mg/10ml sol inj Fr EV
<b>Aciclovir</b> 250mg sol inj Fr EV 	<b>aDRENAL</b> ina 1mg/ml sol inj Fr EV 	biperideno 5mg/ml sol inj Fr EV	cetamina 500mg/10ml sol inj Fr EV 	digoxina 0,25mg sol inj Fr EV 
acetilcisteína 300mg/3ml sol inj Fr EV 	<b>BETA</b> metazona 14mg/2ml sol inj Fr IM 	<b>aTRO</b> pina 0,5mg/1m sol inj Fr EV 	butilescopolamina 20mg/1ml sol inj Fr EV 	diclofenac 75mg/3ml sol inj Fr IM 
zona anterior da gaveta				






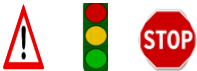


## GAVETA nº 8 FÁRMACOS DIVERSOS

zona posterior da gaveta				
etomidato 20mg/10mg sol inj Fr EV	flumazenilo 0,1mg/ml sol inj Fr EV	hidrocortizona 100mg pó sol inj Fr EV	labetolol 5mg/20ml sol inj Fr EV	metilprednisolona 125mg pó sol inj Fr EV  
cloridrato de esmolol 10mg/ml sol inj Fr EV	fitometadiona 10mg/ml sol inj Fr EV			LIDOcaína 2% sol inj Fr EV 
efedrina 50mg/1ml sol inj Fr EV  	feniTOina 250 mg/5ml sol inj Fr EV 	glucose 30% 20ml sol inj Fr EV 	levetiracetam 100mg sol inj Fr EV 	metilprednisolona 40mg pó sol inj Fr EV
DOPamina 200mg/5ml sol inj Fr EV  	furosemida 20mg/2ml sol inj Fr EV		heparina 25000UI/5ml sol inj Fr EV  	LIDOcaína 1% sol inj Fr EV 
zona anterior da gaveta				


## GAVETA nº 9 FÁRMACOS DIVERSOS

zona posterior da gaveta			
midazolam 50mg/10ml sol inj Fr EV 	esomeprazol 40mg sol inj Fr EV 	óxido férrico 100mg/5ml sol inj Fr EV	salbutamol 0,5mg sol inj Fr EV 
metoclopramida 10mg/ml sol inj Fr EV	ranitidina 50 mg sol inj Fr EV	metoprolol 1mg/ml sol inj Fr EV 	lepticotinolo 25mg/ml sol inj Fr EV
pantoprazol 40mg sol inj Fr EV 	naloxona 0,4mg/1ml sol inj Fr EV	metilprednisolona 40 mg sol inj Fr EV 	propOFol 200mg/20ml sol inj Fr EV
metamizol magnésio 2000mg/5ml sol inj Fr EV 	ondasetron 2mg/ml ol inj Fr EV 	noradrenalina 10mg/1ml sol inj Fr EV 	
zona anterior da gaveta			





















## GAVETA nº 10 FÁRMACOS DIVERSOS

zona posterior da gaveta				
		enoxaparina <b>40</b> mg sol inj 0,2 ml SC 		nitrato prata 50mg barra cutânea
tramadol 100mg/2ml sol inj Fr EV 	tiocolquicosideo 4mg sol inj Fr EV 	tiamina 100mg/2ml sol inj Fr EV 	<b>DOBUT</b> amina 12,5mg/ml sol inj Fr EV 	budesonida 200UI/dose sol inj Fr EV
enoxaparina <b>20</b> mg sol inj 0,2ml SC 	depakine 400mg sol inj Fr EV	enoxaparina <b>60</b> mg sol inj 0,2 ml SC 	tiaprida 100mg/2ml sol inj Fr EV	enoxaparina <b>80</b> mg sol inj 0,2ml SC 
zona anterior da gaveta				





**GAVETA nº 11 FÁRMACOS DIVERSOS**

zona posterior da gaveta	
<p>bicarbonato <b>8,4%</b> 100ml sol inj Fr EV</p> <p></p>	<p>paracetamol <b>1000mg/100ml</b> sol inj Fr EV</p>
zona anterior da gaveta	








## GAVETA nº 12 FÁRMACOS DIVERSOS

zona posterior da gaveta				
ceft <b>RIAXONA</b> 1000mg pó sol inj Fr EV 	benzilpenicilina <b>SODICA</b> 1 M UI pó sol inj Fr IM 	benzilpenicilina <b>BENZATÍNICA</b> 1200 MUI pó sol inj Fr IM  	cef <b>AZOL</b> ina 1000mg pó sol inj Fr EV 	benzilpenicilina <b>BENZATÍNICA</b> 2400MUI pó sol inj Fr IM  
piperacilina + tazobactam (TAZ <b>OB</b> AK) 2.2 g pó sol inj Fr EV  	amoxicilina + Ácido clavulânico (1.2) 1000mg/200mg pó sol inj Fr EV 	<b>CIPRO</b> floxacina 200mg/100ml sol inj Fr EV 		met <b>RONIDAZOL</b> 500mg/100ml sol inj Fr EV 
ampicilina 500mg pó sol inj Fr EV 	cefuroxima 750mg sol inj Fr EV 	<b>cARITROM</b> icina 500mg pó sol inj Fr EV 	ge <b>NTAMIC</b> ina 80mg/2ml pó sol inj Fr EV 	flucloxacilina 500mg pó sol inj Fr EV
cef <b>OXITINA</b> 1000mg pó sol inj Fr EV 	azitromicina 500mg pó sol inj Fr EV 	cotrimoxazol 480mg/5ml pó sol inj Fr EV	<b>LEVO</b> floxacina 500mg/100ml sol inj Fr EV 	clindamicina 600mg/4ml sol inj Fr EV 
zona anterior da gaveta				




**GAVETA nº 13 FÁRMACOS DIVERSOS**

zona posterior da gaveta		
<p>piperacilina + tazobactam (TAZOBAK) 4.5g pó sol inj Fr EV</p>  	<p>meropenem 1000mg pó sol inj Fr EV</p> 	<p>vancomicina 500mg pó sol inj Fr EV</p> 
zona anterior da gaveta		

**GAVETA nº 14 FLUIDOTERAPIA**

zona anterior da gaveta	
Cloreto de sódio hipotónico - 0,45% - 500ml	 
Latato de ringier	
Gelofusine gel 500ml	
Cloreto de sódio + glucose a 5% - 0,9% - 500ml	 
Cloreto de sódio + glucose a 5% - 0,9% - 1000ml	 
zona posterior da gaveta	

## GAVETA nº 15 LATERAL BALCÃO FLUIDOTERAPIA

zona anterior da gaveta	
Água bidestilada para injetáveis – 10ml	 Cloreto de sódio isotónico - 0,9% - 10ml
Cloreto de sódio hipotónico - 0,45% - 500ml	 Cloreto de sódio isotónico - 0,9% - 100ml
Latato de ringer	
Gelofusine gel 500ml	Cloreto de sódio isotónico - 0,9% - 500ml
Cloreto de sódio +glucose a 5% - 0,9% - 500ml	 Cloreto de sódio isotónico - 0,9% - 1000ml
Cloreto de sódio + glucose a 5% - 0,9% - 10'0ml	
zona posterior da gaveta	



## 5 - CONCLUSÃO

Na minha percepção, enquanto enfermeiro formando em enfermagem avançada e especializada, num rumo a futuro enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, entendo que a qualidade é algo a desenvolver-se e a manifestar-se nas intervenções de enfermagem, na sua universalidade por todos os enfermeiros. Pelo menos, no sentido de inculcar a cada um, enquanto unidade funcional, a importância da procura da qualidade, pois só desta forma se faz o caminho para o bem-estar das pessoas e famílias a quem se prestam cuidados de enfermagem, para a satisfação dos profissionais, para o reflexo de “brio” e “estar científico profissional”.

Na globalidade, é neste foco que se apoia a minha identidade profissional, e foi com este foco, que me desenvolvi, inclui e cooperei com os enfermeiros do serviço, de modo a poder contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados.

Com base numa avaliação sobre as necessidades do serviço de urgência, elaborada com apoio das enfermeiras orientadoras e enfermeiro chefe do serviço, resultou a necessidade de melhorar as estratégias de armazenamento medicamentos, como forma de melhoria de prática segura medicamentosa, através do armazenamento de medicamentos no serviço: normas e sinalética de segurança – LASA (Look Alike , Sound Alike), tendo o presente trabalho, contribuído positivamente para colmatar essa situação.

De forma a poder compreender, enquadrar e fundamentar com evidência científica esta temática, a realização de pesquisas bibliográficas, o contato e discussão com peritos que trabalham em serviços onde esta organização terapêutica é já um processo concluído e validado, constituíram formas metodológicas, que facilitaram o processo desta construção, melhoria e aprendizagem.

Em suma, esta proposta consagrou-se num unir de esforços, com intuito de realizar a mobilização de um projeto cognitivo, para o projeto realizado e apresentado, tendo resultado num contributo positivo, para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência. Não obstante, a intenção major deste projeto é que o produto do produzido, resulte num processo menos esfinge, mais facilitador e adequado à realidade funcional do mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aronson J. 2009. Medication errors: Definitions and classification. *Br J Clin Pharmacol*. *British Journal of Clinical Pharmacology*, Disponível a partir de <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.13652125.2009.03415.x>
- Braga, M. 2019. O impacto da introdução de um sistema de gestão dos medicamentos LASA na diminuição dos custos no ACES Espinho/Gaia. Faculdade de Economia do Porto, disponível a partir de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/124299/2/367678.pdf>
- Godinho, L.; Carreira, C.; Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike: Um Velho Conceito Sempre em Atualização Look-Alike, Sound-Alike Drugs: An Old Concept Always in Update. *Revista da sociedade portuguesa de anesthesiologia* 27(3), 20-24. doi:<https://doi.org/10.25751/rspa.15145>
- Institute of Medicine (2007). *Preventing Medication Errors National Academies Press* Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Disponível a partir de <http://cdn.stikesmucis.ac.id/Preventing%20Medication%20Errors.pdf>
- Silva, S.; Terra, M e Correia, A.(2015). Armazenamento de Medicamentos num Serviço Clínico. Normas e Sinalética de Segurança, [poster] Disponível a partir de <http://cdn.stikesmucis.ac.id/Preventing%20Medication%20Errors.pdf>

## **Apêndice III**

Apresentação em formato PowerPoint do suporte utilizado para a formação em serviço na UNICOR realizada em três momentos similares, adaptada da apresentada no Anexo I alusivo ao tema: “Partilha dos Resultados do Estudo sobre - Os Efeitos da Prática Simulada na Aquisição de Competências dos Enfermeiros Junto da Pessoa em Situação Crítica”.

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

*“Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada: uma scoping review.”*

António Borges, Mestrando EMC PSC; Nuno Martinho, Mestrando EMC PSC; Isabel Rabiais, PhD, MSc, RN; Sílvia Caldeira, PhD, MSc, RN



Dezembro de 2020

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

### Objetivo:

Mapear as competências dos enfermeiros na abordagem aos doentes em situação crítica ao utilizarem a prática simulada.

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR



Sun Tzu (544 - 496 a.c.) usava pedras de cores diferentes para simbolizar exércitos e definir a melhor estratégia.

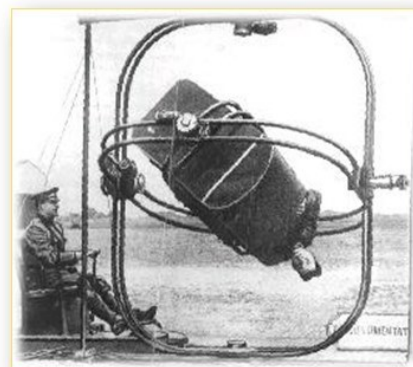
Os generais romanos usavam “caixas de areia” com soldados em miniatura.

(Aebersold, 2016)

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR



Wright Brothers flew their first "Flyer" in 1903, the first flight simulators were developed.



Ed Link (1929) produced the LINK  
TRAINER

Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

Manequim de parto de Mme Coudray Séc. XVII



Florence Nightingale: observação, treino e repetição (1856)



<https://www.gettyimages.com/detail/illustration/florence-nightingale-1856> - JIMMY HEYWOOD

Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR



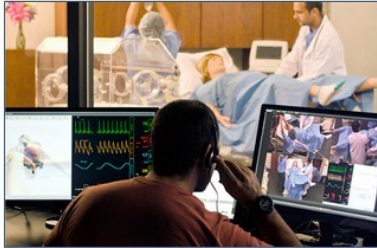
Primeiro manequim de treino (1911)



37

<https://www.gettyimages.com/detail/illustration/florence-nightingale-1856> - JIMMY HEYWOOD

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR



Simulação de alta fidelidade  
(década de 90 ...)



<https://www.researchgate.net/publication/328222222> APRIL 2018

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

A PCR intra-hospitalar é previsível em cerca de 80% das situações. (ERC, 2011)

Os enfermeiros, são em geral, os primeiros a presenciarem uma situação de emergência intra-hospitalar. (Moule, 2002)

A abordagem ao doente crítico exige uma equipa bem treinada, ações rápidas, eficazes e integradas. (Felgueiras, 2006)

A presença de um enfermeiro com treino em suporte avançado de vida aumenta em 4x a taxa de sobrevivência das vítimas de PCR. (Moretti, 2001)

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR



### Competências

Saber agir complexo que se apoia na mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos, devidamente articulados na resposta a uma determinada situação (Moule, 2002).

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR



### Prática simulada

Consiste em recriar um cenário clínico num ambiente artificial, firmando a substituição de um doente por experiências interativas artificialmente guiadas, a fim de replicar situações reais (Gaba, 2007).

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

### Método

Esta revisão foi elaborada de acordo com as recomendações da JBI para análises scoping (Peters, 2020).



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE  
*Better evidence. Better outcomes.*

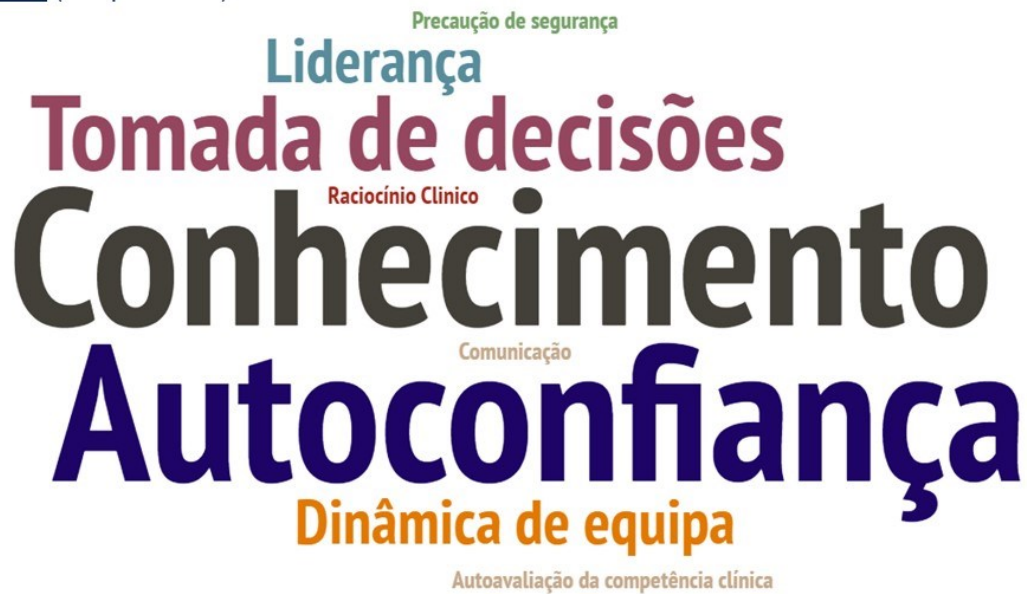
## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

### Fontes de informação



## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

Resultados (competências)



## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

Estratégias inovadoras



- Simulação de alta fidelidade
- Treino "in situ"
- Treino "gamificado"
- Realidade virtual

Aumento da segurança na abordagem à pessoa em situação crítica;  
Prevenção de complicações e diminuição da mortalidade;  
Detecção precoce da deterioração clínica;  
Diminuição do tempo efetivo para a desfibrilhação.  
(Merchant, 2012; Miranda, 2018; Lewis, 2019)

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

### Conclusão

A imitação ou representação de uma determinada situação ou processo, com recurso a simuladores de alta fidelidade e sempre que possível “in situ”, representa uma garantia de aprendizagem e aperfeiçoamento real, com efeito fluente no despertar dos interesses profissionais e institucionais, não colocando em causa a segurança dos doentes.

Suscita ganhos na qualidade da abordagem ao doente, satisfação dos enfermeiros e zelo ético e estético na conduta de aplicabilidade da prática humana, no seio da sua evolução científica.

Opção válida ao nível da formação contínua dos enfermeiros, garantindo uma mudança de comportamentos, no sentido da deteção precoce de complicações e/ou tratamento efetivo do doente em situação crítica.

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR



### Teste conhecimentos?

A prática simulada no desenvolvimento de competências de enfermagem na intervenção à pessoa em situação crítica...

(escolha opção correta?)

- a) ...não produz efeito, nem se revela apreciada pelos enfermeiros.
- b) ...advém da formação em cursos de certificação, sobretudo de alta fidelidade, e aliada ao treino sincronizado técnico e não técnico nos serviços.

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

### Bibliografia

- Aebersold, M. (2016). The History of Simulation and Its Impact on the Future. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 56–61. <http://doi.org/10.4037/aacnacc2016436>
- Felgueiras Filho NM, Bandeira AC, Delmondes T, Oliveira A, Lima Jr AS, Cruz V, et al. Avaliação do conhecimento geral de médicos emergencistas de hospitais de Salvador - Bahia sobre o atendimento de vítimas com parada cardiorrespiratória. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: 634-40. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000090&pid=S0066-782X200900120001200001&Ing=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000090&pid=S0066-782X200900120001200001&Ing=en)
- Moule P, Albarran JW. Automated external defibrillation as part BLS: implications for education and practice. *Resuscitation*. 2002; 54 (3): 223-30. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000094&pid=S0066-782X200900120001200003&Ing=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000094&pid=S0066-782X200900120001200003&Ing=en)
- Moretti MA. Eficácia do treinamento em suporte avançado de vida nos resultados das manobras de ressuscitação cardiopulmonar [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001 [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000096&pid=S0066-782X200900120001200004&Ing=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000096&pid=S0066-782X200900120001200004&Ing=en)
- ERC. (2011). *Advanced Life Support - Recommendations ERC 2010*. (A. Lockey, J. Ballance, H. Domanovits, D. Gabbott, C. Gwinnutt, C. Lott, ... J. Soar, Eds.) (Edition 1.). European Resuscitation Council.
- Bergum, D., Nordseth, T., Mjølstad, O. C., Skogvoll, E., & Haugen, B. O. (2015). Causes of in-hospital cardiac arrest – Incidences and rate of recognition. *Resuscitation*, 87, 63–68. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.11.007
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2020 Jun. 26]. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

### Bibliografia

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul 21 [cited 2020 Ago. 22]; 6 (7): e1000097. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097> DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Hicks F, Coke L, Li S. The effect of high-fidelity simulation on nursing students' knowledge and performance: A pilot study (Vol. 40) [Internet]. Chicago: National Council of State Boards of Nursing, inc.; 2009 [cited 2020 Ago. 08]. Available from: <https://docplayer.net/208024-The-effect-of-high-fidelity-simulation-on-nursing-students-knowledge-and-performance-a-pilot-study.html>
- Gaba, D. The future vision of simulation in healthcare. *Simul Healthc* [Internet]. 2007 [cited 2020 Ago. 08]; 2 (2): 126–135. Available from: [https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2007/00220/The\\_Future\\_Vision\\_of\\_Simulation\\_in\\_Healthcare.8.aspx](https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2007/00220/The_Future_Vision_of_Simulation_in_Healthcare.8.aspx) DOI: <https://doi.org/10.1097/01.SIH.0000258411.38212.32>.
- Oliveira I. Evaluation of realistic simulation as an educational intervention for training nurses in cardiopulmonary resuscitation [dissertation on the Internet]. São Paulo (Brazil): Federal University of São Carlos, Center for Biological and Health Sciences, 2018 Feb 27 [cited 2020 Set 12]. Available from: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9779>
- Amado MJC. Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Out 26] ; ser IV(12): 155-162. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832017000100016&Ing=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000100016&Ing=pt). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>.
- Merchant, D. Does High-Fidelity Simulation Improve Clinical Outcomes?. *Journal for Nurses in Staff Development* [Internet]. 2012 Jan-Feb [cited 2020 Set 12]; 28 (1): E1-E8 Available from: [https://journals.lww.com/jnsdonline/Abstract/2012/01000/Does\\_High\\_Fidelity\\_Simulation\\_Improve\\_Clinical.14.aspx](https://journals.lww.com/jnsdonline/Abstract/2012/01000/Does_High_Fidelity_Simulation_Improve_Clinical.14.aspx) DOI: <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318240a728>

## Partilha e Discussão de Resultados: Formação em Serviço - UNICOR

### Bibliografia

- Square N. High-fidelity simulation in nursing practice: the impact on nurses' knowledge retention, satisfaction, and self-confidence [master's thesis on the Internet]. Colorado (USA): University of Northern Colorado Scholarship & Creative Works @ Digital UNC; 2012 [cited 2020 Set 12]. p 257. Available from: <https://digscholarship.unco.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1257&context=dissertations>
- George K, Quatrara B. Interprofessional Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting. Dimensions of Critical Care Nursing: Wolters Kluwer Health. [Internet]. 2018 May 01 [cited 2020 Set 12]; 37 (3): 144-155. Available from: [https://journals.lww.com/dccjournal/Abstract/2018/05000/Interprofessional\\_Simulations\\_Promote\\_Knowledge\\_5.aspx](https://journals.lww.com/dccjournal/Abstract/2018/05000/Interprofessional_Simulations_Promote_Knowledge_5.aspx) DOI: <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000301>
- Lewis K, Ricks T, Rowin A, et al. Does Simulation Training for Acute Care Nurses Improve Patient Safety Outcomes: a systematic review to inform evidence-based practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing [Internet]. 2019 May 24 [cited 2020 Set 12]; 16 (5): 389-396. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000600659&ting=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600659&ting=pt) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800090>
- Hicks F, Coke L, Li S. The effect of high-fidelity simulation on nursing students' knowledge and performance: A pilot study (Vol. 40) [Internet]. Chicago: National Council of State Boards of Nursing, inc.; 2009 [cited 2020 Ago. 08]. Available from: <https://docplayer.net/208024-The-effect-of-high-fidelity-simulation-on-nursing-students-knowledge-and-performance-a-pilot-study.html>
- Miranda FBG, Mazzo A, Pereira GA. Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências revisão da literatura. Sci Med [Internet]. 2018 Jan 26; 28 (1): ID28675. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/322728012\\_Uso\\_da\\_simulacao\\_de\\_alta\\_fidelidade\\_no\\_preparo\\_de\\_enfermeiros\\_para\\_o\\_atendimento\\_de\\_urgencias\\_e\\_emergencias\\_revisao\\_da\\_literatura/link/5a78a7990f7e9b41dbd437e8/download](https://www.researchgate.net/publication/322728012_Uso_da_simulacao_de_alta_fidelidade_no_preparo_de_enfermeiros_para_o_atendimento_de_urgencias_e_emergencias_revisao_da_literatura/link/5a78a7990f7e9b41dbd437e8/download) DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28675>

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Certificados de Participação no III Seminário Internacional  
do Mestrado em Enfermagem – Universidade Católica  
Portuguesa**

**III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**  
**ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:**  
**PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO**

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **NUNO MARTINHO RODRIGUES FERNANDES**, foi coautor da apresentação com o tema: *“Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro”* na Mesa 3: Enfermagem Especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia 27 de novembro de 2020, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar



5,6 x 215,6 mm

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • Email: saude@ics.lisboa.ucp.pt

**III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**  
**ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:**  
**PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO**

**PROGRAMA**

**9:00 –Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**  
Moderador: Luis Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)  
Ana Rebotim (Mestranda do 13º CME, SIP) - “Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde”  
Margarida Carvalho (Mestranda do 13º CME, SIP) – “Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos”  
Matilde Carvalho (Mestre em Enfermagem, SIP) – “Promover a Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro”

**10:00 –CONFERÊNCIA INAUGURAL-“The role of ICN in enhancing the value of Nursing”**  
Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

**10:30 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“Realidade da enfermeira especializada em Espanha”**  
Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha)

**11:00 –MESA DE ABERTURA**

**11:30 –Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**  
Moderador: Marisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)  
Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) – “Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2”  
Laurina Gomes (Mestranda do 13º CME-EC) - “Saúde Escolar em Tempo de Pandemia”  
Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - “Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável”

**14:00 –CONFERÊNCIA INTERNACIONAL-“A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura”**  
Maria Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

**14:30 –Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)  
Cátia Lampreia (Mestrando do 13º CME, MC) - “Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro”  
António Borges (Mestrando do 13º CME, MC) - “Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro”  
Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - “Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro”

**15:30 –MOMENTO CULTURAL**

**16:00 –ENCERRAMENTO**




Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt

### CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **NUNO MARTINHO FERNANDES**, integrou a Comissão Organizadora e participou no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia 27 de novembro de 2020, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar

Aluno n.º 192019019



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt

### PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA  
Moderador: Luis Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SIP)  
Ana Rebotim (Mestranda do 13º CME, SIP) - "Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde"  
Margarida Carvalho (Mestranda do 13º CME, SIP) - "Criar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Caminhos"  
Matilde Carvalho (Mestre em Enfermagem, SIP) - "Promover a Esperança: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro"

10:00 – CONFERÊNCIA INAUGURAL – "The role of ICN in enhancing the value of Nursing"  
Howard Catton (Chief Executive Officer International Council of Nurses, Suíça)

10:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL – "Realidade la enfermeira especializada en España"  
Maria Hinojal Benavente Cuesta (PhD, Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha)

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:30 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA  
Moderador: Marisa Paço (Mestre em Enfermagem, EC)  
Filipa Oliveira (Mestranda do 13º CME-EC) - "Intervenção da Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2"  
Laurina Gomes (Mestranda do 13º CME-EC) - "Saúde Escolar em Tempo de Pandemia"  
Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, EC) - "Adolescer com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável"

14:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL – "A Realidade dos Migrantes no Chile: o Presente e Projeção Futura"  
Maria Antonia Vollrath (PhD, Universidad Mayor, Chile)

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)  
Cátia Lampreia (Mestrando do 13º CME, MC) - "Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro"  
António Borges (Mestrando do 13º CME, MC) - "Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no Futuro"  
Sofia Correia (Mestre em Enfermagem, MC) - "Desafios ao Dever de Informar: Protagonistas no Presente a Inovar o Futuro"

15:30 – MOMENTO CULTURAL

16:00 – ENCERRAMENTO



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal • Telefone 21 721 41 47 • E-mail: saude@ics.lisboa.ucp.pt