



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ABORDAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA ATRAVÉS DA PRÁTICA SIMULADA**

Development of skills in the approach to people in a critical situation through
simulated practice

Por

António José Dias Borges

Lisboa, 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ABORDAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA ATRAVÉS DA PRÁTICA SIMULADA**

Development of skills in the approach to people in a critical situation through
simulated practice

Por

António José Dias Borges

Sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2021

“O valor de uma conquista está relacionado com as dificuldades e os esforços enfrentados no percurso e nas batalhas.”

Sebastião Wanderley

Com muito orgulho,
dedico a todos os colegas de profissão.
Que glória alcancem por saber cuidar!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem pela viagem de reconhecimento e aprendizagem que proporciona aos seus estudantes. Agradeço a toda a família docente pela forma como se dedicam e se empenham na formação, no crescimento e na diferenciação daqueles que com eles privam durante a sua fase de aprendizagem.

Mais especificamente gostaria de agradecer:

- à Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo pelo exemplo, disponibilidade e dedicação demonstrada ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem;
- à Professora Doutora Isabel Rabiais pela sua orientação pedagógica, presença e disponibilidade em todos os momentos do meu percurso académico;
- à Professora Doutora Manuela Madureira pela coordenação, orientação e disponibilidade sempre presente;
- à Professora Doutora Sílvia Caldeira pela co-autoria da *Scoping Review* e pela sua constante disponibilidade, ajuda e partilha de saberes.

Agradeço aos orientadores dos estágios pela postura facilitadora de aprendizagem com que pautaram as suas orientações e em simultâneo investiram na minha formação e no meu crescimento.

Agradeço aos colegas da 13ª edição deste Mestrado pelo apoio e partilha de experiências.

Agradeço à minha família e em particular ao meu falecido pai que infelizmente não teve a possibilidade de percorrer este caminho a meu lado.

Agradeço à minha incansável esposa e ao meu filho que sempre acreditaram, sempre me acompanharam e sempre me transmitiram a força necessária para enfrentar as adversidades que, ao longo do ano, foram surgindo. Desculpem pelos longos períodos de “ausência”...

RESUMO

A enfermagem é uma profissão que, ao longo dos últimos anos, tem percorrido um caminho de constante afirmação, ocupando o seu espaço de forma privilegiada, única e reconhecida na sociedade. Este reconhecimento apenas tem sido possível com o investimento próprio de quem prossegue uma atitude proativa, esclarecedora e em constante evolução. Os desafios diários devem, *per sí*, constituir-se como oportunidades para desenvolver novas aptidões, acompanhando a natural evolução tecnológica que é característica dos serviços que acolhem os doentes em situação crítica. A incerteza e o desconhecimento perante a doença, torna estes locais potencialmente motivadores para os profissionais, tornando-os profícuos na aquisição e desenvolvimento de novas competências. A pertinência que este processo de aprendizagem assume na construção da identidade do enfermeiro, motivou a revisão da literatura onde emerge a importância que a formação em contexto simulado tem no desenvolvimento de competências específicas que garantam a melhor abordagem à pessoa em situação crítica. Esta aplicabilidade na enfermagem, suscita ganhos na qualidade dos cuidados disponibilizados, satisfação dos enfermeiros e zelo ético 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 decisão, 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 cuidado do doente em situação crítica. Na procura de uma efetiva implementação desta prática, foi desenvolvido ao longo do percurso para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, um programa de simulação integrado nos respetivos estágios que decorreram no serviço de urgência e cuidados intensivos. Todos os enfermeiros destes serviços foram submetidos a vários momentos de simulação, onde o contacto com cenários complexos lhes permitiu aumentar consideravelmente as suas capacidades para responder de forma positiva a situações de peri e paragem cardiorrespiratória. Paralelamente e na procura de uma praxis reflexiva, onde a qualidade dos cuidados prestados se traduzisse em ganhos para a saúde daqueles que cuidamos, o percurso foi ancorado no referencial teórico *Technological Competency as Caring in Nursing* de Rozzano Locsin, onde a tecnologia é assumida como um elo de ligação entre o doente e o enfermeiro, numa relação de vulnerabilidade mútua e de verdadeiro conhecimento dos intervenientes.

Palavras-chave: *Enfermagem; Prática Simulada; Competências; Doente Crítico*

ABSTRACT

Nursing is a profession that, over the past few years, has followed a path of constant affirmation, occupying its space in society. This recognition has only been possible with the investment of those who pursue a proactive, enlightening and constantly evolving attitude. The daily challenges constitute an opportunity and strategy for the development of specialized nursing skills in the care of critically ill patients, at the same time as technological evolution, frequent in critical care contexts.. Uncertainty and ignorance about the disease, makes these places potentially motivating for professionals, making them useful in the acquisition and development of new skills. The relevance that this learning process assumes in the construction of the nurse's identity, motivated the literature review where the importance that training in a simulated context emerges in the development of specific skills that guarantee the best approach to the person in a critical situation. This applicability in nursing leads to gains in the quality of care provided, nurses' satisfaction and ethical zeal in the conduct of applicability of human practice, in the midst of its scientific evolution. It allows the acquisition of technical and non-technical skills, namely in terms of knowledge and self-confidence, safety precautions, clinical reasoning and decision-making, team dynamics, communication and leadership and also the self-assessment of clinical competence. As a learning strategy, the simulated practice will increasingly be a valid option in terms of the continuous training of nurses, guaranteeing a change in behavior, in the sense of early detection of complications and/ or care of the patient in a critical situation. This theme and practice, was essential for the development of specialized nursing skills in this area. Thus, it was developed a simulation program integrated in the respective stages that took place in the emergency service and intensive care. All nurses in these services were subjected to several simulation moments, where contact with complex scenarios allowed them to considerably increase their abilities to respond positively to situations of cardiopulmonary peri and arrest. At the same time and in the search for a reflective praxis, where the quality of the care provided translates into gains for the health of those we care for, the nursing practice was based on Technological Competency as Caring in Nursing theory, by Rozanno Locsin, where technology is assumed as a way to know critically ill patients and as a link between the patient and the nurse, in a relationship of partnership and mutual vulnerability, with true knowledge of the actors.

Keywords: *Nursing; Simulation Training; Skills; Critical Patient*

LISTA DE ACRÓNIMOS

GLC-PPCIRA	<i>Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos</i>
INE	<i>Instituto Nacional de Estatística</i>
ISBAR	<i>Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)</i>
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
REBE _n	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>
REPE	<i>Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros</i>
TEAM	<i>Together Everyone Achieve More</i>
TISS 28	<i>Therapeutic Intervention Scoring System-28</i>
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>

LISTA DE SIGLAS

ABCDE	<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure</i>
ABC	<i>Activity-Based Costing</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
AOP	<i>Assistentes Operacionais</i>
AVC	<i>Acidentes Vascular Cerebral</i>
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
DGS	<i>Direção-Geral da Saúde</i>
ERC	<i>European Research Council</i>
OE	<i>Ordem dos Enfermeiros</i>
PCR	<i>Paragem Cardiorrespiratória</i>
SO	<i>Sala de Observação</i>
TC	<i>Tomografia Computorizada</i>
TIH	<i>Transporte Intra-hospitalar</i>
TML	<i>Tall-Man Lettering</i>
UCI	<i>Unidade de Cuidados Intensivos</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

N.º	Número
P.	Página

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ATRAVÉS DA PRÁTICA SIMULADA: A <i>SCOPING REVIEW</i>	25
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	68
2.1. CONTEXTO DA VIDA PROFISSIONAL	68
2.2. CONTEXTO DO ESTÁGIO EM URGÊNCIA HOSPITALAR	75
2.3. CONTEXTO DO ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS	87
3. TREINO DE EQUIPA EM EMERGÊNCIA CARDIORRESPIRATÓRIA: IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE	98
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	100
3.2. AÇÕES DESENVOLVIDAS	106
3.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
APÊNDICES	120
APÊNDICE I. “CIRCUITOS HOSPITALARES”	120
APÊNDICE II. “INFORMAÇÕES E VISITAS AOS DOENTES INTERNADOS”	122
APÊNDICE III. PLANO DE FORMAÇÃO SOBRE O CURSO DE TÉCNICAS DE GESTÃO DE RECLAMAÇÕES E CONFLITOS	124
APÊNDICE IV. APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE “ PRÁTICA SIMULADA: UMA ESTRATÉGIA INOVADORA NO PRESENTE E PROTAGONISTA NO FUTURO”	128
APÊNDICE V. “TRANSPORTE INTRA E INTER HOSPITALAR DE DOENTES”	142
APÊNDICE VI. SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS: ESTRATÉGIAS DE PERCURSO”	144
ANEXOS	161
ANEXO I. CERTIFICADO DO CURSO DE “INTRODUÇÃO AO CONTROLO E AUDITORIA INTERNA”	161
ANEXO II. CERTIFICADO DO CURSO DE “AUDITORIA INTERNA NA SAÚDE”	163
ANEXO III. CERTIFICADO DO CURSO DE “GESTÃO DE CONFLITOS”	165
ANEXO IV. CERTIFICADO DO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM: COMISSÃO ORGANIZADORA E PALESTRANTE	167
ANEXO V. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “ <i>OVERVIEW</i> PELA VNI NA COVID-19 E TERAPIA ALTO-FLUXO”	169
ANEXO VI. CERTIFICADO DE PALESTRANTE “TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS – MÉTODOS E TÉCNICAS”	171
ANEXO VII. “MEGACODE TESTING CHECKLIST”	173
ANEXO VIII. PRÁTICA SIMULADA EM CONTEXTO CLÍNICO	178

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA para <i>Scoping Review</i>	33
Figura 2. Competências adquiridas pelos enfermeiros quando submetidos a cenários de simulação clínica.	34
Figura 3. Efeitos das competências adquiridas pelos enfermeiros na pessoa em situação crítica	43
Figura 4. Competências e domínios do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros).....	44
Figura 5. Competências enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros).....	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros por idade	102
Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício profissional	102
Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros por categoria profissional	103
Tabela 4. Distribuição dos enfermeiros por formações adicionais	103
Tabela 5. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros do serviço de urgência	104
Tabela 6. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos	105
Tabela 7. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros do serviço de urgência (após a 2ª simulação avaliada).....	108
Tabela 8. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros de cuidados intensivos (após a 2ª simulação avaliada).....	109
Tabela 9. Comparação entre as médias dos resultados obtidos no SU e UCI.....	109

INTRODUÇÃO

No mundo atual globalizado, altamente competitivo e em constante transformação, a inovação e o conhecimento são exigências prioritárias em todas as profissões e atividades. Constituem-se como um vetor de promoção e atualização de conhecimentos, que permite o desenvolvimento das competências necessárias para o exercício profissional nos contextos e para os contextos de trabalho. Deste modo, são asseguradas a qualidade e segurança dos cuidados prestados e a procura contínua pela excelência, garantindo uma prestação de cuidados baseada em evidências científicas.

Tem-se assistido, nas últimas décadas, a uma constante evolução tecnológica que impõe aos profissionais uma permanente atualização e acompanhamento científico, na procura da melhor prática sustentada em raciocínio clínico e tomadas de decisão facilitadoras de cuidados de qualidade. Formação pressupõe mudança, acrescentar valor ao nível das competências e atitudes, quebrar a rigidez própria de quem não evolui e se mantém fiel aos modelos rígidos, burocráticos e fragmentados (Fabião et al., 2005).

A enfermagem em particular, assume-se como uma profissão com impacto ao nível dos cuidados de saúde, constituindo-se um elo essencial num sistema organizado e em harmoniosa afirmação e merecido mérito na sociedade atual. O cuidar, núcleo central desta disciplina, é reconhecido como a essência que esteve na origem do seu nascimento, na base da sua organização e na vanguarda da sua profissionalização (Festas, 1999). Nesta linha de pensamento, a enfermagem tem vindo a sustentar a sua prática para "(...) um modelo holístico, subjetivo, interativo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa" (Moniz, 2003, p. 29).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) a Enfermagem "é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a alcançar a sua capacidade máxima funcional tão rapidamente quanto possível" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99).

Ser prestador de cuidados implica colocar em prática e em simultâneo a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. Exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade (Hesbeen, 2001).

Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, são profissionais que se dedicam às pessoas com intenção de as ajudar, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias. Segundo Hesbeen

(2001, p. 34,35), os enfermeiros são profissionais que cuidam a pessoa em toda a sua globalidade e complexidade “(...) cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos atos praticados, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor”.

No nº 2, do artigo 4º do REPE, o enfermeiro surge como o “profissional habilitado com o curso de licenciatura em enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao individuo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99). O enfermeiro é detentor de conhecimentos sólidos que lhe permitem decidir de forma racional e utilizar meios e técnicas próprias inerentes à profissão, utilizando e potenciando de forma eficiente os recursos disponíveis.

Assim, depreende-se que o cuidar em enfermagem assume a sua expressão na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, sendo esta interação a responsável pela compreensão do outro na sua singularidade (Moniz, 2003). Cuidar de pessoas, centra-se numa perspetiva multifatorial, na qual todas as dimensões interagem de forma coerente e indivisível, tornando cada pessoa cuidada, como única e em que a sua perceção se constitui como a base das suas vivências e do sentido que isso lhe traz para a sua vida (Hesbeen, 2001). As expectativas face aos cuidados de enfermagem variam, por isso, de pessoa para pessoa, uma vez que são influenciados por fatores sociais, educacionais, culturais e espirituais, análogos à identidade de cada um (Marques, 2000).

Sendo objetivo do enfermeiro a manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, circulação, alimentação, eliminação, integridade cutânea, mobilidade e comunicação, é fundamental garantir cuidados individuais, holísticos e de qualidade, compreendendo a pessoa no seu todo, em toda a sua dimensão humana e acedendo a todas as suas expectativas (Ferreira, 2009). Importa por isso referir que cuidar em enfermagem, pressupõe uma vertente científica/ profissional, não apenas baseada na essência da disciplina, mas também numa sensibilidade afetiva que deve ser transversal a todos os enfermeiros, pois o “verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência mas, pelo contrário, utilizá-la para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica” (Pacheco, 2002, p.32).

Nesta ótica de evolução e crescimento profissional, o enfermeiro deve pautar por uma prática refletida e baseada na evidência, promovendo a diferença no processo de recuperação e fomentando um sentimento de segurança à própria pessoa. Benner (2001) assume que a teoria, base da intervenção do enfermeiro, oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas que a prática é sempre mais complexa e apresenta mais realidades do que as que se podem aprender através da teoria.

A abordagem à importância e ao valor da perícia clínica dos enfermeiros nos vários contextos de saúde teve a sua “máxima” nos anos 80, do século XX, tendo sido Patrícia Benner, a figura de maior destaque no mundo científico da época, por ter desenvolvido um estudo, cuja população alvo eram enfermeiros a trabalhar em vários serviços de hospitais dos Estados Unidos da América, aplicando e validando o Modelo Dreyfus relativo ao desenvolvimento da perícia, em que defendeu que o conhecimento clínico do enfermeiro não passa somente pela formação académica, mas também pelo conhecimento adquirido através da experiência e reflexão sistemática das suas práticas. Estas conclusões contribuíram para valorizar o conhecimento do enfermeiro adquirido em contextos de trabalho. Basicamente este modelo preconiza que o enfermeiro até alcançar a perícia, passará por vários estadios antecessores, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente e perito.

Benner (2001, 2005) e Benner et al (2009) caracterizam os enfermeiros peritos como aqueles que conseguem identificar as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas, através de uma compreensão intuitiva, apreendem a situação no seu todo e diagnosticam com precisão, não perdendo tempo com possibilidades ineficazes. Devido a esta performance superior, estes enfermeiros são, frequentemente, consultados pelos seus colegas e referidos como exemplos a seguir pelos seus superiores. Mais afirma que, apesar de muitos enfermeiros progredirem no nível de competência, muitos nunca se tornam peritos. Assim, para que o enfermeiro atinja o nível de perito é necessário o seu envolvimento em situações clínicas e a posterior reflexão sobre o seu desempenho. O que o diferencia dos restantes é o seu conhecimento proveniente da experiência e a sua capacidade de raciocínio crítico, para responder livremente em cada situação, sendo esta resposta uma importante fonte de conhecimento (Benner et al, 2009; Day, 2009).

O enfermeiro perito desenvolve a sua atividade prática em simultâneo com o enriquecimento teórico conseguido através do investimento académico e que se traduz na formação especializada, elencada pela motivação própria de quem procura ser melhor a cada dia e em todos os momentos. Este é um valor inestimável e apenas ao alcance daqueles que se identificam como verdadeiros artistas que definem o seu conceito de arte na presença e na marca que pretendem deixar naqueles que a si recorrem quando mais precisam. O enfermeiro especialista é, portanto, aquele que mais se diferencia e se destaca na prestação de cuidados de qualidade, alicerçados por um conhecimento holístico, “(...) habilidades e atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção e no desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo” (Regulamento 140/2019). Paralelamente a este desenvolvimento técnico-científico, importa garantir que as competências adquiridas são sustentadas numa prática profícua e dotada de meios capazes de garantir uma adequada manutenção dos conhecimentos adquiridos.

Esta formação baseada em competências, assume-se cada vez mais como o novo paradigma da aprendizagem, na centralidade da nova lógica das organizações, como “a pedra basilar à obtenção de determinados resultados, definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão” (Rabiais, 2016, p.38).

Benner (2005) atribui à experiência do vivido uma importância vital no desenvolvimento de competências. Assume que é através da experiência adquirida na prática que a perícia se desenvolve, onde o conhecimento teórico é importante, mas insuficiente, para a tomada de decisões complexas como as exigidas na praxis de enfermagem.

O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, que só se traduz em mudança, na medida em que, se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e afetivo (Abreu, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros (2003) refere-se ao conceito de competência, como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, os cuidados de enfermagem, exercendo a sua responsabilidade profissional. Acrescenta que demonstrar competência é “saber mobilizar e combinar recursos, ter capacidade de integrar saberes diversos e heterogêneos para realizar atividade” (OE, 2011, p.6).

Na complexidade do seu agir, os enfermeiros adquirem competências quando se integram em processos de aprendizagem e formação contínua que possam dar respostas às necessidades do indivíduo, família e pessoas significativas, tal como é referido pela *Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture* (UNESCO) (1976): “o enfermeiro educa-se (...) desenvolve as suas aptidões, conhecimentos, melhora as suas qualificações técnicas e profissionais (...)”. O enfermeiro cria, portanto, estratégias para a promoção da qualidade de desempenho no seu agir, desenvolvendo capacidades e habilidades que se integram em padrões morais e legais e caracterizam uma prática competente. Corroborando com Dias (2004, p. 58) “a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a atualização)”. No entanto, de pouco servirá a melhor formação, se esta não for revalidada com frequência, atualizada de acordo com a melhor evidência e treinada em parceria e em contextos específicos da sua prática diária. Impõe-se um desafio permanente de criatividade, de saber e de persistência, no sentido de aperfeiçoar a metodologia de trabalho, criando dinamismo, interatividade e destreza na prestação de cuidados. Ora, este será um percurso tão mais importante quanto o nível de exigência e diferenciação exigido aos respetivos profissionais. Seja num ambiente hospitalar, seja na abordagem em contexto de urgência e emergência extra-hospitalar, as dinâmicas individuais e em equipa são de primordial

importância, assumindo-se como fundamentais na detecção precoce e tratamento eficaz de situações fatais, tais como a paragem cardiorrespiratória (PCR).

Para Faria (2016), o desenvolvimento do conhecimento científico relativamente à reanimação do Ser Humano aliado ao avanço da tecnologia e a dinâmicas de equipa eficazes, tem permitido aumentar a probabilidade de sobrevivência das pessoas vítimas de PCR. De acordo com as últimas guidelines de 2020 do *European Reserach Council* (ERC) e da *American Heart Association* (AHA), várias iniciativas a este nível têm sido desenvolvidas, e com isto tem-se verificado um aumento da taxa de sobrevivência das vitimas. As causas que podem estar na origem de uma situação de PCR são inúmeras, no entanto, segundo Perkins et al. (2021), em latentes e crianças, grande parte das situações devem-se à privação de oxigénio originada pela obstrução das vias respiratórias, enquanto que nos adultos são as doenças do aparelho circulatório, principalmente a doença cardíaca isquémica. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020), em Portugal no ano 2018 as doenças do aparelho circulatório continuaram a representar a principal causa de morte, com 32 926 de óbitos, representando 28,99% do total da mortalidade ocorrida em todo o país. Ainda de acordo com a mesma fonte, no conjunto das doenças do aparelho circulatório, 13,11% correspondem a doença cardíaca e 9,88% a acidentes vasculares cerebrais (AVC), sendo estas, doenças de evolução progressiva, causadoras de várias co morbilidades, e que são, geralmente, o foco de intervenção em contexto de urgência e emergência, importa que os enfermeiros se consigam diferenciar nesta área especifica de atuação. A abordagem à pessoa em situação crítica, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº124 (2011, p.8656)) requer, além de conhecimentos teóricos, uma linha de raciocínio clínico que possa advogar uma atitude eficiente e capaz de produzir resultados positivos. Cuidar a pessoa em situação crítica implica, não só uma atuação centrada na situação concreta, mas uma abordagem mais global do contexto anamnésico com vista à resolução da causa e não apenas do problema identificado (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

Face à enorme complexidade e diversidade de situações associadas à pessoa em situação crítica, o processo de cuidar deve compreender intervenções que se encontram para além da pessoa per si, devendo envolver igualmente as pessoas significativas e os profissionais de saúde (Boykin & Schoenhofer, 2013). Atualmente, a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, implica o recurso à tecnologia para garantir uma prática segura e eficiente. Em particular na prestação de cuidados à pessoa vítima de paragem cardiorrespiratória, a tecnologia em muito tem contribuído para melhorar o *outcome*, sendo atualmente considerada indispensável (Stub et al., 2015). O uso de dispositivos de feedback audiovisual durante a ressuscitação cardiopulmonar

para otimização em tempo real do desempenho, pode contribuir em até 25% para a sobrevivência depois da alta hospitalar após paragem cardíaca (AHA, 2020).

A tecnologia deve ser, cada vez mais, um recurso para melhorar a pessoa cuidada, não se constituindo um fim em si mesma. A teoria *Technological Competency as Caring in Nursing* pressupõe o recurso à tecnologia como um meio através do qual os enfermeiros conhecem melhor a pessoa de quem cuidam, realçando o foco das intervenções de enfermagem (Locsin, 2001, 2005, 2013). O recurso à tecnologia não pretende conhecer a parte lesada em monitorização ou em tratamento, mas procura conhecer a pessoa enquanto ser humano singular, com as particularidades que o caracterizam e que estão em constante mudança (Locsin, 2005). É, portanto, fundamental que o enfermeiro possua domínio sobre os equipamentos utilizados na prestação de cuidados por forma a otimizar o processo de enfermagem (Tunlind, Granström, & Engström, 2015). Para que este seja um aspeto relevante e benéfico no seu crescimento enquanto profissional e enquanto enfermeiro especializado, dever-se-á adotar estratégias dirigidas à facilitação e habituação tecnológica integrada numa abordagem holística da pessoa como um todo e exposta a um grande nível de complexidade. Assim, uma das estratégias a utilizar poderá incluir a recriação prévia de cenários em contexto crítico, antecipando em segurança, prováveis riscos e situações de complexidade acrescida e ajustadas à realidade e ao contexto da prática de cada um. Esta ferramenta, a qual designamos de simulação, caracteriza-se por um conjunto de experiências guiadas, que evocam ou replicam aspetos do mundo real, de forma totalmente interativa (Gaba, 2004), com a finalidade de praticar, aprender, avaliar, testar ou aumentar a compreensão dos sistemas ou ações humanas (National League for Nursing 2010). Segundo Hicks, Coke e Li (2009), consiste na arte e na ciência de recriar um cenário clínico num ambiente artificial. O seu principal objetivo é facilitar a compreensão e uma gestão mais adequada da situação, quando esta ocorre na prática clínica. O realismo de uma experiência clínica simulada atinge o seu expoente máximo quando se associa a um conjunto de materiais e equipamentos que recriam um ambiente semelhante ao da prática clínica e a um simulador de alta-fidelidade, que reage fisiologicamente como se de uma pessoa se tratasse (Batista, 2010). Esta é já uma prática internacionalmente recomendada por organizações reconhecidas como a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* e a *International Liaison Committee on Resuscitation* (Sahu & Lata, 2010), representando também a nível nacional um lugar de destaque, nomeadamente em instituições preocupadas com a diferenciação dos seus profissionais.

Sendo uma área de particular interesse e à qual a dedicação pessoal ultrapassa já uma década, foi um tema particularmente desenvolvido ao longo do meu percurso profissional e académico, agora aqui explanado através de uma revisão de literatura que alicerça este relatório. A preocupação em demonstrar, através da evidência científica mais atual, os benefícios da implementação desta boa

prática em contexto de trabalho, constituiu-se como a principal motivação que determinou o caminho seguido. As competências adquiridas pelos enfermeiros quando submetidos a simulação de alta fidelidade, é de inegável contributo para a melhoria significativa na abordagem à pessoa em situação crítica, constituindo-se uma praxis de elevada confiança e motivação para estes profissionais.

Em paralelo à componente prática desenvolvida em contexto de urgência e cuidados intensivos, a implementação de um projeto de intervenção nesta área assumiu-se, desde o início, um desafio e em simultâneo um objetivo partilhado e com um elevado nível de visibilidade para toda a instituição hospitalar. Esteve na origem de pesquisas, reflexões, discussões com peritos e definição de estratégias de futuro com uma base de implementação célere e robusta ao nível da instituição em que decorreram os estágios.

No sentido de aprofundar o processo formativo, foram selecionadas linhas de pensamento de enfermagem que alicerçaram e conduziram os estágios nos diferentes contextos de intervenção. O principal referencial teórico que sustentou a prática clínica e a elaboração deste relatório foi Rozzano Locsin, com a sua teoria *Technological Competency as Caring in Nursing*. Contudo, foi importante incluir os contributos de outras teóricas com reconhecida importância para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, tais como Collière e a sua teoria do cuidar, o pensamento de enfermagem de Hesbeen, Benner ou Boykin e Schoenhofer com a sua teoria de médio alcance *Nursing as Caring*. O presente relatório, integrado na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, encontra-se organizado em três capítulos, sendo que o primeiro diz respeito à revisão de literatura, com uma breve justificação da escolha da temática. O segundo capítulo integra a descrição, análise crítica e reflexiva das atividades realizadas nos mesmos contextos e no âmbito da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e o terceiro capítulo inclui o projeto de intervenção desenvolvido ao longo dos dois estágios (urgência e cuidados intensivos).

Esta unidade curricular foi orientada, pedagogicamente, pela Professora Doutora Isabel Rabiais, tendo consistido em dois estágios de 180h cada. O primeiro decorreu no Serviço de Urgência e o segundo na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da grande Lisboa, no período compreendido entre 01 de setembro e 17 de dezembro de 2020.

Para a redação foi utilizado o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, sendo que poderá estar presente o antigo Acordo Ortográfico apenas em citações diretas. As citações e referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as normas de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* 6ª edição (American Psychological Association, 2010).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A teorias de enfermagem constituem em si mesmo um marco basilar da sua prática, servindo ao longo dos últimos anos, como motivação para a evolução da disciplina enquanto profissão autónoma, organizada e sustentada em conhecimento científico. Estas oferecem aos enfermeiros uma perspectiva de como visualizar a situação do doente, proporcionando, simultaneamente, um modo sistemático de colheita dos dados. Além de facilitar a análise e interpretação dos mesmos, uma perspectiva teórica possibilita ao enfermeiro planear e implementar os cuidados de forma sistemática e intencional.

Após um longo período de subordinação a outras disciplinas, foi com Florence Nightingale que a enfermagem assumiu uma preocupação concreta com as questões teóricas, afastando o conceito associado à mera execução de tarefas. As diferentes concepções de enfermagem que foram surgindo, deram origem a diferentes paradigmas: categorização, integração e transformação (Kérouac, 2017). Assistiu-se então a uma evolução do pensamento em enfermagem, com diferentes perspectivas e que concorreram para a definição dos conceitos em torno dos quais giravam os fenómenos dominantes da ciência de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Em 1978, Fawcett escreveu pela primeira vez sobre estes conceitos centrais da enfermagem, formalizando-os em 1984 como o metaparadigma de enfermagem (McEwen, 2016).

A evolução destes conceitos manteve-se até à atualidade, diferindo conforme os modelos teóricos e os pressupostos que servem de orientação concetual aos mesmos. Neste relatório em particular, são adotadas as definições metaparadigmáticas da Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001 revisto em 2012), relativamente aos conceitos pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem. A pessoa é entendida como um ser social, agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos individuais, por isso única, dotada de dignidade própria e direito à autodeterminação. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente em que se insere e desenvolve, sendo este também influenciado pela pessoa que o modifica continuamente em busca de um estado de equilíbrio e harmonia. A individualidade da pessoa é de tal forma determinante na definição de saúde, que se pode dizer que cada um vivencia um projeto de saúde, no qual a pessoa pode sentir-se saudável quando consegue transformar e integrar as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, o que poderá não corresponder à percepção que terceiros terão da mesma situação. Desta forma, a pessoa está no centro dos processos intencionais, mas também dos não

intencionais, como as funções fisiológicas que são influenciadas pela condição psicológica da pessoa, pelo seu bem-estar e conforto físico, o que impõe que cada pessoa seja encarada como única e indivisível (OE, 2001 revisto em 2012). O ambiente em que as pessoas vivem é multifatorial, composto por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que influenciam e condicionam os estilos de vida e se repercutem no conceito individual de saúde, motivo pelo qual os enfermeiros devem agir abarcando a complexa interdependência pessoa/ ambiente (OE, 2001 revisto em 2012). Considera-se que a saúde é o estado e a representação mental subjetiva da condição individual, nomeadamente no que se refere ao controlo do sofrimento, ao bem-estar físico, ao conforto emocional, espiritual e cultural, não se tratando simplesmente do antónimo de doença. Uma vez que consiste numa representação mental da situação particular de cada um, refere-se ao bem-estar individual, variável no tempo, e que progride naturalmente no sentido do encontro de um equilíbrio. Assim, trata-se de um processo contínuo e dinâmico, que procura o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001 revisto em 2012). Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa/grupo de pessoas (famílias ou comunidades), todos eles dotados de valores, crenças e desejos individuais, influenciados pelo ambiente em que se inserem e desenvolvem. No âmbito profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência, que lhe proporciona uma compreensão e respeito pelos outros, de uma forma multicultural, abstendo-se de juízos de valor, respeitando a sua própria deontologia, estabelecendo uma relação terapêutica de parceria com o sujeito de cuidados e perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos doentes (OE, 2001 revisto em 2012). Os enfermeiros desenvolvem a sua atividade em contexto multiprofissional, intervindo de duas formas distintas: a) intervenções interdependentes, que são iniciadas por outros técnicos da equipa, tendo o enfermeiro a responsabilidade pela implementação técnica da intervenção; b) intervenções autónomas, as quais são iniciadas por prescrição do enfermeiro, tendo este a responsabilidade pela prescrição e pela implementação da intervenção. Toda a atuação dos enfermeiros deve acontecer em complementaridade funcional com os demais profissionais de saúde, dotada de igual nível de dignidade e autonomia no exercício profissional, tal como o artigo 8º do REPE enuncia.

No respeito pelo artigo 99º do REPE, as intervenções de enfermagem são realizadas preocupando-se com a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, zelando pelos valores de competência e aperfeiçoamento profissional, agindo com responsabilidade em relação ao papel assumido perante a sociedade, respeitando os direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e garantindo a excelência do exercício na profissão, em geral e na relação com outros profissionais (OE, 2015). Independentemente do tipo de intervenção, o enfermeiro fundamenta-se nos conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a

saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. Estes devem ser impregnados da tenacidade necessária, inscrevendo-se numa abordagem holística centrada na própria pessoa, refletindo acima de tudo uma atitude e não um apenas um procedimento.

Em particular ao nível da pessoa em situação crítica, os cuidados de enfermagem implicam entender o doente como alguém que desempenha um papel na sociedade, com uma experiência de vida, crenças, expectativas e necessidades próprias (psicológicas, culturais, religiosas, sociais) que influenciam a sua resposta perante a doença, a incapacidade e, eventualmente, perda de autonomia. A vida da pessoa está em risco por se encontrar ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, sendo que a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Neste contexto, os cuidados de enfermagem são altamente qualificados, prestados continuamente para responder às necessidades manifestadas de forma a manter as funções básicas de vida, prevenir as complicações e limitar as incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

Considera-se situação de emergência aquela que advém de uma agressão sofrida por uma pessoa por parte de um qualquer fator, e que lhe provoca a perda de saúde, brusca e violentamente. Nestas situações, um ou mais órgãos vitais podem estar ameaçados ou mesmo afetados, colocando a vítima em risco de vida, o que determina a necessidade de uma assistência imediata (OE, 2018). A situação de exceção ocorre quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis para a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. Por catástrofe entende-se qualquer acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos tanto ao nível material como ao nível humano. Nestas situações as condições de vida e o setor socioeconómico são afetadas de uma forma intensa (OE, 2018).

A responsabilidade do enfermeiro nestas situações assume especial relevância, quer na abordagem inicial e identificação precoce de sinais de instabilidade, assim como na manutenção dos cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica. Para isso, o recurso aos meios tecnológicos disponíveis serve como apoio importante à tomada de decisão. Cuidar da pessoa não se resume a cuidar do seu corpo, mas a ter em consideração toda a sua complexidade, tendo por base as suas dimensões culturais, sociais e familiares. A presença efetiva do enfermeiro (Boykin & Schoenhofer, 2013), a observação contínua da situação de saúde da pessoa, coloca-o numa posição privilegiada para a elaboração do processo de enfermagem. Collière (1999, p.244) defende que “*o processo de cuidados de enfermagem procede de um encontro entre dois (ou mais) seres vivos em que cada um detém elementos do processo de cuidados*”. Tendo em vista a necessidade de dar resposta às exigências

específicas destes contextos e para a elaboração de um processo de enfermagem que responda às necessidades individuais de cada pessoa, o enfermeiro, deverá ser detentor de um conjunto de competências relacionais para além de um corpo de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos avançados (Locsin, 2005). Boykin e Schoenhofer, com a sua teoria de médio alcance desenvolvida em contexto de cuidados críticos, pretendem a compreensão do cuidar em contexto de cuidados intensivos, assumindo este um papel central. O seu ponto de partida são seis pressupostos: cuidar é inerente a todos os seres humanos; as pessoas são unas em cada momento; as pessoas vivem o cuidar a cada momento; conhecer-se como pessoa é viver o cuidar em cada momento; conhecer-se como pessoa advém das relações de cuidados que são estabelecidas com os outros; a enfermagem é uma disciplina e uma profissão (Boykin et al, 2005). Dada a complexidade das intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, a reflexão acerca de cada situação de cuidados, tendo em conta os pressupostos anteriores, conduz ao conhecimento em enfermagem. Na procura da excelência dos cuidados, cada enfermeiro responde a dada situação de cuidados de uma forma única e que reflete a sua essência como pessoa e como enfermeiro. Boykin et al. (2005), consideram que são múltiplos os intervenientes em cada situação de cuidados e definem a forma como interação entre si como a “dança dos cuidadores”. Esta “dança” é apresentada como um círculo aberto, no qual cada um coloca um pouco de si com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão das necessidades de cuidados da pessoa cuidada. A pessoa em situação crítica internada em contexto intensivo necessita de cuidados dirigidos aos seus problemas fisiológicos e às questões psicossociais e familiares. Deste modo, o processo de enfermagem surge através de uma construção específica que tem a sua origem nos diferentes significados que cada indivíduo atribui a determinada situação de cuidados. Este *“cria-se a partir daquilo que se descobre, manipulando as informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar”* (Collière, 1999, p.293).

A transformação das mensagens recebidas por intermédio da observação direta e análise dos resultados da monitorização, assumem assim particular importância. O enfermeiro deve por isso conseguir libertar-se da ansiedade tecnológica e integrar esta informação de acordo com a pessoa alvo dos seus cuidados. Para que esta seja efetiva, o treino em equipa, com recurso à simulação, permite recriar as condições ideais à aquisição das competências necessárias para intervir neste ambiente. Com o intuito de perceber de que forma a simulação clínica pode contribuir efetivamente para a melhoria dos cuidados prestados, foi realizada uma *Scoping Review* que se apresenta em seguida. Através desta revisão, foi possível mapear a evidência científica relativamente às competências adquiridas pelos enfermeiros através da prática simulada na abordagem à pessoa em situação crítica.

1.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ATRAVÉS DA PRÁTICA SIMULADA: A *SCOPING REVIEW*

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 à pessoa 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 de 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, 2021; 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).

Critérios 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 coorte, 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, Elsevier, 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 revisor. 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 revisor 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.

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.

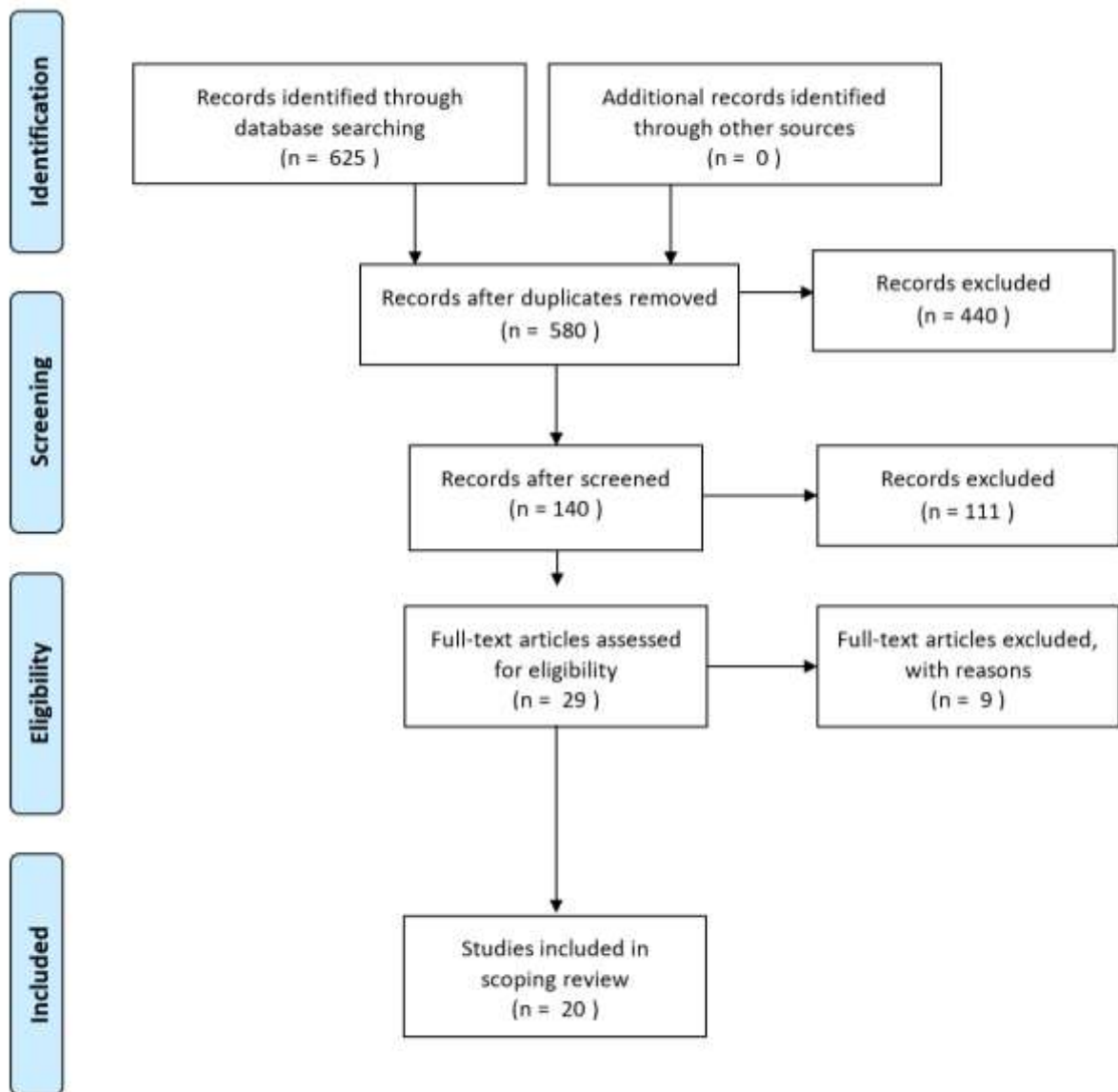


Figura 1. Fluxograma PRISMA para *Scoping Review* (Moher et al., 2009).

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).

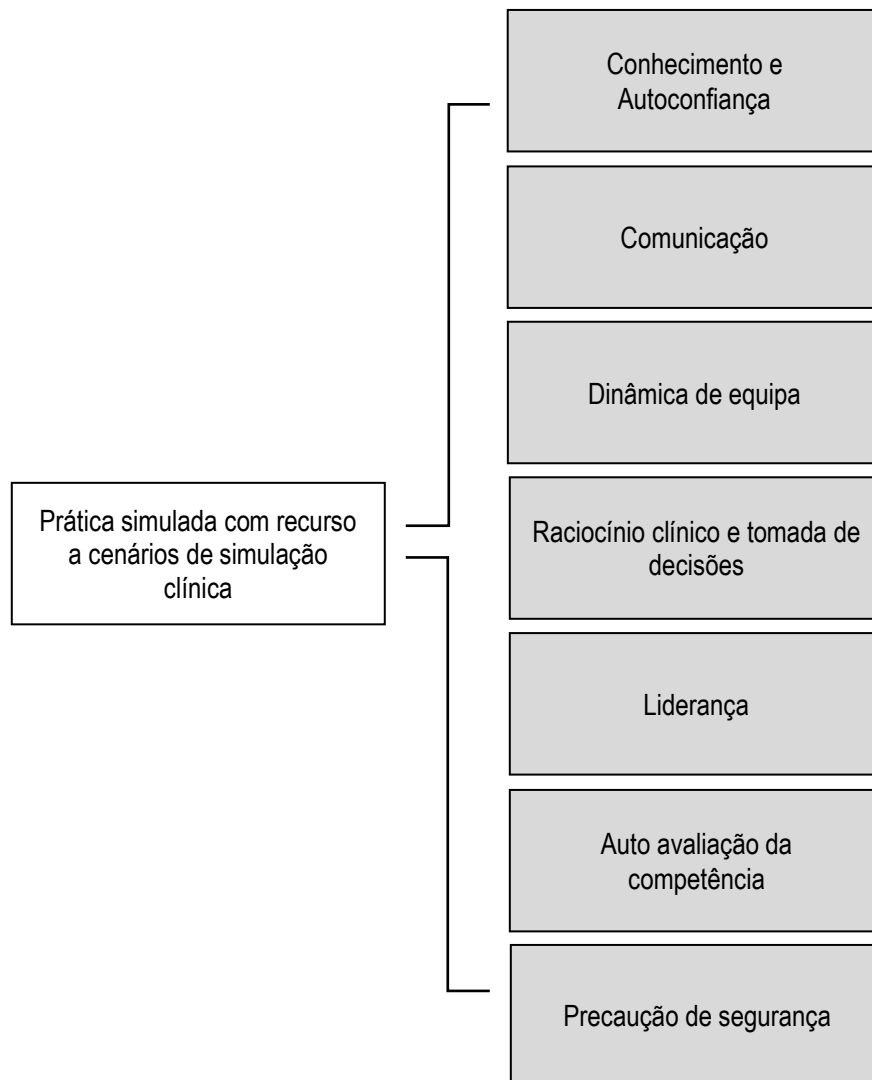


Figura 2. Competências adquiridas pelos enfermeiros quando submetidos a cenários de simulação clínica.

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). 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 carácter 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 (Square, 2012).

Comparando esta realidade com a configuração da natureza, percebe-se que aprender e saber são ferramentas essenciais à vida humana. 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).

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. 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).

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).

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). 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 (2013), 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).

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 detecção de riscos ambientais reais (Villemure et al., 2016).

A simulação *in situ* refere-se a atividades de treino realizadas nos respectivos 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 detecção 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 em 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.

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. 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 (Lewis et al., 2019).

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. 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 (Martins, 2017). 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. 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 (Rosa, 2014; Merchant, 2012).

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, é um componente vital das cadeias de sobrevivência da ressuscitação (Martin, (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).

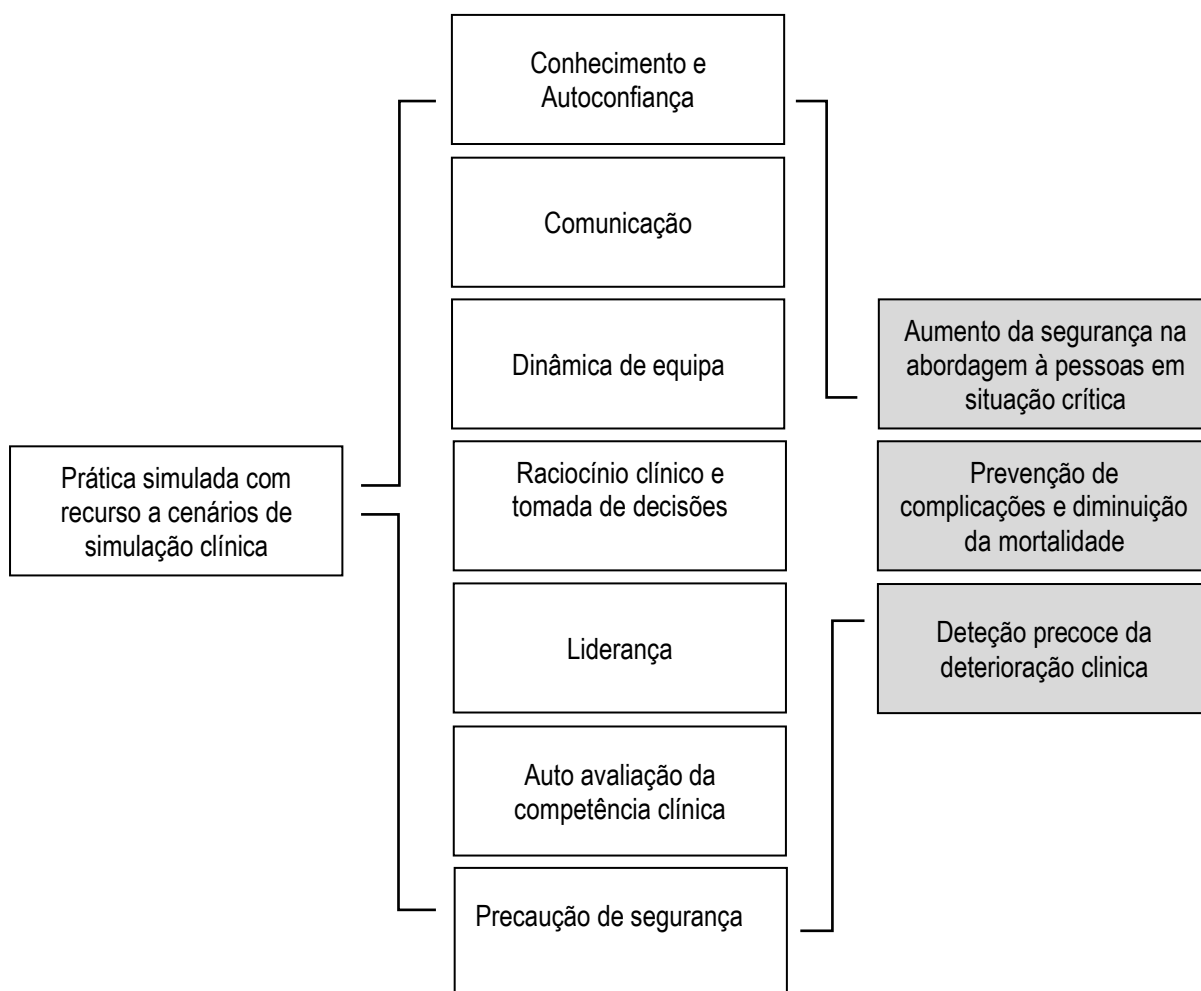


Figura 3. Efeitos das competências adquiridas pelos enfermeiros na pessoa em situação crítica

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. 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).

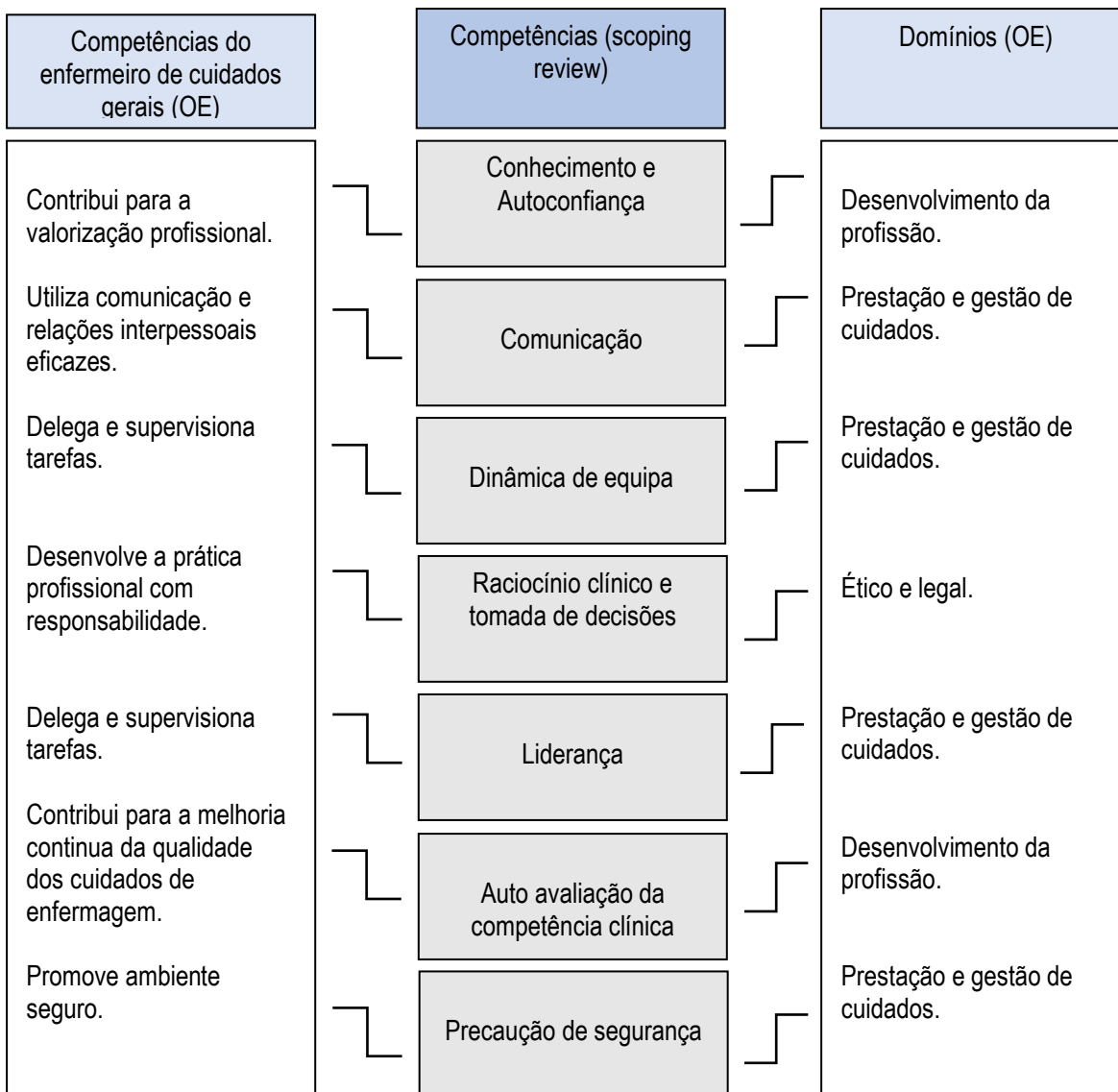


Figura 4. Competências e domínios do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros)

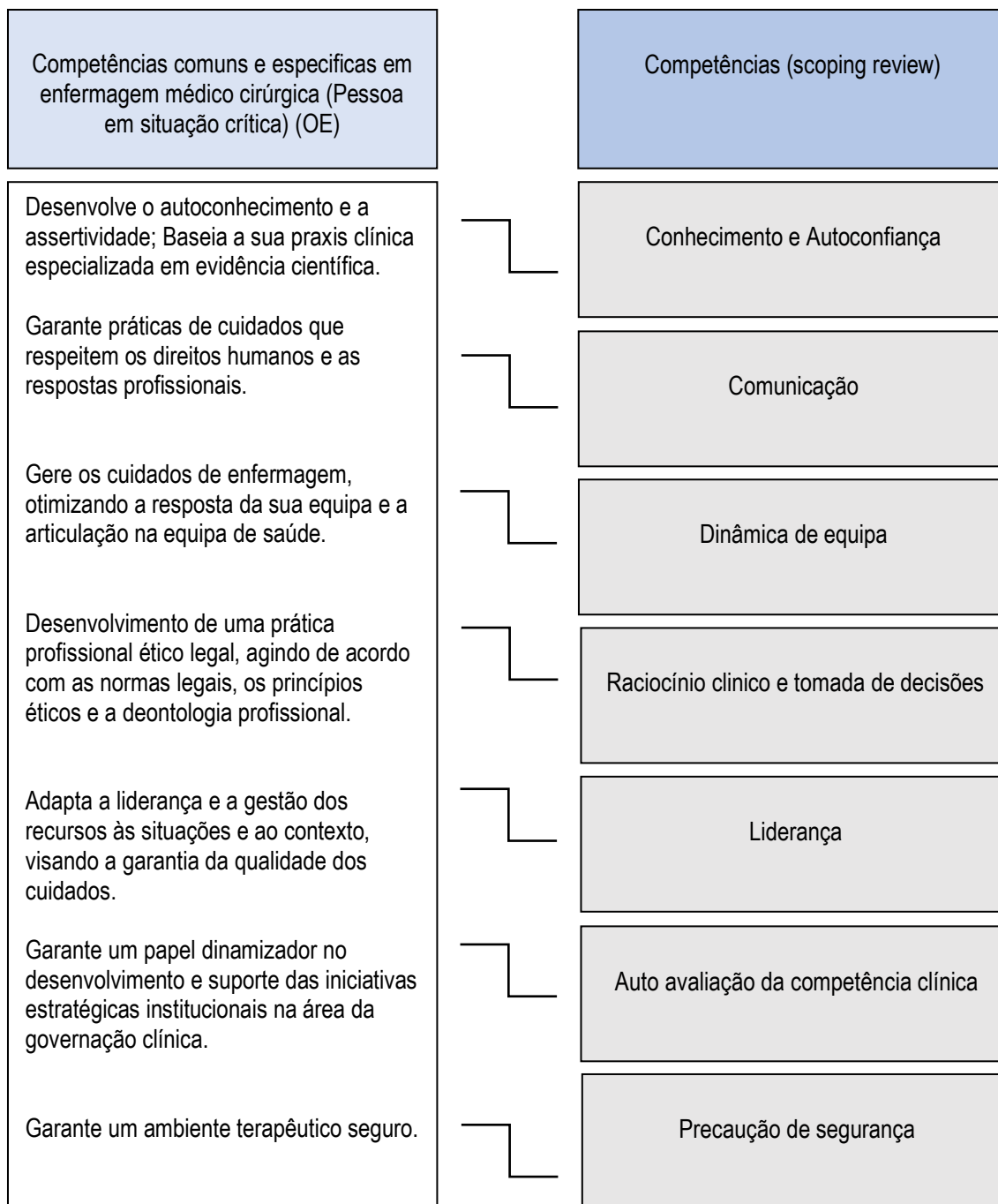


Figura 5. Competências enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros)

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>
- Fabião, A., et al (2005). Formação: Contributo para a Qualidade. *Servir*. Lisboa ISSN 0871/2370. Vol. 53, nº 5, p 235-247.
- Foley, J. A., Mason, V. M., & Manning, K. (2019). 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

- 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: 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/](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., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. (2020). Capítulo 11: Revisões do escopo. |Em E. Aromataris & Z. Munn (Editores), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. (pp.406-451). Disponível a partir de: 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 S4 TI clinical competence OR AB clinical competence S3 S1 OR S2 S2 TI nursing OR AB nursing S1 TI nurses OR AB nurses</p>

<p>MEDLINE complete (by EBSCO) Date searched: August 6, 2020</p>	<p>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"))</p>
<p>NURSING AND ALLIED HEALTH COLLECTION (by EBSCO) Date searched: August 6, 2020</p>	<p>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"</p>
<p>SciELO – Scientific Electronic Library Online Date searched: August 6, 2020</p>	<p>#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)</p>
<p>RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal Date searched: August 6, 2020</p>	<p>#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)</p>
<p>Portal de Búsqueda de la BVS Enfermería Información y Conocimiento para la Salud Date searched: August 6, 2020</p>	<p>#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)</p>

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

<p>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</p> <p>Motivo da exclusão: não responde à questão de investigação.</p>
<p>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.</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> a população não cumpre os critérios de inclusão.</p>
<p>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.</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> a população não cumpre os critérios de inclusão.</p>
<p>4. Truta T, Boeriu C, Copotiu S-M, et el. 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).</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> não responde à questão de investigação.</p>
<p>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</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> não responde à questão de investigação e população não cumpre critérios de inclusão.</p>
<p>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.</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> não responde à questão de investigação.</p>
<p>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.</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> a população não cumpre os critérios de inclusão.</p>
<p>8. Martins José Carlos Amado. Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Out 26] ; Ser IV(12): 155-162.</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> não responde à questão de investigação e população não cumpre critérios de inclusão.</p>
<p>9. Goldsworthy S. High fidelity simulation in critical care: A Canadian perspective. Elsevier Australia [Internet]. 2012 Jun 06</p> <p><i>Motivo da exclusão:</i> a população não cumpre os critérios de inclusão</p>

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, et al.	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, et al.	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	Titule 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 contínua.”
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 reanimação, respondendo às necessidades de obtenção e manutenção de elevados padrões de qualidade no exercício profissional. 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.”
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	“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.” “A prática de SAF por parte dos Enfermeiros e Médicos é eficaz para a melhoria da prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica.”
George, et al.	2018	Interprofessional Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting	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.” “[...] 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	<p>“[...] 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.”</p>
Morton et al.	2019	The Effect of High-Fidelity Simulation on Medical-Surgical Nurses' Mock Code Performance and Self-Confidence	p.181	<p>“[...] 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>
			p.181,182	<p>“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>
			p.182	<p>“Uma das estratégias recomendadas durante a simulação e que garante uma</p>

				<p>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.”</p>
Murphy, et al.	2019	The impact of simulated multidisciplinary Trauma Team Training on team performance: A qualitative study	p.01	<p>“[...] 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.”</p>
Olivei	2018	Avaliação da simulação realística como intervenção educativa para capacitação de enfermeiros em ressuscitação cardiopulmonar.	p.52	<p>“[...] 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 profícua para aquisição de novos conhecimentos e proporcionando melhor entendimento de relações conceituais e práticas.”</p> <p>“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>
			p.54	<p>“[...] 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>
			p.57,58	<p>“[...] 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>
			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</p>

				<p>prática, com conseqüente 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 enfermeiros de uma UCIC: a influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência.	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 mudanças de comportamento na sua prática de cuidados, rumo à excelência em enfermagem.”</p>
			p.116,117	<p>“[...] 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 percepção 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;</p>

				<p>[...] proporcionaram a existência de momentos de reflexão <i>para e sobre a ação</i> [...];</p> <p>[...] 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>
			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.
			p. 79	"[...] simulação permitiu que eles (enfermeiros) se tornassem mais confortáveis trabalhando juntos como uma equipa."
			p.80	"[...] 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.82	"[...] 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."

Stefanski, et al.	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	“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.24	“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.29	“ A ISS é uma estratégia de educação que promove melhorias das competências relacionadas à segurança do doente e prática 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. 30	“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.”

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os serviços de urgência e de cuidados intensivos constituem-se como contextos de intervenção onde habitualmente se desenvolvem cuidados de saúde diferenciados a pessoas em situação de saúde instável e em estado crítico, cujas condições se podem alterar num curto espaço de tempo. O enfermeiro que trabalha num serviço de urgência deve estar apto a identificar prontamente as necessidades dos doentes e a intervir de acordo com a sua avaliação. A sua preocupação deve ir de encontro aos focos de instabilidade detetados, aos riscos de falência e ainda, à prevenção da doença (Cole & Kleinpell, 2006). Por outro lado, os enfermeiros que habitualmente trabalham em cuidados intensivos assumem uma responsabilidade fundamental na observação contínua da situação de doença das pessoas. Esta observação vai-lhes permitir a identificação precoce de focos de instabilidade, a preparação e execução de uma série de intervenções altamente especializadas e adequadas a cada situação (Benner et al., 2011). Desenvolvem um sentido aprimorado na observação direta e indireta do doente em falência multiorgânica, refletem sobre o melhor cuidado e antecipam-se à instalação de quadros de instabilidade de difícil reversão. Procuram na experiência e na evidência científica, identificar quais as competências que melhor servem os interesses dos doentes e dos seus familiares. Neste sentido, será descrito ao longo deste capítulo, o percurso realizado em contexto de formação, relacionando as competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018). Além de indissociáveis, estas competências foram desenvolvidas de forma dinâmica no contexto da vida profissional, nomeadamente nos Serviços de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da área de Lisboa.

2.1. CONTEXTO DA VIDA PROFISSIONAL

A abordagem à pessoa em situação crítica exige a prestação de cuidados especializados de qualidade, integrados de forma multidisciplinar, capaz de fazer eclodir uma assistência integral imposta pela complexidade da própria situação. Embora esta deva constituir-se como completa e articulada, assiste-se, por vezes, a uma simples associação de pessoas com diferentes formações,

sem marcos de referência partilhada, o que traz dificuldades na integração de conhecimentos e abordagens.

Fruto da complexidade dos cuidados de saúde, do aumento da esperança média de vida e do aumento da expectativa dos cidadãos, os sistemas de saúde a nível mundial têm vindo a deparar-se com uma crescente necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade. Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde, estando atualmente claramente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. De acordo com o enunciado, a qualidade em saúde é definida como *“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”* (p.13551).

Neste contexto, a qualidade e a segurança são uma obrigação ética, porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados. Todavia, e tal como referido por Pereira (2009), embora o conceito de melhoria seja essencial no âmbito da qualidade, atualmente a filosofia que ilumina a qualidade em saúde acrescenta ao princípio de melhoria a noção de continuidade, envolvendo todos e cada um dos intervenientes do processo. Para além disso, e como clarifica o autor, desafia cada um a contribuir para o progresso contínuo da qualidade que, por se tratar da área da saúde, é uma realidade dinâmica e progressiva. De acordo com o mencionado, é consensual que o desenvolvimento da qualidade em saúde seja uma iniciativa multiprofissional. *“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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 6).

Na sequência da pertinência do contributo dos enfermeiros, para a qualidade em saúde, já em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros encarou como um desafio a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que, desde esse momento se constituíram um instrumento com potencial para promover a melhoria contínua da qualidade. No entanto, e apesar de ao longo da última década se terem desenvolvido esforços no sentido de implementar os padrões de qualidade nas instituições hospitalares, bem como promover a apropriação dos mesmos pelos enfermeiros, são visíveis algumas fragilidades (Ribeiro, et al. 2017). Este é um desafio que não se cinge às instituições, antes diz respeito a todos os profissionais que nelas desempenham funções, e que muito particularmente se materializa nas referidas competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Relativamente às competências **“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”**, **“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** e **“Garante um ambiente terapêutico e seguro”** (OE, 2019, p. 4747) foram identificadas oportunidades de melhoria relativamente à organização dos fármacos existentes nos armazéns descentralizados existentes nos serviços de urgência e cuidados intensivos. Esta era uma fragilidade que, embora transversal a todos os serviços de internamento, assumia nestes locais, particular importância dado o contexto de complexidade e rapidez de atuação inerentes à abordagem ao doente crítico.

O evento adverso relacionado com o medicamento, foi definido pelo Committee on Identifying and Preventing Medication Errors (2007, p. 124-125) como “qualquer evento evitável que possa causar ou conduzir ao uso inadequado de medicamentos ou a danos no doente, enquanto a medicação estiver sob o controle do profissional de saúde, doente ou consumidor.” Em particular nesta instituição hospitalar, o circuito do medicamento é longo e complexo, composto por várias etapas: (1) aquisição; (2) armazenamento; (3) prescrição; (4) dispensa; (5) administração; (6) monitorização e informação e (7) educação. Os erros podem ocorrer em qualquer etapa. As causas mais comuns de erro associado ao medicamento incluíam o diagnóstico incorreto, erros de prescrição, erros de cálculo de dose, práticas inadequadas na distribuição de medicamentos, problemas relacionados a medicamentos, administração incorreta de medicamentos, falha na comunicação e falta de educação/informação do doente. Os medicamentos look-alike, sound-alike (LASA) são medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos, originando trocas entre si. Os medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante serão denominados como look-alike, enquanto os medicamentos com nome foneticamente semelhante serão designados como sound-alike. Existem 8 categorias de medicamentos LASA: (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 Cetrol® (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 lipossómica versus anfotericina); (VIII) Diferentes fármacos com DCI semelhantes (ex: efedrina versus epinefrina) (Godinho, et al., 2018). A semelhança entre as denominações de medicamentos pode afetar a memória de curto prazo e modificar a perceção visual e auditiva, pelo que nomes de medicamentos semelhantes ou que soam de forma parecida são fonte potencial de

erro. Estima-se que 1,4% dos erros associados aos medicamentos LASA resultem em agravamento do *outcome* do doente, acrescentando por outro lado um aumento significativo da despesa em saúde (Godinho, et al., 2018).

Na situação em particular desta instituição de saúde onde decorreu o contexto prático do Mestrado em Enfermagem, associado porventura à recente reestruturação pela qual ainda se encontra, foi evidente a melhoria que poderia ser introduzida na organização dos circuitos do medicamento, assim como a segurança dos processos a que estes estão sujeitos. Foram por isso propostas várias estratégias para reduzir os erros associados aos medicamentos LASA, incluindo o uso de *tall-man lettering* (TML), sistemas de códigos de barras e mudanças de embalagens. Outras propostas incluíram o reforço da rotulagem para medicamentos injetáveis que têm embalagens semelhantes, incluindo símbolos de segurança, colocando etiquetas especiais na embalagem dos medicamentos de alto risco; elaboração, revisão e atualização da lista de medicamentos da LASA.

Em colaboração com a coordenação de enfermagem dos serviços de urgência e cuidados intensivos, e sob a égide da Direção de Enfermagem e dos Serviços Farmacêuticos do Hospital, estas propostas foram acolhidas com enorme satisfação, sendo enquadradas como iniciativas estratégicas inovadoras e com elevado retorno ao nível da segurança, da tesouraria e da qualidade dos cuidados, no âmbito da governação clínica. Após a implementação local, esta medida foi implementada em todos os serviços de internamento e de ambulatório, com especial incidência nos hospitais de dia polivalente e de oncologia.

Esta fragilidade no conhecimento e oportunidade relevante de investigação neste contexto, reporta para a competência “**baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica**” (OE, 2019, p. 4749). Foi iniciado um estudo de investigação no Hospital, onde me incluo, intitulado de “*Medicamentos LASA: o impacto na organização hospitalar*”, e que embora se encontre em desenvolvimento, tem contribuído para uma maior afirmação da enfermagem na tomada de decisão. Concomitantemente com este estudo, tem sido encorajador, pelo facto de integrar a instituição há mais de uma década, começar agora a observar a influência que a enfermagem tem na criação de valor e na definição estratégica ao nível do planeamento em saúde.

O trabalho que tem vindo a ser desenvolvido, em parte suportado pela investigação, começou a ser partilhado pelos profissionais do hospital, promovendo assim a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade e da prestação de cuidados e permitiu agilizar a elaboração de guias orientadores de boa prática. Este foi um contributo que se constituiu determinante para a criação de protocolos institucionais que visam a melhoria contínua da qualidade.

Ainda em relação ao desenvolvimento da competência “**garante um ambiente terapêutico e seguro**” (OE, 2019, p. 4747) no que concerne à unidade de competência de orientação de projetos

institucionais na área da qualidade, definindo recursos adequados à prestação de cuidados de saúde seguros, prevenindo riscos ambientais, colaborando na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações e materiais, contribuindo para medidas preventivas de prevenção e controlo de infeção, foi oportuno elaborar uma norma relacionada com os circuitos hospitalares.

Em pleno contexto de pandemia por SARS CoV-2 e incerteza relacionada com as grandes oscilações observadas ao nível de novas infeções, novas variantes e concentração do número de casos de doença em determinadas áreas geográficas, pressupôs desde logo uma adaptabilidade flexível das organizações e em particular daquelas que melhor poderiam contribuir para a resposta a estas pessoas, as organizações de saúde. As muitas adaptações dos serviços e da própria estrutura hospitalar, implicou mudanças muito relevantes nas dinâmicas previamente estabelecidas, assim como nos circuitos dos próprios profissionais, doentes, roupas, alimentação e resíduos hospitalares. De modo a garantir uma separação efetiva e segura de todos os intervenientes, foi determinante a elaboração de uma norma que garantisse a melhor prática e conseqüentemente diminuísse o risco de infeções cruzadas e eventuais surtos que se vieram a constituir uma das principais preocupações da Direção deste hospital. Desde o primeiro momento que, este foi um projeto muito bem acolhido pela estrutura diretiva, recebendo dos mesmos o apoio e disponibilidade necessários para a sua rápida concretização. Quando a eficiência e qualidade são postas em causa, cresce um impulso para a mudança, forçando os hospitais e locais de prestação de cuidados de saúde a procurar formas inovadoras para melhorar a qualidade do seu serviço ao mesmo tempo que se reduzem os custos (Langabeer et al., 2009).

Esta iniciativa procurou ir de encontro a uma necessidade identificada oportunamente e em contexto prático, como uma consequência real da atualidade que se vivia naquele momento. Tal como refere Jones e Mitchell (2006), estas iniciativas têm um impacto direto nos acidentes e erros, resultando no aumento da qualidade dos cuidados de saúde. Observa-se assim uma melhor prestação (*delivery*), em que o trabalho é realizado com maior qualidade e em menor tempo; melhor rendimento (*throughput*), as mesmas pessoas, com os mesmos equipamentos, descobrem que são capazes de alcançar mais e melhor; e um “acelerar do impulso” (*accelerating momentum*), um ambiente de trabalho estável com procedimentos claros e padronizados cria as fundações para uma melhoria contínua (Jones e Mitchell, 2006).

Na prática, observou-se uma mudança de paradigma, pois garantiu uma coesão e esforço em torno de uma causa comum, e em que o contributo de todas as áreas envolvidas permitiu um resultado efetivo das melhores práticas clínicas. A elaboração da norma “Circuitos Hospitalares em Contexto de Pandemia por SARS CoV-2” (apêndice I) foi assim considerada um contributo que mereceu particular destaque junto das estruturas de Direção, constituindo-se um pilar do conceito de “Hospital

Seguro”, e permitiu a integração plena da competência **“orienta projetos institucionais na área da qualidade: coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção”** (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Paralelamente a esta preocupação, procurou-se garantir uma adequada resposta aos doentes, não esquecendo o apoio prestado aos seus familiares que, mesmo à distância, continuaram a ser importantes no processo de adaptação ao meio hospitalar, bem como na recuperação dos mesmos. Foi proposto e implementado um procedimento interno (apêndice II) que permitisse agilizar a informação aos familiares durante o período de interdição das visitas, salvaguardando a segurança e os interesses dos próprios. Foi então criada uma plataforma de ligação entre os respetivos serviços e a segurança que se encontrava à entrada do hospital e na pré-triagem, de modo a que estes pudessem ter conhecimento das autorizações excecionais de visitas e mediante critérios previamente definidos. Apesar do momento excepcional que se viveu durante o período de estágio (e se manteve para além deste), foi bastante gratificante receber por parte dos doentes e seus familiares o reconhecimento por esta iniciativa. O doente tinha oportunidade de ver estimulado o respeito pelos seus direitos e deveres (DGS, 2016), promovendo a proteção dos direitos humanos, assegurando o acesso à informação, fomentando a privacidade e a autodeterminação, o que é incorporado na competência **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** (OE, 2019, p. 4746). Esta é uma competência que envolve a gestão das práticas de cuidados, promovendo a segurança, privacidade e dignidade do destinatário de cuidados, o que tive oportunidade de desenvolver de forma mais preponderante como chefe de equipa na Unidade de Cuidados Intensivos e mais tarde como enfermeiro chefe do Departamento de Cirurgia, em que trabalho. Nesta função, por diversas vezes tive de proceder a tomadas de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas, estimulando a decisão em equipa, orientando a tomada de decisão, baseada no conhecimento e experiência. Desempenhei um papel de consultor relativamente aos cuidados, incentivando a reflexão nos processos de tomada de decisão. Desta forma, considero ter concretizado a competência **“desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”** (OE, 2019, p. 4746). Na chefia de serviço coube-me, não só a otimização da tomada de decisão no processo de cuidados, como também a supervisão das funções delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, constantes na competência **“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”** (OE, 2019, p. 4748). No sentido da otimização e uniformização da resposta da equipa, fui melhorando e criando instrumentos que eram utilizados para a prestação de cuidados, tais como: orientações técnicas, padronização das notas de alta de enfermagem e respetivos ensinamentos para todos os doentes

(independentemente do encaminhamento), uma folha de passagem de turno informatizada utilizada por toda a equipa de enfermagem e a organização dos profissionais por equipas, fomentando o espírito de camaradagem e interajuda.

Com a competência pedagógica certificada, desenvolvi os projetos de formação acima referidos mas também colaborei com uma Escola Profissional, no Curso de Técnico Auxiliar de Saúde nos seguintes módulos: “Organização dos espaços, tipologia de materiais e equipamentos específicos das unidades e serviços da Rede Nacional de Cuidados de Saúde” (50 horas), “Manutenção preventiva de equipamentos e reposição de materiais comuns às diferentes unidades e serviços da Rede Nacional de Cuidados de Saúde “ (25h), “Circuitos e transporte de informação nas unidades e serviços da Rede Nacional de Cuidados de Saúde” (25h); “Sistema Cardiocirculatório” (50h) e “Primeiros Socorros” (25h).

Chefiar a equipa de enfermeiros e assistentes operacionais numa enfermaria, implica uma capacidade de adaptação do estilo de liderança, ao local de trabalho e ao clima organizacional, no sentido de obter a melhor resposta do grupo, com otimização do trabalho em equipa e adequação dos recursos às necessidades de cuidados com promoção da qualidade. Estes são aspetos que se consubstanciam na competência “**adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**” (OE, 2019, p. 4748). Esta garantia é fundamental e deve ser contínua, caso contrário o ímpeto inicial prevalece sobre a continuidade da medida, e esta rapidamente se torna obsoleta e sem significado. Para isso, foram importantes as formações realizadas no âmbito da auditoria e controlo interno (anexo I e II) que a instituição me disponibilizou através do Instituto Português de Auditoria, passando a integrar, após as mesmas, a equipa do hospital.

No seio da equipa multiprofissional de saúde um dos importantes papéis do chefe de equipa ou de serviço é a gestão de conflitos, para o que é necessário o desenvolvimento da competência “**desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**” (OE, 2019, p. 4749). Nesse sentido frequentei um curso de “Gestão de Conflitos” organizado pelo Serviço de Psicologia (anexo III), que me permitiu adquirir fundamentação teórica, reflexão e consciencialização de mim como pessoa e enfermeiro, a par de alguma prática segundo a metodologia de *role play*. Após esta formação, fui convidado pelo Chefe do Departamento de Recursos Humanos a organizar um curso sobre gestão de reclamações e conflitos, destinado aos profissionais com formação em secretariado e que estão no atendimento aos doentes (apêndice III). Dada a escassez de recursos, procurei junto de vários departamentos o apoio e envolvência necessária à concretização desta formação. Dispus-me também eu a **atuar como formador oportuno no contexto de trabalho** (OE, 2019), ao colaborar em algumas sessões práticas

que se destinavam à partilha de situações reais e estratégias para resolução das mesmas, tendo sempre por princípio a satisfação dos doentes.

Ao longo dos últimos anos de prática clínica, tenho mantido uma postura responsável que me permite constituir em mim mesmo **um elemento facilitador da aprendizagem, da destreza nas intervenções e do desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros** (OE, 2019), promovendo junto da equipa uma postura de supervisão clínica em enfermagem.

Os processos supervisivos permitem desenvolver competências e habilidades profissionais num ambiente de aprendizagem reflexiva, aumentar a eficácia clínica, melhorar os padrões de qualidade dos cuidados por via de uma prática baseada na evidência e da incorporação da reflexão e da introdução de inovações na prática clínica, proporcionam o apoio e suporte ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e permitem assegurar a proteção dos melhores interesses dos doentes, sendo considerado um direito de todos os profissionais e uma responsabilidade dos gestores, chefes e supervisores clínicos, garantir que estes processos ocorram nos contextos de trabalho (Abreu, 2011).

Entendo que este desenvolvimento de práticas de qualidade com a garantia de um ambiente seguro, apenas é possível através de um trabalho conjunto entre todos os membros da equipa multidisciplinar, pelo que a minha prática, isoladamente, de pouco servirá sem uma mobilização conjunta de todos os recursos. Procuo, por isso, diariamente inculcar nos pares a motivação necessária para um investimento criativo na promoção do seu desenvolvimento profissional conforme as aspirações de cada um e de todos enquanto equipa altamente diferenciada e diferenciadora.

2.2. CONTEXTO DO ESTÁGIO EM URGÊNCIA HOSPITALAR

O estágio em contexto de urgência foi realizado num hospital da área de Lisboa, com a duração de 200h, das quais 180h de componente prática e 20h de orientação tutorial. Trata-se de uma instituição de cariz militar, dando resposta, essencialmente, à população integrada em dois subsistemas de saúde, podendo, mediante protocolo, permitir o acesso à população do Serviço Nacional de Saúde. Dispõe de uma capacidade significativa de cuidados no âmbito da resposta ao doente crítico, articulando-se mutuamente com os restantes hospitais centrais, na procura e oferta do seguimento adequado em momentos de exceção. Pauta pelo compromisso de um diagnóstico rápido e eficaz, através de uma medicina de excelência e inovação, sendo já uma referência a nível nacional.

Considerando a classificação da Direção Geral de Saúde (2001), o serviço de urgência deste hospital é considerado uma “Urgência Médico-Cirúrgica”, pois disponibiliza as valências de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrino e urologia.

Como serviços de retaguarda ao seu funcionamento existem ainda a hemodiálise, bloco operatório, unidade de cuidados intensivos polivalente, imagiologia (radiologia convencional, ecografia e tomografia computadorizada) e patologia clínica.

De acordo com Falcato & Lourenço (2019), o serviço de urgência tem como missão a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes aos doentes em todas as situações enquadradas nas definições de Urgência Médico-Cirúrgica, em articulação com os cuidados de saúde primários, bem como com os demais Hospitais no Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais, em obediência aos princípios de qualidade, de efetividade e eficiência. De acordo com os mesmos autores, está incluída a investigação, o ensino e a formação de profissionais de saúde e de outros profissionais. Corresponde a um contexto onde a assistência é prestada ininterruptamente nas 24 horas, a qualquer doente que ali se dirija, dispondo de meios direcionados à receção de pessoas em situação urgente ou emergente e que é constituído por diversas valências. Alguns dos profissionais, além deste serviço, integram ainda a equipa de evacuações aeromédicas na resposta a situações de emergência vividas em contexto nacional ou internacional.

Sendo um serviço com características específicas, e apesar de conhecedor da cultura que envolve a instituição, foi desafiador e em simultâneo motivador poder integrar esta experiência no meu currículo pedagógico. Cada local de estágio é um *“campo complexo de oportunidades de aprendizagem do aluno, mas o mesmo só pode ser facilitador dessa aprendizagem se o aluno estiver preparado para vivenciar as experiências que lhe possam ser proporcionadas, se tiver motivação, maturidade, capacidade cognitiva e se a atmosfera envolvente for promotora do seu desenvolvimento!”* (Rua, 2011, p. 61) . Independentemente do contexto, importa por isso extrair as melhores experiências em proveito do desenvolvimento pessoal e profissional, e em simultâneo enriquecer a qualidade dos cuidados prestados.

Para uma orientação mais efetiva do percurso profissional realizado, e considerando a intencionalidade de desenvolver um projeto de intervenção que fosse transversal ao serviço de urgência e cuidados intensivos, foram definidos como objetivos:

Objetivo geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no âmbito do cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família.

Objetivo específico 1: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no âmbito do cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família nos serviços de urgência e cuidados intensivos.

Objetivo específico 2: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, na abordagem ao doente em situação de peri-paragem e paragem cardiorrespiratória, nos serviços de urgência e cuidados intensivos, através da implementação de um programa de simulação de alta fidelidade.

Em ambos os contextos da prática procurei fazer o registo de reflexões diárias da minha prática de cuidados de Enfermagem, pois *“a reflexão constitui-se uma condição imprescindível ao desenvolvimento, quer na dimensão profissional de acesso aos conhecimentos específicos de cada profissão, sejam de natureza científica, tecnológica ou contextual, quer na dimensão pessoal de acesso ao conhecimento de si próprio, sobretudo na capacidade de auto distanciamento que permite a cada qual observar-se como sujeito operante no quadro de ação.”* (Sá - Chaves, 2000, p. 14).

O serviço de urgência deste hospital integra uma sala de triagem, cinco gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de reanimação e uma sala de observação (SO) composta por seis camas. É constituído por uma equipa de vinte e quatro enfermeiros, dos quais um elemento é o chefe de enfermagem, um enfermeiro adjunto e os restantes vinte e dois encontram-se divididos por cinco equipas, cada uma com um chefe nomeado. Deste grupo de vinte e quatro enfermeiros (catorze do sexo masculino e dez do sexo feminino), existe apenas um enfermeiro mestre e especialista em médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e dois especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. A faixa etária distribui-se da seguinte forma: idade ≥ 50 anos, quatro enfermeiros; [40-49 anos], cinco enfermeiros; [30-39 anos], dez enfermeiros e [20-29 anos], cinco enfermeiros. O intervalo de idade mais representativo situa-se entre os 30 e 39 anos (41,66%).

Em relação aos tempos de permanência no serviço, 4,17% exercem funções há mais de sete anos, 8,33% há quatro anos, 16,66% há três anos e 70,83% há dois ou menos anos. Nos últimos três anos tem-se verificado uma elevada taxa de rotatividade de enfermeiros, pela saída para outros serviços do hospital e/ou unidades operacionais.

Em relação ao grupo profissional das Assistentes Operacionais (Aop), existem treze elementos, todos da mesma categoria. Em relação ao tempo de permanência no serviço, 23,07% exercem funções há sete anos, 7,69% há mais de três anos e 69,19% há dois ou menos anos.

A equipa médica é constituída por dezanove profissionais, dos quais dois constituem a equipa fixa e os restantes colaboram em sistema rotativo e em conformidade com as disponibilidades de cada um. Aproximadamente 70% dos médicos não integram de forma permanente a equipa deste serviço de urgência, colaborando, no entanto, de forma regular com a mesma. A experiência que estes têm adquirido no âmbito operacional (entenda-se pré-hospitalar), em paralelo com a diferenciação da equipa de enfermagem, tem contribuído para um enorme crescimento na resposta ao doente urgente e emergente.

Ao longo de todo o estágio foi evidente o compromisso institucional demonstrado pela equipa, garantindo assim uma relativa facilidade no processo de integração ao meio envolvente. A dinâmica estabelecida foi instrutiva e claramente gratificante na aquisição de novas competências delineadas de acordo com a regulamentação em vigor. A necessidade em abordar, de forma sistematizada, o doente urgente, pressupôs desde logo o maior empenhamento na mitigação precoce de focos de instabilidade. Alguns dos riscos identificados nesta fase, são de acordo com Benneck & Bremer (2019) o julgamento clínico, a tomada de decisão, o transporte e a entubação. Uma vez que, na maioria dos casos, estes são detetados e corrigidos antes de atingirem o doente, passam a ser designados de quase-erros e como tal sem que qualquer reporte seja realizado.

As reações aos quase-erros são múltiplas e multifatoriais, sendo sempre acompanhadas por uma carga emocional caracterizada por vergonha, culpa, e tentativa de ocultação da situação. As razões para os quase-erros, relacionados com a avaliação do doente e prestação de cuidados, são multifatoriais com as seguintes causas-chave: stress, falta de estruturação da avaliação, interrupções na avaliação, incapacidade de recolha da história do doente e desvios em relação às *guidelines*. As razões subjacentes à negligência em relação à segurança do doente, são a combinação de decisões deliberadas, mudança de foco de atenção, cultura da equipa, razões práticas e escassez. Os quase-erros foram mais evidentes no contexto de situações complexas e stressantes, embora alguns destes quase-erros tenham sido apenas detetados por alguém externo à equipa. Para abordar esta complexidade, os autores incentivam ao conhecimento dos incidentes locais, o desenvolvimento de um trabalho de equipa proativo e uma formação interdisciplinar integrada nos respetivos contextos (Benneck & Bremer, 2019). Estes são componentes que, quando integrados, parecem apontar para o declínio da ideia do conflito de competências entre profissionais, mas parece exacerbar um pouco mais o conflito de opiniões, e este só pode começar a ser ultrapassado através da aquisição de um núcleo de conhecimentos e linguagem comuns e de competências de trabalho em equipa. Frenk et al (2010) consideram que a formação interdisciplinar pode ser um excelente instrumento para quebrar os silos profissionais instituídos e promover relações colaborativas e não hierárquicas em equipas eficazes.

Assim e de forma a garantir uma ótima coesão dos profissionais em simultâneo com a aquisição das melhores práticas na abordagem ao doente crítico, foram desenvolvidas várias atividades formativas em contexto de prática simulada, que procuraram por um lado, a atualização das *guidelines* em vigor e por outro fomentar a dinâmica de equipa.

Atuar como formador oportuno no contexto de trabalho (OE, 2019), é sem dúvida uma competência muito importante e que foi particularmente desenvolvida ao longo do contexto de estágio. Aproveitando a valência adquirida e mantida há mais de uma década como formador de suporte

básico, imediato e avançado de vida, constituiu-se uma oportunidade de partilha e treino da equipa, com forte repercussão a nível da própria instituição. A formação em enfermagem baseada em competências assume-se cada vez mais como o novo paradigma da aprendizagem, na centralidade da nova lógica das organizações, como *“a pedra basilar à obtenção de determinados resultados, definidos previamente e considerados como essenciais ao desempenho da profissão”* (Rabiais, 2016, p.38). Para fundamentar o empenhamento e justificar o investimento nesta área, foi determinante a realização de uma *scoping review* intitulada de *“Desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica através da prática simulada”*. O enfermeiro especialista ***“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, “atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos”, “identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação”, “investiga e colabora em estudos de investigação”, “interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem”, “discute as implicações da investigação” e “contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada”*** (OE, 2019, p. 4749). Os resultados desta iniciativa científica, além de terem sido divulgados para toda a estrutura hospitalar, nomeadamente para a Direção de Enfermagem, Direção Clínica e Administração, foram ainda alvo de uma comunicação livre no âmbito do III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, *“Enfermagem especializada: protagonista no presente inovadora no futuro”* que decorreu na Universidade Católica Portuguesa (apêndice IV – comunicação livre; anexo IV – certificado de palestrante).

É fundamental que o enfermeiro desempenhe a sua função junto da equipa multidisciplinar com o maior nível de evidência e competência, envolvendo sempre que possível também a família. Em contexto de urgência e emergência, verifica-se um elevado grau de ansiedade pela incerteza e pela imprevisibilidade do que poderá acontecer. É por isso fundamental que o enfermeiro seja conhecedor dos princípios da deontologia profissional, no sentido do seu melhor desempenho e melhores cuidados de enfermagem. De acordo com a alínea a), do nº 1 do Artigo 97º dos Deveres Gerais, todo o enfermeiro deve *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (Lei nº 156/2015 16 de Setembro, 2015, p. 8078).

Foi possível constatar que muitas das pessoas em situação crítica vivenciam situações de transição que se traduzem numa alteração no estado de saúde e no conforto, nos papéis desempenhados, nas expectativas e nas habilidades e conhecimentos da pessoa. Tal, implica a incorporação de novos

conhecimentos, a alteração de comportamentos e por conseguinte, a alteração da visão de si mesmo, no contexto social (Miguel et al., 2016).

Destaco uma situação de um familiar (filho) que sendo o cuidador dos pais, sempre que necessitava de acompanhar um dos progenitores ao hospital, demonstrava enorme desconforto e inquietação por ter que deixar um deles (com grau elevado de dependência) sozinho em casa. Ora, numa das visitas ao serviço de urgência, o pai foi encontrado em paragem cardiorrespiratória ainda no interior da viatura do próprio filho. Instalou-se de imediato um enorme sentimento de culpa pelo próprio, sem que fosse possível atenuar a sua dor. Foi importante deslocarmos um profissional para junto deste familiar, em simultâneo com o início de manobras de reanimação, integradas no suporte avançado de vida. Os esforços foram prolongados, com relativo sucesso imediato, mas sem repercussões favoráveis a curto prazo. A necessidade de acompanhamento do pai, em simultâneo, com a necessidade de resposta à mãe, gerou neste filho, um enorme sentimento de impotência e perda perante os desígnios da vida. Este foi um momento de particular aprendizagem e de profunda reflexão, na medida em que me permitiu entender melhor a relação de confiança que é necessário estabelecer com o doente e seus familiares, de modo a rentabilizarmos todo o nosso potencial em prol daqueles que em determinado momento se podem sentir desprovidos e desamparados.

Os cuidados de enfermagem de qualidade excelente assentam no papel central do cuidar genuíno, como um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem (Benner, 2001). É na perspetiva de cuidar como um processo dinâmico, que exige a mobilização de conhecimentos técnicos e científicos e também de habilidades relacionais, implicando um envolvimento multidimensional da pessoa alvo de cuidados, que os enfermeiros assumem em pleno todas as dimensões do cuidar.

Após esta situação, propus à equipa de coordenação do serviço de urgência, uma sessão em grupo para podermos partilhar e refletir sobre a nossa prática. Foi ainda convidada a estar presente uma psicóloga e uma assistente social. Desta reunião, que se configurou muito produtiva, foi possível garantir o apoio (durante o horário de expediente) das várias áreas de especialidade envolvidas, nomeadamente para o apoio psicológico imediato e/ou resolução de casos sociais urgentes.

O enfermeiro especialista também “**cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**” (OE, 2018, p. 19363). Os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos referem-se ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, que determina a intervenção especializada do enfermeiro nos vários contextos, nomeadamente no de urgência. Este cuidado assistencial caracteriza-se por estar inserido num ambiente complexo, imprevisível e com recursos humanos e materiais limitados, onde é essencial que o enfermeiro desenvolva a competência de **prestar cuidados à pessoa em situação emergente, sendo capaz**

de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica (OE, 2018). A abordagem à vítima deve ser sistematizada e eficaz, capaz de precocemente identificar focos de instabilidade e o grau de criticidade do doente. Uma abordagem cuidada e precisa do doente crítico, é uma habilidade clínica fundamental em qualquer contexto, motivo pelo qual realizei um procedimento interno sobre o transporte intra e inter-hospitalar de doentes (apêndice V). Este teve como objetivo definir critérios e circuitos, atribuir responsabilidades e esclarecer sobre a melhor prática a implementar nestas situações. É essencial identificar os principais problemas do doente crítico e corrigi-los prontamente de forma a reduzir as taxas de morbilidade, mortalidade, e garantir a preparação de um transporte seguro para o serviço de destino (Ocean Medical, 2019). O doente crítico requer uma abordagem por prioridades, na qual são avaliados faseadamente os problemas que podem condicionar a hipoperfusão tecidual e a disfunção multiorgânica, adotando uma metodologia de resolução imediata de cada problema encontrado. Esta é uma metodologia que consiste num conjunto de ações complexas e integradas que têm por objetivo manter ou restaurar as funções vitais do doente crítico. Este processo de abordagem é universalmente conhecido como abordagem ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), aplicável em qualquer contexto e em qualquer tipo de doente (com patologia médica, cirúrgica ou traumática), tanto na abordagem inicial de uma equipa pré-hospitalar como na avaliação do doente em sala de emergência, ou na avaliação do doente após recuperação de circulação espontânea, ou mesmo em ambiente de cuidados intensivos. Contudo, a especificidade de cada passo da abordagem vai depender do contexto em que ela é utilizada, bem como do nível de equipamento disponível para a avaliação (Ocean Medical, 2019). A abordagem ABCDE é uma avaliação transversal, que visa identificar as lesões/problemas e tratá-los de acordo com a prioridade estabelecida, entendendo-se ABCDE da seguinte forma: (A) via aérea; (B) ventilação; (C) circulação; (D) disfunção neurológica; (E) exposição com controlo da temperatura (INEM & DFEM, 2019). A abordagem ABCDE consiste numa avaliação primária, sendo necessário em seguida realizar uma avaliação secundária por segmentos. O principal objetivo da avaliação primária é identificar e corrigir situações que colocam a vida da vítima em risco, já a avaliação secundária destina-se a identificar e corrigir o maior número possível de alterações. Perante um doente crítico, a prioridade é estabilizá-lo rapidamente e proceder ao seu transporte para o hospital adequado, ficando a avaliação secundária para ser realizada durante o transporte na ambulância. No transporte do doente, a qualificação técnica, que se relaciona com a formação e a experiência clínica dos profissionais, constitui-se um dos aspetos mais relevantes para garantir a segurança do doente (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Uma abordagem sistematizada, acompanhada da utilização de uma escala de deteção precoce de criticidade, contribuíram para o desenvolvimento das competências: “**identifica prontamente focos**

de instabilidade”, “responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”, “executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica” e “demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma” (OE, 2018, p. 19363). Estas foram habilidades treinadas ao longo de todos os estágios, particularmente no de urgência hospitalar.

Constituem-se exemplos destas competências, a abordagem ao doente com dor torácica e eventual incorporação na via verde coronária com a realização precoce de eletrocardiograma de doze derivações, administração de terapêutica dirigida e encaminhamento imediato para a unidade de hemodinâmica (intervenção coronária percutânea); a abordagem ao doente com alterações neurológicas sugestivas de acidente vascular cerebral (AVC) com a realização de tomografia computadorizada (TC) e início de eventual terapêutica fibrinolítica ainda na sala de imagiologia e posterior encaminhamento para uma unidade com monitorização adequada. Ainda nestes exemplos está subjacente a competência **“garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”** (OE, 2018, p. 19363). Foi em situações como esta, em situações de arritmias cardíacas e de paragem cardiorrespiratória que tive oportunidade de demonstrar os conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida. Menos frequentes foram as situações de trauma, embora tenham ocorrido traumatismos crânio-encefálicos, doentes politraumatizados sequentes a acidentes de viação e ferimentos por arma de fogo. Nestes casos, além da rápida abordagem, foi também determinante o controlo da dor.

Sendo considerada o quinto sinal vital, (DGS, 2003) é fundamental que o enfermeiro especialista desenvolva competências para proceder à **“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”** (OE, 2018, p. 19363). No âmbito da prestação de cuidados de saúde de excelência, o controlo da dor deve ser encarado como prioritário, consistindo num fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2017).

O controlo da dor reduz os seus efeitos psicológicos e fisiológicos, o risco de infeção, o risco de desenvolvimento de dor crónica, otimizando a satisfação do doente, o tempo de recuperação e os resultados. Uma falha na gestão da dor pode contribuir para prejudicar as funções fisiológicas e subsequente disfunção, para além da afeção da qualidade de vida (Lourens, Parker & Hodkinson, 2019).

Relativamente às situações de potencial dador de órgãos e tecidos, ao longo do estágio foi promovida a reflexão teórica sobre a temática, tendo sido abordado o transporte e **manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos** numa sessão formativa promovida na sequência da divulgação do procedimento relacionado com o “Transporte intra e inter hospitalar de doentes”. Esta

é uma área importante de desenvolvimento de competências especializadas, na medida em que o enfermeiro poderá assumir uma responsabilidade determinante na identificação e referenciação de potenciais dadores de órgãos e tecidos. Um possível dador é definido como a pessoa com lesão cerebral grave de uma qualquer causa com possível evolução para morte cerebral (Organización Nacional de Transplantes, 2011).

Durante o percurso de aprendizagem realizado no serviço de urgência, deparei-me raras vezes com situações em que existiam vestígios de indícios de prática de crime, no entanto, sempre que estas existiam foi importante garantir o cumprimento legal das medidas em vigor e perceber quais os trâmites legais envolvidos na gestão destes processos. O enfermeiro especialista **“assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime”** (OE, 2018, p. 19364), colaborando no diagnóstico precoce de eventuais alterações sugestivas das comorbidades associadas. Estes momentos foram sempre detetados durante a realização da triagem inicial, onde o processo de comunicação é particularmente importante. Numa tentativa de explorar em detalhe os acontecimentos potenciadores de situações que, eventualmente, poderiam constituir-se como marcantes para a pessoa, foi fundamental adquirir a sua confiança, não comprometer a verdade e em simultâneo apoiar emocionalmente pelo sofrimento inerente e raramente manifestado. Foi muito importante ir além do óbvio e daquilo que são as palavras da pessoa, foi necessário interpretar a sua linguagem não corporal, os seus medos, o seu tom de voz e a sua forma de encarar os acontecimentos. A comunicação e a assistência nestas perturbações emocionais, são essenciais, de forma que o enfermeiro nesta área de especialidade **“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** e **“assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”** (OE, 2019, p.19363). Ao longo de todo o estágio foi efetivada a comunicação com o doente e família/cuidador. No ambiente de urgência e emergência, o doente é frequentemente afastado dos seus familiares, daquelas pessoas em quem confia e que são seus indissociáveis. Tal realidade levou-me a refletir sobre o papel da família no cuidado especializado ao doente crítico, nomeadamente como elemento promotor da qualidade e segurança do próprio. Deveremos caminhar no sentido de criar as condições necessárias a um acompanhamento mais próximo, procurando ir de encontro à vulnerabilidade própria de quem naquele momento precisa de apoio.

A vulnerabilidade, fortemente permeável às influências externas, permite uma participação tão ampla que o enfermeiro e a pessoa cuidada continuam a conhecer-se mutuamente no momento, numa relação de suporte, afirmação e celebração. Os enfermeiros trabalham para melhorar esta

vulnerabilidade, atenuando-a (Locsin, 2005). Para o autor, a operacionalidade do processo de enfermagem, com vista a conhecer o outro, vai de encontro aos padrões de conhecimento em enfermagem de Carper (1978) e assenta em quatro etapas: *knowing* (conhecimento de pessoa cuidada através de uma participação tecnológica), *designing* (processo de cuidados mútuos e coordenado pelos dois participantes, numa enfermagem sensível às necessidades e desejos do doente), *participation in association* (caracterizada por uma prática partilhada de atividades, com adaptação num contínuo) e *verifying knowledge* (processo contínuo e circular que demonstra a natureza dinâmica e em constante mudança do conhecimento em enfermagem).

A relação que estabelecemos com o outro, seja profissional de saúde ou a pessoa alvo de cuidados, assume uma importância fulcral no desenvolvimento de uma prática de excelência. Na maioria dos contextos de saúde, os enfermeiros são responsáveis pela articulação da equipa interprofissional, sendo essencial ao enfermeiro especialista o desenvolvimento de competências que lhe permitam gerir os cuidados e otimizar a resposta como um todo integrado. Esta é uma responsabilidade essencial, quando numa situação adversa é necessário intervir em condições hostis ou de elevada incerteza, de forma a garantir as condições de segurança necessárias a uma intervenção rápida e eficaz.

O enfermeiro especialista “**dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**” (OE, 2018, p. 19363) e “**cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe**”. Ora, no atual contexto de pandemia por Sars Cov-2, foram vários os momentos em que, oportunamente, e por força das funções que desempenho na instituição onde decorreram os estágios, fui convidado a integrar uma *Task Force* de apoio à decisão, planeamento e reorganização hospitalar, num momento em que fomos chamados a dar resposta a uma situação de completa incerteza, de difícil análise e com repercussões desconhecidas à data. A integração neste grupo estratégico, permitiu-me colaborar na conceção de planos direcionados ao momento de exceção, com elevado protagonismo no conceito de catástrofe. Este grupo servia-se do apoio de várias células que se relacionavam entre si e diretamente com o topo da pirâmide. A proximidade física de todos foi facilitadora no processo de comunicação, agilização de processos e tomadas de decisão rápidas e oportunas. De salientar que, embora existissem profissionais das mais variadas áreas, em todas as células existia um ou mais enfermeiros. Esta foi uma experiência particularmente marcante na minha carreira profissional e na minha vida pessoal, pois permitiu-me adquirir, de uma forma muito intensa, uma visão de como é atuar em contexto de catástrofe. O conhecimento prévio do plano de intervenção foi importante, no entanto, a capacidade de adaptação foi fundamental nesta resposta.

Perante uma catástrofe, as prioridades em termos de socorro e salvamento são: minimizar as perdas de vidas; assegurar a constituição de equipas com garantia da sua segurança; avaliar as áreas afetadas onde deverão ser desencadeadas ações de busca e salvamento; planear e executar o socorro às populações; recolher a informação disponível, para avaliar objetivamente a situação de emergência; definir zonas prioritárias nas áreas afetadas pela situação de emergência; supervisionar e enquadrar operacionalmente eventuais equipas de salvamento de organizações de voluntários; acionar e coordenar a atuação de grupos técnicos constituídos, de forma a avaliar os prejuízos e danos sofridos e intervenção pertinente (Ministério da Administração Interna & Autoridade Nacional de Proteção Civil, (s.d). Com as devidas adaptações, os princípios subjacentes à atuação em catástrofe, numa fase em que a incerteza prevalecia, os recursos escasseavam e as opções eram limitadas, foram trabalhados a um nível de notória complexidade prática.

A instituição onde decorreram os estágios, além do universo de doentes a quem presta assistência, disponibilizou ainda, durante a atual pandemia, apoio ao Serviço Nacional de Saúde. Os doentes que nos chegavam ao serviço de urgência, vindos de outros hospitais, apesar de previamente referenciados para internamento, eram submetidos a uma triagem inicial e distribuídos pelos serviços de acordo com a gravidade e necessidades de ventilação assistida ou oxigenoterapia de alto fluxo. Estes doentes, além da diferença geográfica, distinguiam-se ainda pelos seus hábitos, culturas e modos de vida. Começou assim a surgir um novo conceito, a multiculturalidade.

É competência do Enfermeiro Especialista **promover “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo”** (OE, 2019, p.4747). O cuidado transcultural é essencial para que o enfermeiro seja capaz de minimizar as diferenças do idioma, religião e cultura, sendo capaz de responder de forma adequada às necessidades culturais do sujeito de cuidados. A forma mais eficaz de o conseguir é aumentando a consciencialização e o conhecimento relativamente às diferenças culturais daqueles de quem cuidamos (Coffman, 2004). Para um cuidado significativo, que visa o bem-estar, a saúde, o crescimento, a sobrevivência e o enfrentamento das deficiências ou morte, é essencial um cuidado com base cultural. Esta é uma forma mais abrangente, holística e individualizada de conhecer, explicar, interpretar e prever práticas de cuidado coerentes e benéficas. Cultivar os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais do cuidado cultural variam transculturalmente, mediante as diferenças e algumas semelhanças (Leininger, 2002).

Enquanto o processo de enculturação promove a adaptação do indivíduo às normas do seu meio, permitindo-lhe uma vida harmoniosa no grupo cultural a que pertence, o processo de socialização pressupõe a existência de uma influência diretiva sobre a pessoa. A este processo está diretamente associada à noção de identidade sociocultural do indivíduo, que ocorre pelo sentimento de pertença

a um determinado grupo social e cultural e, da mesma forma, de como se diferencia e é definido pelos restantes grupos da sociedade onde se insere (Leininger, 2002). Procuramos assim estabelecer dinâmicas individuais, mantendo o padrão cultural de cada um e respeitar os sentimentos de desconfiança e incerteza com os quais estes doentes se debatiam à entrada no serviço de urgência. Foi vivenciada uma situação em particular, um doente afegão, que após ter sido acolhido no hospital, porventura associado ao contexto e à realidade da instituição, demonstrou uma postura desadequada, de incompreensão e com apurado sentido agressivo para com os profissionais. As suas preocupações ultrapassavam amplamente o seu quadro clínico e focavam-se essencialmente na sua condição enquanto emigrante ilegal no país. Receoso de eventuais repercussões ou repatriamento para o país de origem, fez com que assumisse uma postura defensiva e de total desinteresse. Para que esta situação fosse resolvida e pudéssemos disponibilizar a melhor assistência, foi importante a minha abordagem que incidiu, na sua génese, em perceber os seus receios e as suas preocupações, respeitando o seu espaço e colaborando com apreciado sentido de interesse as suas razões. Muito contribuiu a minha experiência adquirida naquele país (Afeganistão) e a cuidar daquela população durante aproximadamente sete meses, como enfermeiro integrado numa missão humanitária e de apoio à paz. Permitiu-me entender o modo de vida daquelas pessoas, a forma como encaram as dificuldades e acima de tudo como valorizam e apreciam os “pequenos” momentos da vida diária. Além de uma experiência e enorme significado pessoal, este momento impulsionou a equipa para trabalhar a dimensão da multiculturalidade, dando-se início a um trabalho de investigação que, embora se tenha iniciado no hospital, está já a ter repercussões a nível internacional, nas demais missões que estão a decorrer pelo mundo.

O caminho de aprendizagem e melhoria contínua, só é possível porque somos profissionais atentos e adaptativos, conseguindo mobilizar os melhores recursos em função das necessidades encontradas. Os momentos que vivemos, únicos para as atuais gerações, corroboram em parte com os desafios que os profissionais têm de enfrentar diariamente para conseguirem, em segurança, disponibilizar os melhores cuidados. Particularmente os enfermeiros especialistas devem ***“maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”*** (OE, 2018, p. 19364). No atual cenário de pandemia por SARS CoV-2, o controlo de infeção tornou-se uma área preponderante em todas as nossas ações. Desde a abordagem ao doente, à colheita de dados, ao equipamento de proteção individual, à tomada de decisão relativamente aos procedimentos adequados a adotar em cada momento, à garantia da segurança dos presentes e dos profissionais, até ao internamento hospitalar.

Devido ao elevado risco de contágio por SARS CoV-2 em ambiente intra-hospitalar, houve necessidade de alterar o modo de abordagem de algumas situações, salvaguardando a garantia da melhor resposta. Considerando que as compressões torácicas, a desfibrilhação e a intubação oro traqueal estão entre os principais procedimentos geradores de aerossóis (Edelson et al., 2020), o isolamento da via aérea é prioritário para diminuir a libertação de aerossóis durante as compressões torácicas. Os dispositivos supraglóticos com filtro acoplado diminuem significativamente o risco de aerossolização durante a realização de compressões torácicas (Ott et al., 2020), sendo que a máscara laríngea de segunda geração é de inserção simples e rápida, tolerando pressões mais elevadas na via aérea. Com base nestes pressupostos, o hospital onde o estágio foi realizado recomendava as seguintes alterações à atuação dos profissionais perante doentes em paragem cardiorrespiratória (PCR): na confirmação da PCR não é executado o *ver, ouvir e sentir*; após a confirmação de PCR e pedido o apoio diferenciado, a prioridade é a colocação de máscara laríngea de segunda geração com filtro previamente acoplado, para que em seguida possam ser iniciadas as compressões torácicas.

Relativamente à prevenção de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica demonstrei competências na identificação, registo e transmissão de informação nas situações em que o doente já se encontrava medicado com antibiótico, sinalizando o número de dias de tratamento já decorridos.

O caminho percorrido neste contexto de urgência constituiu-se em si mesmo desafiante e em simultâneo desafiador de novas competências promotoras do crescimento enquanto enfermeiro especialista.

2.3. CONTEXTO DO ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio em contexto de cuidados intensivos foi realizado num hospital da área de Lisboa, com a duração de 200h, das quais 180h de componente prática e 20h de orientação tutorial. Trata-se de uma instituição de cariz militar, dando resposta, essencialmente, à população integrada em dois subsistemas de saúde, podendo, mediante protocolo, permitir o acesso à população do Serviço Nacional de Saúde. Possui uma lotação de cinco camas de cuidados intensivos, das quais uma funciona como box para isolamento com pressão negativa ou positiva e as restantes dispostas em *open space*. Cada unidade individual é composta por todo o equipamento e material necessário à prestação de cuidados, dispõe de luz de intensidade regulável e todo o conforto necessário para o doente, independentemente do seu grau de dependência. Nesta unidade de cuidados intensivos (UCI) os monitores multifunções têm a particularidade de serem de pequenas dimensões e destacáveis, de

forma a acompanhar o doente caso seja necessário ser transportado. Dispõe de luz natural em todas as unidades (janelas grandes), o que facilita a manutenção do ritmo circadiano dos doentes, promove a conexão deste com o meio exterior e proporciona um ambiente de trabalho mais agradável. Os doentes aqui internados realizam os diversos exames auxiliares de diagnóstico no serviço, com exceção da tomografia computadorizada e da ressonância magnética. Todos os profissionais de que o doente necessita deslocam-se até à UCI (*i.e.* nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta da fala, entre outros) de forma a que o doente atinja a melhor estabilidade possível, com o melhor nível de vigilância e cuidados possível. O sistema informático utilizado é o Picis® em articulação com a Glintt®.

A equipa de enfermagem é constituída por dezoito enfermeiros, dos quais um elemento é o chefe de enfermagem, um enfermeiro adjunto e os restantes dezasseis encontram-se divididos por cinco equipas, cada uma com um chefe nomeado. Deste grupo de dezoito enfermeiros, existe apenas um enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. A faixa etária distribui-se da seguinte forma: idade ≥ 50 anos, um enfermeiro; [40-49 anos], seis enfermeiros; [30-39 anos], oito enfermeiros e [20-29 anos], três enfermeiros. O intervalo de idade mais representativo situa-se entre os 30 e 39 anos (44,44%).

Em relação aos tempos de permanência no serviço verifica-se que apenas 27,77% exercem funções há mais de sete anos, 5,55% há cinco anos, 38,88% há três anos e 27,77% há dois ou menos anos. Nos últimos três anos tem-se verificado uma elevada taxa de rotatividade de enfermeiros, pela saída para outros serviços do hospital e/ou unidades hospitalares. No que respeita à formação em suporte avançado de vida, essencial para o desempenho de funções, apenas 27,77% dos enfermeiros já realizaram o curso e/ou se encontra válido.

Em relação ao grupo profissional das assistentes operacionais, existem seis elementos, todos da mesma categoria. Em relação ao tempo de permanência no serviço, 83,33% exercem funções há mais de sete anos e 16,66% há três anos. A faixa etária distribui-se da seguinte forma: idade ≥ 50 anos, quatro assistentes operacionais e entre os [20-29 anos], dois assistentes operacionais. A idade mais representativa situa-se acima dos cinquenta anos (66,66%).

Relativamente à taxa de ocupação média é de 71%, e os doentes internados provêm do serviço de urgência, internamento polivalente e/ou de outras instituições. Relativamente à diferenciação de cuidados e técnicas, neste serviço é possível realizar técnicas de substituição da função renal (contínua e intermitente), ventilação mecânica invasiva e não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo, monitorização invasiva dos parâmetros vitais e monitorização neurológica. Todas estas técnicas foram desenvolvidas de uma forma persistente e contínua ao longo do estágio, permitindo assim consolidar os treze anos de experiência em cuidados intensivos e em simultâneo adquirir novas competências sustentadas num pensamento crítico e fundamentadas pela melhor evidência científica.

Para uma orientação efetiva e metódica do percurso a seguir, foram seguidos os objetivos elencados anteriormente, operacionalizando simultaneamente o projeto de intervenção na área da simulação clínica.

A UCI é um local diferenciado de prestação de cuidados especializados, onde é assumida a total responsabilidade pelos doentes, suportando, prevenindo e revertendo falências que implicam o suporte vital. É um serviço onde se prestam cuidados a doentes em estado crítico, necessitando de uma vigilância contínua e intensiva. Caracterizam-se pela prestação de cuidados a doentes em situação crítica, bem como pelo ambiente de grande complexidade, equipamentos de alta tecnologia e profissionais de saúde qualificados (Briggs, 2017).

Estão organizadas em três níveis distintos, nível I, II e III, de acordo com o tipo de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis (Paiva et al., 2016). As camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico; as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2016).

No contexto onde decorreu o estágio e considerando a classificação anterior, está classificada em nível II e nível III. Dado o tipo de doentes e a complexidade na abordagem aos mesmos, utiliza-se a metodologia ISBAR, que consiste numa técnica padronizada de comunicação em saúde reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017). Desta forma, é promovida uma comunicação oportuna, completa, precisa, sem ambiguidade, atempada e compreensível para o recetor. A mnemónica ISBAR é composta pelos seguintes elementos: (I) Identificação, (S) Situação atual, (B) Antecedentes (*background*), (A) Avaliação e (R) Recomendações (DGS, 2017). Incorporar a passagem de dados relativa a doentes críticos, acerca dos quais existe muita informação a referir, é um desafio que assiste a muitos dos profissionais que trabalham em ambiente de cuidados críticos. Treinar a utilização de metodologias padronizadas de comunicação em saúde foi demonstrado como significativo para a melhoria das capacidades comunicacionais dos enfermeiros nas passagens de dados (Herawati, Nurmalia, Hartiti & Dwiantoro, 2018). No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve ser capaz de **reconhecer os seus recursos e limites pessoais/profissionais e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica** (OE, 2019), motivos que me dirigiram a estabelecer a transmissão de dados segundo a técnica ISBAR como uma atividade para o estágio, que considero ter evoluído favoravelmente, com impacto significativo na minha aprendizagem.

No serviço em que decorreu o estágio, a avaliação da carga de trabalho de enfermagem era realizada através do *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS 28), que consiste num instrumento desenvolvido com o intuito de dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos e estimar a gravidade da doença (Padilha et al., 2005). Trata-se de uma escala traduzida e validada para a língua portuguesa, que permite estimar a carga de trabalho das intervenções de enfermagem e, indiretamente, a gravidade dos pacientes. Nesta escala, cada ponto TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de trabalho de um enfermeiro na assistência ao doente crítico (Padilha et al., 2005). A referida escala é avaliada diariamente às 23h e o seu resultado utilizado para fins estatísticos. Tem ainda servido de suporte para argumentar o ajuste das necessidades de recursos humanos, nomeadamente quando a média de horas necessárias são consideravelmente superiores aos enfermeiros existentes. Sendo este um indicador importante, não poderá ser analisado de forma isolada. De acordo com Nonato et al (2014), trabalhar numa UCI exige uma atenção constante dos enfermeiros, sempre com uma perceção positiva e realista de si mesmos. Exige aos enfermeiros um maior esforço para superar o cansaço físico e mental, de forma a não comprometer a atuação esperada e, assim, não colocar a vida do doente em maior risco. De uma forma geral, a enfermagem lida diariamente com o sofrimento dos outros, requer o estabelecimento de relações interpessoais e tem dinâmicas de trabalho que envolvem muitas vezes a vertente emocional e psicológica. Para o enfermeiro, trabalhar na UCI exige ainda mais. Desde a tecnologia às intervenções rápidas e especializadas, normalmente com reduzida margem de erro, fazem do enfermeiro um profissional com apurado sentido humano, de modo a aproveitar o que de melhor a tecnologia tem em prol do conhecimento do doente e da satisfação das suas necessidades.

O impacto desta tecnologia só pode ser alcançável pela procura constante em conhecer a pessoa na sua totalidade, como um ser humano dinâmico e imprevisível, completo no momento (Boykin & Schoenhofer, 2013). Ancorado nos pressupostos da teoria Nursing as Caring (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013), Rozzano Locsin criou a teoria de médio alcance Technological Competency as Caring in Nursing, onde assumiu que a competência tecnológica expressa uma manifestação de cuidado perante o conhecimento integral do outro enquanto pessoa (Locsin, 2001). Este é um modelo crucial para a enfermagem contemporânea, associado ao cuidar expressado através da competência tecnológica. A perceção de que a sofisticada tecnologia e o cuidar em enfermagem não coexistem, e que o enfermeiro tecnicamente competente não é dotado da capacidade de cuidar a pessoa como um todo, levou o autor a apresentar um modelo em que a verdadeira competência tecnológica em enfermagem pode ser compreendida como uma própria expressão do cuidar. Assumiu que a pessoa é cuidada em virtude da sua humanidade (Boykin & Schoenhofer, 2013) e que o recurso à tecnologia não pretende apenas conhecer e monitorizar a

parte lesada da pessoa, mas também conhecê-la enquanto ser humano único, com as particularidades que o caracterizam e que estão em constante mudança ao longo do processo de doença (Locsin, 2005). Encara a tecnologia como um aspeto que aproxima o doente do enfermeiro, através dos benefícios que dela pode extrair para conhecê-lo continuamente no momento, dando vida ao processo de enfermagem, como disciplina e prática profissional. Para Locsin (2017) conhecer a pessoa numa prática de enfermagem tecnicamente exigente, revela uma demonstração de conhecimento intencional, deliberado e autêntico, que articula harmoniosamente a vertente teórico-prática especializada com a vertente humana.

Ao longo deste percurso de aprendizagem, foram várias as vezes que este binómio tecnologia-pessoa foi colocado em prática, integrando em pleno a informação adquirida na implementação das medidas mais adequadas à pessoa e ao momento.

Para o desenvolvimento da competência **“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p. 19363) contribuíram as múltiplas experiências que vivi, nomeadamente no que se refere aos principais diagnósticos que motivaram a presença daqueles doentes em cuidados intensivos, nomeadamente: pós-operatório de cirurgias vasculares (endarterectomias e colocação de endo próteses para correção de aneurismas da aorta abdominal), pós-operatório de craniotomia e cranioplastia, hemorragia digestiva alta, insuficiência cardíaca descompensada por infeção respiratória, celulite de um membro inferior, pós-operatório de clipagem de aneurisma de artéria cerebral, pancreatite aguda, encefalite autoimune, oclusão intestinal, *status* pós politrauma, atelectasia pulmonar, pneumonias da comunidade complicadas pela presença de microrganismos multirresistentes e por Sars Cov-2, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e ainda um caso de síndrome de *fournier* com necessidade de incrementar sessões de oxigenoterapia hiperbárica.

As principais técnicas que desenvolvi relacionaram-se com a vigilância hemodinâmica com e sem suporte aminérgico, vigilância de acesso arterial (colocação, manutenção e remoção), vigilância do traçado cardíaco, vigilância do estado neurológico, ventilação mecânica invasiva e processo de desmame ventilatório, sedo-analgésia, ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo, drenagem ventricular externa, acesso vascular central (colocação, manutenção e remoção), prestação de cuidados a doente sob isolamento de contato e de gotículas, prevenção de pneumonia associada ao ventilador e avaliação de pressão intra-abdominal. Assisti à realização de vários exames complementares de diagnóstico sob sedação, tais como colonoscopia, endoscopia digestiva alta, broncofibroscopia e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Como complemento formativo de apoio e atualização das melhores práticas relacionadas com o contexto pandémico, frequentei uma formação relacionada com a ventilação mecânica não invasiva e alto fluxo direcionada para os

doentes infetados com SARS CoV-2 (anexo V), cumprindo assim o desígnio **“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”** (OE, 2019, p. 4749). Estas iniciativas associadas à experiência adquirida durante a prática, são fundamentais para as tomadas de decisão, relacionando-se em simultâneo com as escolhas dos métodos mais adequados à condição clínica dos doentes.

A dor é uma das situações que, sendo muito frequente no doente crítico, assume um enorme protagonismo na escolha do melhor método que garanta o bem-estar e em simultâneo não interfira na ação de outras medidas que contribuem para a estabilidade hemodinâmica. Melhorar o controlo da dor é um direito de todas as pessoas (OE, 2008). Como tal, o enfermeiro especialista **“faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”** (OE, 2018, p. 19363). Para gerir a dor é necessário proceder à sua avaliação, monitorização e tratamento, utilizando escalas e indicadores de monitorização mais adequados, de forma a que seja possível identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas (Teixeira & Durão, 2016). De forma a mensurar a avaliação da dor é necessária a aplicação de escalas, sendo que no doente vígil e orientado capaz de estabelecer comunicação é promovida a autoavaliação, mas o doente com alteração do estado de consciência ou incapacidade para a comunicar, exige a aplicação de escalas que se baseiam em indicadores fisiológicos e comportamentais da dor. Para além das escalas de autoavaliação da dor, já sobejamente utilizadas na minha vida profissional, neste estágio tive oportunidade de utilizar a *Behavioral Pain Scale* (BPS), a escala mais utilizada em cuidados intensivos (Teixeira & Durão, 2016). Trata-se de uma escala na qual cada indicador é categorizado em 4 descrições comportamentais, na qual a pontuação 1 corresponde à ausência de dor e a pontuação 4 corresponde a um máximo de dor. A pontuação total pode variar entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima). De rápido preenchimento (escassos minutos), apresenta-se como uma escala válida e confiável, com adaptação cultural e propriedades psicométricas da população portuguesa (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013). Contudo, é uma escala que não permite caracterizar a qualidade, o tipo ou a localização da dor (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013). Diversos foram os doentes que necessitaram de sedo-analgésia, tendo sido possível desenvolver a competência **“demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia”** (OE, 2018, p. 19363). De forma a avaliar a sedação foi utilizada a escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), validada para a língua portuguesa e de fácil aplicação (Junior, Neto, Figueiredo & Park, 2008). Através desta escala foi possível documentar os sintomas de agitação, angústia (ansiedade, delírio e dor), e assim gerir a sedação conforme os objetivos pretendidos.

Tal como no incremento, também na fase de desmame da sedação, foi importante desenvolver competências específicas e ajustar o nível de intervenção farmacológica aos métodos alternativos, para garantir uma recuperação do estado de consciência que se coadunasse com a manutenção da estabilidade e retorno progressivo da atividade cerebral. Através da comunicação alternativa e aumentativa, otimizei a concretização da competência **“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p. 19363) no que diz respeito à **gestão da comunicação interpessoal com o doente e família/cuidador, face à elevada complexidade do seu estado clínico** (OE, 2018). A comunicação alternativa e aumentativa pressupõe um conhecimento aprofundado de técnicas de comunicação, a adaptação e a elaboração de estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com barreiras à comunicação. Nesta UCI foi possível utilizar as ferramentas de comunicação não verbal disponíveis no serviço, onde constam nomes, ações e conceitos frequentes no âmbito da prestação de cuidados e que facilitam a comunicação com a pessoa doente que não se consegue expressar verbalmente.

O enfermeiro especialista não só comunica com a família como **assiste a família/cuidador e doente nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que se encontra** (OE, 2018). Frequentemente o doente crítico não se apercebe do complexo processo que vive e só mais tarde o compreende. Já a família acompanha cada momento de forma intensa e emocional (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Como tal, é essencial saber gerir a ansiedade e o medo vividos pelo doente e família/cuidador. Neste âmbito, foi possível cumprir um desígnio pessoal que considero fundamental no processo integrativo das famílias, através do desenvolvimento e implementação de um projeto que contemplava a criação de uma sala dedicada à comunicação com os familiares, fosse no momento de transmitir boas ou más notícias. Sendo este um conceito pouco desenvolvido naquela instituição, foi determinante a apresentação de uma sessão direcionada ao tema *“Transmissão de más notícias: métodos e técnicas”* (apêndice VI – apresentação do trabalho; anexo VI – certificado de palestrante). O acompanhamento dos familiares passou assim a ser realizado de uma forma mais humanizada, respeitando o seu espaço e o respetivo apoio em situações de difícil controlo, tais como prognósticos reservados ou mesmo notícias relacionadas com o falecimento de entes queridos. Após estes momentos, nos quais a equipa médica e de enfermagem estavam presentes, passou ainda a ser assegurado o acompanhamento por psicólogos e assistentes sociais que garantiam a continuidade de todo o processo.

Com o decorrer do estágio e após decisão de suspender as visitas presenciais dos familiares devido à pandemia por SARS CoV-2, verificou-se a necessidade de incrementar estratégias alternativas, tais como os contatos telefónicos e as videochamadas com os doentes. O distanciamento físico da família prejudicou o estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro-família/cuidador, no entanto, tornou

mais preponderante a relação terapêutica enfermeiro-doente. A relação terapêutica consiste numa parceria que o enfermeiro estabelece com a pessoa alvo de cuidados (OE, 2001 revisto em 2012). Esta relação consiste num processo dinâmico, fortalecido ao longo do tempo. É uma relação caracterizada pelo respeito pelas capacidades do cliente e valorização do seu papel, com o principal objetivo de ajudar o doente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde, devendo ser envolvidas as pessoas significativas para o doente (OE, 2001 revisto em 2012).

Todas estas alterações implicaram, indubitavelmente, adaptação a novas realidades que, determinaram em simultâneo a identificação de novas oportunidades de melhoria sequentes às iniciativas anteriores. Assim e após o aproveitamento dos espaços disponíveis, trabalhei num novo projeto dedicado à reorganização do material clínico disponível no serviço. Para isso recorri à metodologia Activity-Based Costing (ABC), a qual consiste na separação dos artigos em stock em três grupos, de acordo com o valor das encomendas anuais, ou de acordo com o valor de consumo anual. Uma classificação ABC típica de artigos em stock apresenta uma configuração na qual 20% dos artigos são considerados A e que estes respondem por 65% do valor das encomendas ou consumo anual. Os artigos B representam 30% do total de número de artigos e 25% do valor das encomendas ou consumo anual. Tem-se ainda que os restantes 50% dos itens e 10% do valor de consumo anual serão considerados de classe C (Cooper, 1991).

Embora se reconheça que tais percentagens de classificação possam variar de instituição para instituição, é importante observar que, no princípio ABC, normalmente uma pequena percentagem de artigos é responsável por uma grande percentagem do valor das encomendas ou consumo anual. Frequentemente, uma análise ABC é preparada para determinar o método mais económico para a gestão do stock, pois através dela torna-se possível reconhecer que nem todos os artigos em stock merecem a mesma atenção por parte da coordenação do serviço, nem é necessário manter a mesma disponibilidade de todos os itens para satisfazer as necessidades dos doentes.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são uma dimensão que necessariamente preocupa os profissionais de saúde.

Relativamente ao controlo de infeção o enfermeiro especialista “**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**” (OE, 2018, p. 19364). Durante a permanência nas instituições de saúde, os doentes podem adquirir infeções, especialmente quando ocorre o recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora (DGS, 2007). As precauções básicas de controlo de infeção destinam-se a prevenir a transmissão cruzada com origem em fontes de infeção conhecidas ou não, garantindo a segurança dos doentes, dos

profissionais de saúde e de todos os que frequentam os serviços de saúde (DGS, 2012, atualizada em 2013). Contudo, estas precauções não previnem eficazmente a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, pelo que casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina, *Acinetobacter* multirresistente, SARS-CoV-2, entre outros) têm indicação para precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às precauções básicas, não as substituindo. A aplicação das precauções básicas do controlo da infeção na prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o profissional e o doente, tomando em consideração o grau de exposição previsto a fluidos orgânicos. Estas consistem em medidas como: higiene das mãos, colocação de doentes em espaços mais isolados, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2012, atualizada em 2013).

A oportunidade de contactar diretamente com os elos de ligação do Grupos de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GLC-PPCIRA) no serviço onde o estágio foi realizado, demonstrou ser uma mais valia, permitindo-me desenvolver conhecimentos específicos no desenvolvimento deste domínio.

O enfermeiro especialista **maximiza o bem-estar do doente com o rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas, nomeadamente na promoção do conforto e da prevenção das complicações** (OE, 2017). Faria *et al.* (2018) identificaram as necessidades de conforto do doente internado em cuidados intensivos de acordo com os pressupostos da teoria de Kolcaba (2003), referindo que as necessidades de conforto psicoespirtual foram as mais identificadas, seguidas pelas necessidades de conforto físico, tendo sido menos identificadas tanto as necessidades de conforto ambiental como as de conforto social. Na promoção do conforto, durante o estágio foram tidos em consideração aspetos como: a promoção da exposição de sentimentos e emoções; a promoção do diálogo; a partilha recíproca de informações enfermeiro-doente; a promoção da esperança, promoção do sentimento de autocontrolo (*i.e.* pedido de opinião relativamente ao posicionamento ou ao que deseja ter perto de si, exposição dos assuntos de forma a que o doente sentisse que estava no centro e que a sua opinião era pertinente e relevante); a promoção do sentimento de utilidade e estabelecimento de parceria com o doente (desde aspetos mais simples como colaboração para a colocação de uma arrastadeira, aos mais complexos como a colaboração na sinalização de sinais e sintomas); a promoção de um ambiente relaxante; a realização de massagem de conforto aos doentes que o apreciavam; a manutenção do contato com a família; a utilização da música como terapia; a regulação da intensidade da luz conforme o desejo do doente; a

adequação da roupa da cama de acordo com a percepção de frio/calor do doente; a promoção do acesso aos seus objetos pessoais; a manutenção das próteses e ortóteses em corretas condições de higiene, funcionamento e acesso; a promoção da ligação com o exterior nomeadamente na partilha de aspetos como as horas, a meteorologia ou as notícias do dia.

No transporte da pessoa em situação crítica existem diversos aspetos que podem ser tidos em consideração no que ao conforto diz respeito. Quando a pessoa tem um estado de consciência que lhe permite perceber o que a rodeia, o conforto psicoespiritual pode ser promovido informando-a relativamente à pertinência da realização do transporte, adquirindo o seu consentimento, explicando como poderá colaborar durante o procedimento e promovendo a percepção de segurança.

O conceito de conforto é transversal a todas as atividades desenvolvidas em contexto de doente crítico, prolongando-se mesmo além da vida de próprio doente. Quando estes se encontram em fim de vida, sentem habitualmente um aumento ou uma renovação das suas necessidades de afirmação e aceitação; perdão e reconciliação; descoberta do significado e direção, necessitando muitas vezes de auxílio espiritual e procurando resposta para o significado do sofrimento e da dor, para um sistema de valores, para o significado da vida, para os seus sentimentos de culpa na procura de Deus e da vida depois da morte (Twycross, 2003). Além daquilo que permite aos enfermeiros exercer plenamente a sua prática de cuidado em todas as suas dimensões, com meios por vezes muitos técnicos e, outras vezes que são o menos, estes profissionais têm a oportunidade de oferecer mais serenidade à pessoa cuidada e aos que lhe são próximos, a partir de uma multiplicidade de “pequenas coisas” (Hesbeen, 2001).

O ideal e o verdadeiro valor do cuidar é sem dúvida um ponto de partida, um local, uma atitude, que terá de se tornar um desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se reflete em atos concretos e objetivos. O cuidar, como ideal moral, vai para além do ato, ultrapassando o ato específico de um enfermeiro individualmente e produz atos coletivos da profissão de enfermagem que tem consequências e repercussões importantes para o ser humano. Este cuidar não se esgota no fim de vida de uma pessoa; prolonga-se mesmo para além disso, seja durante a realização dos cuidados *post mortem*, seja no acompanhamento aos familiares, através da disponibilidade e apoio.

Neste contexto, durante o estágio foi ainda possível elaborar uma norma relacionada com esta etapa da vida, salvaguardando os procedimentos mais atuais e as melhores práticas, de modo a garantir o cumprimento dos normativos legais e em simultâneo, salvaguardar as orientações internas mais adequadas e que permitissem uma articulação ordenada entre todos os intervenientes (apêndice VII). A capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de

conhecimento. O crescimento dos custos dos cuidados com os doentes críticos impõe decisões assentes em critérios de qualidade, eficácia, eficiência, com a preocupação de garantir o exercício ético da enfermagem nos limites da função orgânica. As fronteiras do exercício da profissão e a preocupação com a reintegração social dos sobreviventes determinam preocupações de índole ética e social, essenciais para as boas práticas em conformidade com o “estado da arte”. É neste âmbito que os serviços de cuidados intensivos se tornam o centro da visão integradora na abordagem do doente crítico como um todo não fragmentado, em que a tecnologia e o cuidar em enfermagem podem ser aspetos harmoniosos da prática clínica, complementando-se.

Em suma, o estágio em cuidados intensivos revestiu-se de uma oportunidade singular para consolidar a experiência previamente adquirida, conferindo-lhe uma visão conceptual que me permitiu ir além do óbvio, daquilo que se vê ou se observa através de um simples olhar. Passei a integrar e a processar a informação recolhida num pensamento racional e lógico, atuando preventivamente através da identificação precoce de sinais de instabilidade; a reação deu assim lugar à prevenção.

3. TREINO DE EQUIPA EM EMERGÊNCIA CARDIORRESPIRATÓRIA: IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE

O conceito de enfermagem e de pessoa têm evoluído em sentido único e caminham paralelamente para objetivos comuns. Durante o percurso de vida, a pessoa experiencia alterações da estabilidade do binómio saúde/doença e por razões várias não conseguem ou não podem satisfazer as suas necessidades humanas básicas. Enquanto ser complexo, a pessoa deve ser entendida como única e indivisível, com valores, crenças e personalidade própria, sofrendo em simultâneo com a influência do ambiente que a rodeia. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, sendo necessário ter uma visão holística da pessoa, promovendo uma relação terapêutica sólida, para conseguir proporcionar cuidados de enfermagem com resultados positivos (OE, 2001).

A complexidade e diversidade das respostas humanas aos processos de transição saúde/doença, refletem-se na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e diferenciados por parte dos enfermeiros. Assim, com a necessidade de prestar cuidados de qualidade e direcionados às pessoas, surgem as áreas de especialização em enfermagem, que dotam o enfermeiro de competências acrescidas, para o cuidar do doente numa fase da sua vida.

Em particular na abordagem à pessoa em situação vulnerável, o enfermeiro assume uma posição de destaque, procurando uma resposta efetiva na resolução dos estados de dependência major frequentemente encontrados nos serviços de urgência e unidades cuidados intensivos. Cuidar de uma pessoa em situação crítica vulnerável é complexo e envolve dedicação e compromisso profissional, onde a prática não se resume apenas aos comportamentos observáveis. Torna-se assim indispensável que o enfermeiro seja detentor de um olhar atento, conhecendo a pessoa momento a momento e estabelecendo uma relação de cuidar com presença efetiva e transmissão de segurança, tornando a experiência menos hostil e emocionalmente menos traumática. As intervenções rápidas e o carácter urgente que lhe está associado, são fundamentais para a prática de enfermagem de cuidados críticos e a principal razão para que sejam admitidas nestas áreas, nomeadamente, a dependência da substituição de órgãos major, terapêutica específica contínua e tecnologia de suporte.

Respeitando os princípios que determinam este tipo de abordagem, foi com naturalidade que a preocupação e a vontade em fazer mais, se ergueu sob a forma de um projeto de intervenção que permitisse, por um lado preparar os enfermeiros para uma melhor resposta ao doente crítico e por outro promover a profissão de enfermagem para um nível de diferenciação que se coadune com os pressupostos que estão na essência da sua conceção.

O programa de simulação desenvolvido ao longo dos estágios de urgência e cuidados intensivos visou, essencialmente, relembrar e estruturar diretrizes e protocolos de atuação sobre o acesso e manutenção da via aérea, algoritmo de suporte básico e avançado de vida, ritmos de peri e paragem cardiopulmonar. Por forma a garantir uma maior eficiência de todos os recursos, foram articulados todos os meios de resposta interna, tais como a equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI) A prática clínica, sendo uma atividade nuclear dos profissionais de saúde de qualquer serviço, implica o desenvolvimento de competências adequadas às necessidades específicas da pessoa doente. No decorrer do internamento da pessoa com doença aguda, as situações emergentes de suporte de vida são frequentes, exigindo da equipa respostas rápidas e adequadas.

Sabe-se que, ao contrário de outras formas de treino, a simulação em contexto real oferece um ambiente único de aprendizagem controlada, determinando autonomia, rapidez e eficiência sem compromisso para o doente, aumentando a confiança dos profissionais e a retenção de informação fornecida. Contribui também para a diminuição do stress e fadiga dos profissionais e principalmente para o número de erros cometidos. Possibilita uma melhoria no ensino/aprendizagem, bem como uma melhoria na qualidade dos cuidados aos doentes, uma vez que capacita os profissionais para as tomadas de decisão, destreza, conhecimento, liderança, julgamento clínico e atitude face às situações de emergência (Yuan et al., 2012). Tem sido reconhecida como uma opção viável e desejável para a determinação do nível de competência, pois está concebida para potenciar a participação ativa dos intervenientes no processo de ensino e aprendizagem, permitindo que os profissionais (re)construam o conhecimento científico, explorem diversos cenários e desenvolvam diferentes capacidades em contexto seguro (Yuan et al., 2012).

A simulação clínica consistiu em 3 fases: o *briefing* ou *pré-briefing*, onde o facilitador explica como a sessão de simulação será conduzida, discute os objetivos pretendidos e atribui as funções aos formandos; o cenário, onde os formandos têm experiência experimental ou observacional com casos reais; 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 (Jeffries et al., 2015). As simulações decorreram no ambiente normal de trabalho, integradas nos respetivos serviços e fazendo uso do material e equipamentos existentes nos mesmos. A totalidade dos enfermeiros foi envolvida nas simulações (24 enfermeiros do serviço de urgência e 18 da unidade de cuidados

intensivos). Foi permitido o manuseamento do carro de emergência, monitor desfibrilhador, adjuvantes da via aérea e dispositivos de ventilação assistida; procederam à identificação de ritmos de peri e paragem cardíaca, revisão dos algoritmos e treino das dinâmicas de equipa.

Todo o percurso foi pautado pela exigente e contínua construção de uma identidade profícua e aprimorada na aferição dos conceitos essenciais a uma abordagem especializada à pessoa em situação crítica, e com um sentido perspicaz e convicto numa ideologia dotada das capacidades estruturantes ao nível da vigilância e prevenção, diagnóstico e intervenção em ambientes de exceção.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

As pessoas em situação crítica constituem um enorme desafio aos profissionais de saúde, que ao lidarem com processos complexos de reconhecimento, identificação e decisão, devem possuir conhecimentos sólidos de forma a conseguirem as melhores respostas de atuação. O ambiente que rodeia as situações de instabilidade hemodinâmica e/ou mesmo paragem cardiorrespiratória, apesar de súbito e inesperado, desde que em locais devidamente equipados, como as unidades de cuidados intensivos, permite determinar com alguma exatidão e implementar as medidas corretivas.

A paragem cardiorrespiratória é uma situação que determina elevados níveis de stress perante os profissionais que a vivenciam. Independentemente do seu nível de treino ou de experiência, e por se tratar de uma situação *in extremis*, o desempenho perante esta situação é influenciado por inúmeros fatores para além do nível de conhecimento necessário à atuação.

Desde 2016, comparativamente a anos anteriores, verifica-se no serviço de urgência e unidade cuidados intensivos do hospital onde decorreram os estágios, um acréscimo de enfermeiros recém-licenciados, bem como um aumento do número de enfermeiros transferidos de outros serviços. Estes fatores contribuem para a dificuldade de articulação entre equipas por ausência de uma linguagem comum, falta de à-vontade para liderar e conhecimento pleno de recursos existentes bem como a sua manipulação, de forma a otimizar as intervenções em contexto de situações emergentes.

Além disso, verificou-se que em situações de PCR, os elementos da equipa, independentemente do seu nível de experiência e categoria profissional, tendem a não seguir na íntegra as diretrizes das entidades internacionais (ERC e/ou AHA), e a transparecer os seus níveis de stress para os restantes elementos. A evidência determina precisamente a importância da mobilização destes pressupostos para a segurança da pessoa em situação crítica. *“Survival from cardiac arrest is determined by the quality of the scientific evidence behind the guidelines, the effectiveness of education and the resources for implementation of the guidelines”* (Soar, 2010, p.81).

O sucesso de uma reanimação depende assim do nível de conhecimentos, da eficiência da formação e dos recursos disponíveis para a execução dos procedimentos. Nesta continuidade, se os níveis de conhecimento teórico dependem de cada um, e se os recursos humanos e materiais para a otimização dos procedimentos inerentes à reanimação são difíceis de manipular por serem dependentes de outrem, então a nossa atuação no sentido de otimizar a capacidade de resposta neste âmbito, deverá incidir sobre os métodos e técnicas de formação. O impacto que o treino em suporte avançado de vida tem sobre as vítimas de paragem cardiorrespiratória, está diretamente relacionado com a taxa de sobrevivência e a sua qualidade de vida pós reanimação, quando comparadas com aquelas que são reanimadas apenas por elementos que fizeram o curso em ambiente controlado (Perkins et al., 2021).

A simulação de situações reais tem demonstrado vantagens em relação ao modelo tradicional de ensino, e provado ainda que a aquisição de conhecimentos aumenta, os níveis de stress evidenciados em situações reais são inferiores, e o interesse e entusiasmo dos formandos são mais elevados neste tipo de formação, muito provavelmente por se sentirem membros ativos no processo formativo (Pires et al, 2004). Numa situação real de paragem cardiorrespiratória, muitos profissionais sentem um nível de confiança inferior ao que seria ideal, influenciando negativamente a sua prestação (Nicolli et al., 2010). De acordo com os mesmos autores, após o processo formativo em suporte avançado de vida, a qualidade técnica dos formandos mantém-se por um período médio de 3 a 6 meses, sendo que outros estudos referem intervalos até aos 18 meses. Desta forma compreendemos a necessidade de se realizarem atualizações frequentes neste âmbito, primeiro por não serem situações experienciadas diariamente e também por serem situações que carecem de resposta imediata e prestada por profissionais com maior qualidade de conhecimentos em diferentes dimensões.

As vantagens de seguirmos as orientações internacionais, nomeadamente as diretrizes da ERC, relacionam-se com uma melhor coordenação e capacidade de resposta por parte de todos os elementos que constituem a equipa de reanimação. A existência de um algoritmo universal, permite a antecipação de determinada tomada de decisão, a atividade da equipa é potenciada uma vez que todos sabem qual o passo seguinte em determinada fase da reanimação (Nolan, et al., 2021).

A liderança e a distribuição de funções são também considerados aspetos fundamentais a ter em conta durante uma PCR, visto serem fatores que influenciam a eficiência da reanimação, e consequentemente a taxa de sobrevivência e a qualidade de vida da vítima (Cooper, 1999).

A melhor liderança é aquela em que o líder delega tarefas especificando claramente os elementos que as devem executar, gerindo da melhor forma os recursos humanos pelas necessidades imediatas e prioritárias, permitindo-lhe ainda uma visão global sobre a reanimação, de tal forma que este deve emitir um feedback *in loco* sobre técnicas a melhorar aos restantes elementos da equipa.

Nos últimos anos, entre as metodologias mais indicadas para a formação contínua dos profissionais que trabalham em contexto de urgência e de cuidados intensivos, tem-se destacado o uso da simulação clínica de alta fidelidade, uma vez que essa estratégia aproxima o formando de um ambiente controlado o mais próximo possível da realidade, de forma ética e segura para treino. A simulação clínica de alta fidelidade permite uma participação ativa no processo de capacitação, construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades psicomotoras. A formação contínua tem associado o realismo da simulação de alta fidelidade ao conhecimento e à prática clínica dos enfermeiros, gerando um aumento na confiança e habilidade para a avaliação da deterioração do quadro clínico do doente. A simulação de alta fidelidade permite compor diversos cenários da prática clínica, possibilitando o estudo de um mesmo caso em diferentes contextos, com equipas multidisciplinares e interdisciplinares, por tantas vezes quantas forem necessárias, até que os objetivos de aprendizagem e a proficiência sejam atingidos, analisando o desempenho técnico e as atitudes comportamentais dos profissionais (Bliss, 2017).

Além dos pressupostos enunciados, foram tidos em conta aspetos como a idade (Tabela 1), tempo permanência no serviço (Tabela 2), categoria profissional (Tabela 3) e existência de formação adicional em suporte básico ou avançado de vida e trauma (Tabela 4) por parte dos enfermeiros alocados nos serviços de urgência e cuidados intensivos. Paralelamente foram realizadas simulações iniciais e os resultados considerados orientadores para o desenvolvimento deste projeto de intervenção.

	[20-29 anos]	[30-39 anos]	[40-49 anos]	≥50 anos
SU	5	10	5	4
UCI	3	8	6	1

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros por idade

Em ambos os serviços de urgência e cuidados intensivos, o intervalo de idades mais representado situa-se na faixa etária [30-39 anos], correspondendo a 41,66% e 44, 44% respetivamente.

	[0-2 anos]	[3-4 anos]	[5-6 anos]	≥7 anos
SU	17	6	0	1
UCI	5	7	1	5

Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício profissional

Em relação ao tempo de permanência no serviço de urgência, aproximadamente 4,17% exercem funções há mais de sete anos, 24,99% entre três e quatro anos e 70,83% há dois ou menos anos. Na unidade de cuidados intensivos verifica-se que apenas 27,77% exercem funções há mais de sete anos, 5,55% entre cinco e seis anos, 38,88% entre três e quatro anos e 27,77% há dois ou menos anos. Nos últimos três anos, em ambos os serviços, tem-se verificado uma elevada taxa de rotatividade de enfermeiros, pela saída para outros serviços do hospital e/ou unidades operacionais.

	Enfermeiro	Enfermeiro Especialista
SU	21	3
UCI	17	1

Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros por categoria profissional

Os enfermeiros que se encontram a exercer funções no serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, são agrupados maioritariamente na categoria de “enfermeiro”, ou seja, 90,47%. Os restantes profissionais, 9,53%, enquadram-se na categoria de “enfermeiro especialista”. A baixa percentagem de enfermeiros especialistas tem-se verificado de forma mais acentuada nos últimos três a quatro anos, devido à mobilidade destes para outras unidades operacionais.

	Nenhuma	Curso Trauma	Curso SBV, SAV e Trauma	Curso SAV e Trauma
SU	15	1	6	2
UCI	12	1	4	1

Tabela 4. Distribuição dos enfermeiros por formações adicionais

No que respeita às formações adicionais no âmbito do suporte básico, avançado de vida e trauma, é evidente a carência de competências nestas áreas que, são por si só, fundamentais na abordagem ao doente crítico. De salientar que dos enfermeiros colocados nos serviços de urgência e cuidados intensivos, 64,28% não possuem qualquer formação específica.

O suporte básico de vida constitui a base da abordagem aos doentes em paragem cardiorrespiratória, pois inclui o reconhecimento imediato da situação, a ativação do sistema ou da equipa de emergência e a execução precoce das manobras de ressuscitação. O suporte avançado de vida, inclui intervenções que, realizadas de forma integrada com o suporte básico de vida, potenciam a probabilidade de retorno da circulação espontânea (Perkins et al, 2021).

Embora não se tenham verificado alterações significativas na abordagem do suporte básico e avançado de vida, há atualmente um reconhecimento maior de que os doentes que entram em paragem cardíaca dentro e fora do hospital apresentam sinais premonitórios e que, quando detetados

precocemente, impedem que esta ocorra. Compressões torácicas de alta qualidade com a interrupção mínima e a desfibrilhação precoce, continuam a ser prioridades. No decorrer da ressuscitação, é fundamental garantir a permeabilidade básica das vias aéreas e progredir de forma gradual e de acordo com as competências até que a ventilação efetiva seja alcançada (Perkins et al, 2021).

Se por um lado o conhecimento sobre os sinais de instabilidade é importante para a atuação preventiva, o treino e a destreza na realização das manobras de reanimação são fundamentais durante a abordagem à vítima em paragem cardiorrespiratória. Neste sentido, considerei oportuno determinar qual o nível de resposta que a equipa de enfermagem daria perante situações de peri e paragem cardíaca, através da realização de simulações clínicas; os resultados são apresentados na Tabela 5 e Tabela 6.

Numa primeira fase (diagnóstico de situação) foram previamente selecionados os casos clínicos de acordo com o recomendado pela *American Heart Association* (anexo VII) e distribuídos de forma aleatória pelos enfermeiros do serviço de urgência e cuidados intensivos. Para preservar a identificação dos formandos, foi atribuído um código alfanumérico.

Code	Scenario	Round 1
a6	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	19,04%
a7	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	38,09%
a8	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	33,33%
a9	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	42,86%
a10	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	85,71%
b4	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	38,09%
b5	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	42,86%
b8	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	26,57%
b9	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	33,33%
b10	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	71,43%
b11	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	57,14%
c6	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	100,00%
c7	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	26,57%
c8	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	42,86%
c9	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	23,80%
c10	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	42,86%
d4	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	33,33%
d5	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	66,66%
d6	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	80,96%
d7	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	33,33%
d8	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	33,33%
d9	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	57,14%
d10	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	28,57%
d11	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	95,24%
		\bar{X} 48,05%

Tabela 5. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros do serviço de urgência

Após a primeira simulação clínica (diagnóstico) realizada no serviço de urgência, verificou-se uma taxa média de sucesso de 48,05%. A classificação mínima obtida foi de 19,04%, o que corresponde apenas à execução correta de quatro dos vinte e um itens avaliados. A classificação máxima de 100% apenas foi atingida por uma pessoa, sendo esta a exigida pela *American Heart Association* para aprovação imediata, aquando da realização de um curso de suporte avançado de vida.

Code	Scenario	Round 1
a1	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	23,81%
a2	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	38,09%
a3	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	42,86%
a4	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	33,33%
a5	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	95,24%
b1	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	38,09%
b2	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	95,24%
b3	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	28,57%
b6	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	100,00%
b7	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	66,66%
c1	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	47,62%
c2	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	33,33%
c3	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	57,14%
c4	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	100,00%
c5	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	23,81%
d1	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	95,24%
d2	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	42,86%
d3	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	26,57%
		\bar{X} 54,91%

Tabela 6. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos

Relativamente aos dados obtidos após a primeira simulação na unidade de cuidados intensivos, observa-se uma taxa média de sucesso ligeiramente superior à obtida em contexto de urgência, 54,91%. No entanto, estes resultados são ainda muito inferiores às percentagens exigidas para que possamos considerar que os enfermeiros estão aptos a realizar suporte avançado de vida com sucesso. A classificação mínima obtida foi de 23,81% (superior ao mínimo obtido na urgência) e a máxima de 100% (dois enfermeiros).

3.2. AÇÕES DESENVOLVIDAS

O diagnóstico de situação realizado no início do estágio foi determinante para a implementação do projeto de intervenção na área da simulação clínica. A pouca experiência da equipa, associada ao curto período de permanência nos respetivos serviços de urgência e cuidados intensivos, a reduzida ou ausência de formação nas áreas do suporte básico e avançado de vida e os resultados pouco satisfatórios obtidos nas simulações iniciais, elencaram um conjunto de medidas no sentido de aprimorar as competências dos enfermeiros na abordagem ao doente crítico.

As atividades desenvolvidas durante este percurso procuraram contribuir para a aquisição de conhecimentos e treino adequado em situações de emergência cardiorrespiratória; atuação com eficácia e eficiência nas situações de instabilidade hemodinâmica; realização de registos uniformizados durante a abordagem à pessoa em situação crítica e em situações de paragem cardiorrespiratória; manipulação dos equipamentos disponíveis nos seus serviços, nomeadamente o carro de emergência, monitor desfibrilhador e restantes acessórios; estabelecimento de uma dinâmica de equipa eficaz durante uma reanimação cardiopulmonar; garantia de uma comunicação eficaz e distribuição de tarefas que se coadunem com os recursos disponíveis e respetivas capacidades.

Após as primeiras simulações, constatou-se um enorme empenhamento por parte de toda a equipa, a qual demonstrou aprimorado interesse em aprender e adquirir as competências necessárias para um melhor desempenho. Pelo facto de estas decorrerem nos próprios serviços e com recurso aos equipamentos existentes, foi de imediato reconhecido o valor que esta iniciativa poderia acrescentar na dinâmica dos serviços e do hospital.

Benner (2005) atribui à experiência do vivido uma importância vital no desenvolvimento de competências. Assume que é através da experiência adquirida na prática que a perícia se desenvolve, onde o conhecimento teórico é importante, mas insuficiente, para a tomada de decisões complexas como as exigidas na praxis de enfermagem.

Foi então desenvolvido um esforço pedagógico conjunto com a coordenação dos serviços intervenientes e com a própria Direção do Hospital que, prontamente (após lhe ser apresentado o projeto) se dignou a adquirir os recursos necessários para garantir as melhores condições de treino. A argumentação com recurso à evidência científica desenvolvida também nesta área, foi crucial para a tomada de decisão.

Entre as simulações consideradas para a avaliação e apuramento dos resultados apresentados, foram desenvolvidas duas ações de formação relacionadas com a abordagem ao doente crítico, onde se incluíram os ritmos de peri e paragem cardíaca, algoritmos, terapêutica de emergência e cuidados pós-reanimação cardiopulmonar. Estas ações foram previamente gravadas e partilhadas em formato

digital por todos os enfermeiros dos serviços envolvidos. Concomitantemente foi gravada uma simulação realizada por peritos e formadores na área do suporte avançado de vida, onde se procurou demonstrar qual a forma mais correta de abordagem, metodologia a utilizar e dinâmica a implementar. No decurso da intervenção foram ainda realizadas várias simulações em contexto de trabalho, muitas delas de forma inopinada, mas sempre com carácter de aprendizagem e melhoria contínua. Nestes momentos eram valorizadas todas as ações realizadas pelos enfermeiros, mesmo que não completamente corretas. A motivação e a valorização do interesse partilhado, assumiu-se como um contributo particularmente importante na união da equipa e na cooperação que todos entenderam ser fundamental para que a abordagem ao doente crítico fosse mais eficiente.

Para finalizar este percurso de aprendizagem mútua foram realizadas as simulações finais (Tabelas 7 e 8), em que cada um dos enfermeiros, voltou a ser avaliado na função de *team leader* perante um cenário diferente do inicial, mas com a mesma sequência de eventos. Entre a primeira simulação e a última decorreram, no mínimo 2 e no máximo 4 meses. Esta discrepância foi aceite como razoável, pois de outra forma não teria sido possível envolver todos profissionais de enfermagem dos respetivos serviços.

3.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma equipa é composta por dois ou mais indivíduos, que podem ou não pertencer à mesma categoria profissional, sendo importante reconhecer que independentemente dessa categoria, cada elemento desempenha uma função única e específica que converge num objetivo comum (WHO, 2011).

Em saúde, as equipas são predominantemente multidisciplinares, o que nos remete para um grupo de indivíduos com formação e funções diferentes. Tendo esta equipa um objetivo comum, é importante a existência de um líder como orientador do grupo, para que se tracem estratégias de atuação e processos de intervenção. Em última análise o objetivo comum de uma equipa de saúde é a melhoria do *outcome* da pessoa de quem cuida (Manser, 2009). A eficiência das equipas está diretamente relacionada com a definição de objetivos e planos concretos, a comunicação eficaz, a liderança, o empenho e qualidade técnico-científica dos elementos do grupo, o reconhecimento das limitações de cada um, a responsabilização e a partilha de conhecimento (American Heart Association, 2011).

Na corrida pela tomada de decisão e realização de intervenções *life-saving* o stress aumenta, e por isso importa que essa comunicação seja eficaz, para tal devemos comunicar de forma clara, objetiva, direcionada e unidireccionalmente recorrendo ao feedback imediato das intervenções realizadas (American Heart Association, 2011). Importa assim, que enquanto enfermeiro nas diferentes funções

que assumo na prática profissional, enquanto elemento ou líder de uma equipa de prestação de cuidados diretos ou de um projeto, consiga entender as potencialidades de cada elemento e respeitar as funções e áreas de atuação de cada um, tendo em conta que a comunicação deve ser clara e que o nível de empenho deve ser sempre máximo, só assim conseguiremos atingir melhores resultados, na perspetiva de TEAM: *Together Everyone Achieve More*.

Os resultados apresentados, ainda que não integrados num processo metodológico de investigação, poderão ser representativos das vantagens que a prática simulada assume no treino das equipas que cuidam diariamente de pessoas em situação de particular vulnerabilidade. Consubstanciados pela revisão da literatura integrada neste relatório, poderá constituir-se uma ferramenta indicativa do percurso que é possível delinear com recurso ao empenho, à motivação e perseverança.

	Scenario	Round 1	Round 2	Difference in quality
a6	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	19,04%	80,96%	61,92%
a7	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	38,09%	71,43%	33,34%
a8	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	33,33%	95,24%	61,91%
a9	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	42,86%	95,24%	52,38%
a10	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	85,71%	95,24%	9,53%
b4	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	38,09%	66,66%	28,57%
b5	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	42,86%	100,00%	57,14%
b8	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	26,57%	66,66%	40,09%
b9	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	33,33%	71,43%	38,10%
b10	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	71,43%	100,00%	28,57%
b11	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	57,14%	100,00%	42,86%
c6	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	100,00%	95,24%	-4,76%
c7	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	26,57%	79,17%	52,60%
c8	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	42,86%	100,00%	57,14%
c9	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	23,80%	79,17%	55,37%
c10	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	42,86%	100,00%	57,14%
d4	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	33,33%	71,43%	38,10%
d5	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	66,66%	100,00%	33,34%
d6	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	80,96%	100,00%	19,04%
d7	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	33,33%	71,43%	38,10%
d8	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	33,33%	100,00%	66,67%
d9	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	57,14%	95,24%	38,10%
d10	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	28,57%	85,71%	57,14%
d11	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	95,24%	95,24%	0,00%
	\bar{X}	48,05%	88,15%	40,10%

Tabela 7. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros do serviço de urgência (após a 2ª simulação avaliada)

Perante os resultados obtidos no serviço de urgência, observa-se uma evolução bastante significativa do desempenho da equipa de enfermagem durante as práticas simuladas. Da primeira para a segunda simulação avaliada verificou-se um aumento, em média, de 40,10% elevando assim a taxa de sucesso média para 88,15%. Ao contrário do primeiro momento, constatamos que na segunda simulação a classificação mínima foi de 66,66% e a máxima de 100% em oito dos casos. Com exceção de um formando, todos os restantes viram o seu desempenho melhorado, refletindo-se num aumento considerável das suas classificações.

Code	Scenario	Round 1	Round 2	Difference in quality
a1	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	23,81%	71,43%	47,62%
a2	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	38,09%	71,43%	33,34%
a3	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	42,86%	100,00%	57,14%
a4	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	33,33%	95,24%	61,91%
a5	Scenario A [Bradycardia-Pulseless VT-PEA-PCAC]	95,24%	95,24%	0,00%
b1	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	38,09%	95,24%	57,15%
b2	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	95,24%	100,00%	4,76%
b3	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	28,57%	71,43%	42,86%
b6	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	100,00%	100,00%	0,00%
b7	Scenario B [Tachycardia-PEA-VF-PCAC]	66,66%	95,24%	28,58%
c1	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	47,62%	100,00%	52,38%
c2	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	33,33%	100,00%	66,67%
c3	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	57,14%	95,24%	38,10%
c4	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	100,00%	95,24%	-4,76%
c5	Scenario C [Bradycardia-VF-Asystole-PCAC]	23,81%	71,43%	47,62%
d1	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	95,24%	100,00%	4,76%
d2	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	42,86%	100,00%	57,14%
d3	Scenario D [Tachycardia-VF-PEA-PCAC]	26,57%	66,66%	40,09%
		\bar{X} 54,91%	90,21%	35,30%

Tabela 8. Percentagem de sucesso obtida pelos enfermeiros de cuidados intensivos (após a 2ª simulação avaliada)

Relativamente aos resultados obtidos nas simulações realizadas na unidade de cuidados intensivos, verificou-se um aumento médio de eficácia de 35,30%. A percentagem de sucesso obtida na segunda simulação é consideravelmente superior à primeira, com 90,21% (em média).

	Round 1	Round 2	Difference in quality
SU	48,05%	88,15%	40,10%
UCI	54,91%	90,21%	35,30%

Tabela 9. Comparação entre as médias (\bar{X}) dos resultados obtidos no SU e UCI

Se compararmos os resultados obtidos nos dois serviços, constatamos que apesar do aumento considerável do rendimento dos enfermeiros quando submetidos a prática simulada, este foi mais significativo no serviço de urgência (40,10%), apesar da percentagem de sucesso ser maior na unidade de cuidados intensivos, onde após a segunda simulação foi atingido um total médio de 90,21% ações corretas.

Estes resultados são similares aos obtidos por diversos autores analisados, nomeadamente Almeida (2012), Martins (2013) e Gomes (2020). Todos eles se debruçaram sobre os ganhos adquiridos com a simulação, enaltecendo-a como principal estratégia na mobilização de conhecimentos adquiridos para a prática clínica. Neste contexto, Hancock et al. (2007) referem que a separação entre a teoria (“sabe como”) e a prática (“sabe que”) é inevitável, mas em conjunto reduzem a lacuna existente entre elas, conduzindo os enfermeiros a melhores índices de desempenho nos cuidados aos doentes, com predomínio no conhecimento e na sua capacidade de trabalhar em equipa.

A possibilidade de praticar competências num ambiente controlado, sem risco de errar num doente real, prova mais uma vez ser determinante para a autoconfiança e conhecimento dos enfermeiros na sua formação contínua. Em contexto de doente crítico, onde o tempo tem de estar direcionado para a execução de procedimentos sistemáticos e eficazes, este tipo de treino torna-se uma ferramenta indispensável e contribui para salvar vidas (Gomes, 2020). Permite ainda desenvolver um melhor conhecimento, a sua capacidade de recolher e processar informação, de tomar decisões corretas nos mais variados contextos e ainda que as ações sejam acompanhadas das atitudes que garantam o respeito pela pessoa e a construção de uma relação de ajuda eficaz. 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 e refletir e contribui para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, fazendo-o em ambiente seguro para a pessoa alvo de cuidados (Martins, 2017).

Os resultados obtidos com este projeto de intervenção local permitiram recolher dados essenciais para uma melhor perceção do percurso e investimento que é necessário realizar, para que possamos de forma contínua, aprimorar as competências necessárias a uma prática de excelência.

Neste caso em particular, foi possível implementar uma dinâmica de simulação, optando a instituição por criar um local específico (anexo VIII) em que fosse possível realizar simulações com frequência e sem dispêndio para os serviços onde esta dinâmica já estava previamente implementada. Conseguiu-se assim uma harmonia com forte significado e representatividade para os meus objetivos pessoais, alavancando o meu percurso na área do ensino através do convite para lecionar na Universidade Católica Portuguesa e para a enfermagem enquanto disciplina e ciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar implica a integração do conhecimento prático da profissão e a mobilização do simbolismo individual do ser enfermeiro na relação com a pessoa cuidada e que experiencia situações de transição saúde/doença. Particularmente, os serviços que se dedicam aos doentes críticos, requerem cuidados de grande complexidade, sendo cada vez mais as patologias e distúrbios que exigem do enfermeiro a prestação de cuidados de enfermagem com maior especificidade e diferenciação, associado a um elevado desenvolvimento tecnológico e material. Assume-se por isso uma realidade que exige uma maior responsabilidade, sólida formação de base, uma aprendizagem contínua, profissionalizante e competência para agir, em função dos diferentes contextos de trabalho.

Os cuidados à pessoa em situação crítica devem ser alicerçados na reflexão sobre a prática, salvaguardando a subjetividade própria e intrínseca das interpretações individuais das situações do quotidiano, frequentemente desafiado por tomadas de consciência que revelam a sua dimensão real e ideal. Estas tomadas de consciência provocam uma agitação cognitiva sobre os cuidados numa dialética que argumenta a insuficiência do conceito “doente crítico”, progredindo para o holismo inerente à significação de pessoa em situação crítica. Assiste-se a uma orientação ideal dos cuidados, sem, no entanto, se verificar a referência explícita à concretização dessa intencionalidade no quotidiano profissional. Neste sentido, o enfermeiro especialista assume particular relevância, pois consegue passar da intenção aos atos, promovendo cuidados seguros e de qualidade, integrados na melhor e mais atual evidência científica. Durante as experiências vividas em contexto de estágio, o processo de consciencialização de necessidades de aprendizagem, a definição de estratégias e a concretização de metas, conduziu-me a um crescimento pessoal e profissional eficiente, que se constituiu indispensável no percurso de aquisição e desenvolvimento de competências necessárias a um cuidado especializado.

O ambiente complexo e muito vezes stressante em que os estágios decorreram, acrescidos da incerteza e reestruturação dos próprios serviços e dinâmicas internas associadas ao contexto de pandemia por SARS-CoV-2, permitiram-me adquirir competências especializadas no âmbito da abordagem à pessoa em situação crítica, maximizando a prevenção e controlo de infeção, garantindo as respostas adequadas, em tempo útil, e dinamizando os processos em situações de emergência, exceção e catástrofe. Através da dedicação e incessante procura de processos de melhoria contínua, foi possível intervir com propostas construtivas que dignificaram os cuidados e a enfermagem,

traduzindo um conceito novo na forma como os enfermeiros daquela instituição passaram a intervir nos processos de tomada de decisão. Este caminho que, outrora se iniciou, deve ser alimentado com iniciativas e propostas reais, que possam ir de encontro a estratégias provocadoras do conformismo próprio de quem pouco investe no enriquecimento profissional e se acomoda numa incompreensível apatia.

Consciente que a profissão de enfermagem exige uma atualização permanente de conhecimentos, torna-se necessário que os enfermeiros e em particular os especialistas, se centrem em estratégias que não transfiram apenas conhecimento, mas que criem a possibilidade de produzir o próprio conhecimento. A implementação de um programa de simulação com recurso a simuladores de alta fidelidade, constituiu-se uma oportunidade única de aprendizagem, afirmação e desenvolvimento de competências na abordagem à pessoa em situação crítica. A utilização de cenários complexos inerentes ao próprio ambiente crítico, promotor de ambiente seguro e controlado, fomentou o desenvolvimento de processos de reflexão para a ação, na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação (meta-reflexão). Este foi um processo fundamental que me permitiu caminhar no sentido de me tornar um enfermeiro especialista. Deste espera-se a concretização de uma enfermagem avançada, promotora da qualidade, satisfação e segurança do doente, caracterizada pela prática de um cuidado refletido e continuamente otimizado.

O enfermeiro especialista deve procurar, continua e persistentemente, a excelência dos cuidados, não se limitando a fazer o melhor que sabe, mas a procurar avaliar a sua prática de acordo com a melhor evidência disponível, colaborando em simultâneo com a sua partilha. Centrado na capacitação da pessoa e família, o enfermeiro especialista deve ainda maximizar as capacidades e suportes com vista a uma concretização esclarecida do projeto de saúde.

Finalizada esta etapa do meu percurso profissional, continuo a vislumbrar com apreciável nitidez um caminho de crescimento no qual os contributos para enfermagem não se esgotam nas intenções, mas se expandem para um propósito maior do que uma simples missão, o qual renovarei sempre com a mesma vontade e empenhamento a cada dia da minha vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2011). *Supervisão clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. Lusomed. Disponível em <http://lusomed.sapo.pt/print/Xn320/367168.html>
- Almeida, R. (2012). *Experiências Clínicas Simuladas: Influência na performance, conhecimento e stress dos enfermeiros de um Serviço de Urgência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica.
- American Heart Association [AHA]. (2011). *Advanced Cardiac Life Support: Provider Manual* (First Edit., pp. 17–23). American Heart Association. American Heart Association [AHA]. (2020). *Destques da American Heart Association 2020. Atualização das diretrizes de RCP e ACE*. Disponível em www.heart.org
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington (DC): APA.
- Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M., Bizarro, V. (2013). *Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)*. Revista de Enfermagem Referência, III Série, 9 , 7-16. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII9/serIII9a01.pdf>
- Batista, R. C., Coutinho, V. R. & Martins, J.C (2010). *The simulation in nursing education in emergencies: Student satisfaction and impacto n self-confidence*. In 8th European Conference of Nurse Educators. ESEL, Lisboa, Portugal.
- Benneck, J.C., Bremer, A. (2019). *Registered nurses' experiences of nearmisses in ambulance care– A critical incident technique study*. International Emergency Nursing.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Benner, P. (2004). *De principiante a perito*. Revista Servir. Vol.44, nº 3. p. 23-27.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Benner, P. (2010). *Caring for the silent patient: current controversies in critical care*. American Journal of Critical Care. Nº 11. p. 1- 5.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. 2ª ed. New York: Springer. p.151
- Bliss M, Aitken L.M. (2017). *Does simulation enhance nurses' ability to assess deteriorating patients?* Nurse Educ Pract. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.009>
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. London: Jones and Bartlett Publishers

- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). *Living caring in practice : the transformative power of the theory of nursing as caring*. International Journal for Human Caring p.15-19.
- Briggs, D. (2017). *Improving communication with families in the intensive care unit*. Nursing Standard. p.41-48.
- Carper, B. A. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Advances in Nursing Science. p.13-24.
- Coffman, M. J. (2004). *Cultural caring in nursing practice: a meta-synthesis of qualitative research*. Journal of Cultural Diversity. p. 100-109. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8043690_Cultural_Caring_in_Nursing_Practice_A_Meta-synthesis_of_Qualitative_Research
- Cole, F. L., & Kleinpell, R. (2006). *Expanding acute care nurses practioner: focus on emergency department practice*. Journal of the American Academy of Nurse Practioners. p. 187-189.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (5a Edição). Lisboa: Lidel-edições técnicas Lda e SEP.
- Cooper, R., & Kaplan, R. S. (1991). *Profit Priorities from Activity-Based Costing*. Massachusetts: Harvard Business Review, pp. 130–135.
- Cooper, S., & Wakelam, A. (1999). *Leadership of resuscitation teams: Lighthouse Leadership*. Resuscitation. p42.
- Day, L. (2009). *Evidence-Based Practice, Rule-Following and Nursing Expertise*. American Journal of Critical Care. Vol. 18, nº 5. p. 479-82.
- Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. Diário da República nº 102/2015, 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. p.13551
- Dias, D. F. (2014). *Indicadores de qualidade para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem*. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Tese de mestrado
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). Direcção de Serviços de Planeamento. *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. p.24. ISBN 972-9425-99-X
- Direcção-Geral da Saúde.[DGS] (2003). *Circular normativa Nº 09/DGCG DATA: 14/06/2003 - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf>
- Direcção Geral da Saúde.[DGS] (2012 atualizada em 2013) Norma n.º 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. [DGS] (2016). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Ministério da Saúde, Disponível em http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Norma n.º 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

- Edelson, D. P., Sasson, C., Chan, P. S., Atkins, D. L., Aziz, K., Becker, L. B., ... Topjian, A. (2020). *Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get With the Guidelines® -Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association in Collaboration with the American Academy of Pediatrics, American Association for Respiratory Care, American College of Emergency Physicians, The Society of Critical Care Anesthesiologists, and American Society of Anesthesiologists: Supporting Organizations*. American Association of Critical Care Nurses and National EMS Physicians. *Circulation*. Disponível em <https://doi:10.1161/circulationaha.120.047463>
- European Resuscitation Council [ERC] (2020). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2020*. Disponível em <https://www.erc.edu/>
- Falcato, N., & Lourenço, S. (2019). *Regulamento Interno Serviço de Urgência Geral*. (N. Falcato & S. Lourenço, Eds.). Lisboa.
- Faria, F. A. (2016). *A pessoa adulta vítima de paragem cardiorrespiratória*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Faria, J. M., Pontífice-Sousa, P., & Pinto Gomes, M. J. (2018). *Comfort care of the patient in intensive care – an integrative review*. *Enfermeria Global*. p.503-514.
- Ferreira, M. G., Pontes, M., Ferreira, N. (2009). *Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes*. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. p. 358-366.
- Festas, C. (1999), *Cuidar no 3º Milénio*. *Servir*, nº 47/Março-Abril, p. 60-66
- Frenk, J., et al (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *The Lancet*, Vol. 376. p.1923-1958
- Gaba, D. (2004). *The future vision of simulation in health care*. *Quality and Safety in Health Care*. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15465951/>
- Geral da Saúde.[DGS] (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*.
- 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 Anestesiologia*. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>.
- Gomes, R. G. et al (2020). *Development of clinical evaluation competence of critically ill patients by Nursing students: Contribution of Simulation*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0384>
- Hancock et al. (2007). *Exploring the challenges and successes of the Lecturer Practitioner role using a stakeholder evaluation approach*. *Journal Of Evaluation in Clinical Practice*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17824869>
- Herawati, V. D., Nurmalia, D., Hartiti, T., Dwiantoro, L. (2018). *The effectiveness of coaching using sbar (situation, background, assessment, recommendation) communication tool on nursing shift handovers*. *Belitung Nursing Journal*. ISSN: 2477-4073
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar*. Loures. Lusociência.

- Hicks, F., Coke, L. & Li, S. (2009). *The Effects of High-Fidelity Simulation on Nursing Student's Knowledge and Performance: A Pilot Study*. National Council of State Boards of Nursing. p. 1-27. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106638087&lang=ptbr&>
- Institute of Medicine (2007). *Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Preventing Medication Errors*. National Academies Press. p.124-25
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM]. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. [s.l.]. Disponível em
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- Jeffries, P., Rodgers, B. & Adamson, K. (2015). *NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description*. Nursing Education Perspectives. P. 292-293.
- Jones, D., & Mitchell, A. (2006). *Lean Thinking for the NHS*. NHS Confederation.
- Junior, A. P. N., Neto, R. C. P., Figueiredo, W. B., Park, M. (2008). *Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation/agitation scales among critically ill patients*. São Paulo Med Journal, 126(4), 215-219. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. (2007). *La pensée infirmière*. 4^a ed. Québec (CA): Chenelière Éducation.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN 13: 978-0826116338. Disponível em
https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=copyright&hl=pt-PT#v=onepage&q=transcendence&f=false
- Langabeer, J., DelliFraine, J., Heineke, J., & Abbass, I. (2009). *Implementation of Lean and Six Sigma quality initiatives in hospitals: A goal theoretic perspective*. Operations Management Research. p.13-27.
- Lei nº 156/2015 16 de Setembro. (2015). Lei nº 156/2015. *Diário da República* (Ene 2020), 4454–4458.
- Leininger, M. (2002). *Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices*. Journal of Transcultural Nursing. p. 189-192.
- Locsin, R. C. (2001). *Rozzano Locsin's Technological Competency as Caring in Nursing*. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th ed., pp. 449 – 460). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing: A model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Locsin, R. C. (2013). *Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing*. Journal of Nursing and Health Sciences. p.1-6
- Locsin, R. C. (2017). *The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing*. The Journal of Medical Investigation. p. 160-164.
- Lourens, A., McCaul, M., Parker, R., & Hodgkinson, P. (2019). *Acute Pain in the African Prehospital Setting: a Scoping Review*. Pain Research and Management.
- Manser, T. (2009). *Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53, 143–151. Disponível em: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717
- Marques, M. I. (2000). *Percepção "Significativa" dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados*. Referência, nº5/Novembro, p. 67-73.

- Martins, J. C. A. (2017). *Learning and development in simulated practice environments*. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 12 . ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Martins, J. et al. (2013). *Self-confidence to intervention in emergencies: translation and validation of the Selfconfidence Scale*. SESAM – Abstracts Book.
- McEwen, M., Wills, E. M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Miguel, R., Correia, L., Conceição, I., & Cerejeira, S. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 0(49), 153–171.
- Ministério da Administração Interna & Autoridade Nacional de Proteção Civil.[s.d]. *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. [s.l.]. Disponível em:
- Moniz, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures, Lusociência
- Moretti, M. A., Cesar, Luiz A.M., Nusbacher, A.; Kern, K. B., Timerman, S., Ramires, J. A. F. (2007) *Advanced cardiac life support training improves long-term survival from in-hospital cardiac arrest*. Resuscitation. p.72
- National League for Nursing. SIRC Glossary. (2010). [consult. 08 janeiro 2021]. Disponível em: <http://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php?id=183>
- Nicolli, P., Carr, S., Cleary, G., Celenza, A. (2010) *Retention into internship of resuscitation skills learned in a medical student resuscitation program incorporating an Immediate Life Support course*. Resuscitation. P.82
- Nolan, P.J. et al (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4> Nonato R, Carmo A, Haddad M, Rossaneis M. (2014). *Nurses Perceptions About The Use Of Equipment In The Intensive Care Unit*. *Journal of Nursing UFPE /Revista De Enfermagem UFPE*. p.1904-1911. Disponível em: doi:10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201411
- Ocean Medical. (2019). *ATSDC: Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico*. [s. l]: [s. n].
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001 *Revisto em 2012*). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. [OE] (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Diário da República, 2.a série Nº 35, p. 8656-8657.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). *Concelho de Enfermagem – Modelo de desenvolvimento profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos*. Caderno Temático 4. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal. p.6
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Regulamento do Exercício dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

- Ordem Dos Enfermeiros [OE]. (2017). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica - *Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: *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, II Série*, 135, 19359-19370. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: *Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República, II Série*, 26, 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Doentes Críticos*. (Comissão da Competência em Emergência Médica). Lisboa, Ordem dos Médicos, 1-30. Disponível em: https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos - recomendações (CELOM)*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Organización Nacional de Transplantes (2011). *Guía de Buenas Prácticas en el Proceso de la Donación de Órganos*. Madrid: ONT. Disponível em <https://issuu.com/o-n-t/docs/guia>
- Ott, M., Krohn, A., Jaki, C., Schilling, T. & Heymer, J. (2020). *CPR and COVID-19: Aerosol-spread during chest compressions*. Zenodo. Disponível em <http://doi.org/10.5281/zenodo.3739498>
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal*. Loures, Lusociência
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. A. L. M., Vattimo, M. F. F. V., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M., Cruz, V. F., Ducci, A. J. (2009). *Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação*. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. p. 229-33. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200014&lng=pt
- Paiva, J. et al. (2016) *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Disponível em: [RRH-Medicina-Intensiva.pdf \(sns.gov.pt\)](RRH-Medicina-Intensiva.pdf (sns.gov.pt))
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra, Portugal: Formasau – Formação e Saúde.
- Perkins, G.D. et al., (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary, Resuscitation*. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- 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.
- Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar*. Lisboa: Novas Edições.

- Regulamento n.º 140/2019 (2019) *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. (2017). *Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses*. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283
- Rua, M. S. (2011). *De Aluno a Enfermeiro - Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico* (1ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Sá-Chaves, I. (2000). *Portfólios Reflexivos. Estratégias de Formação e Supervisão*. Edições CIDInE, Ed. Portugal.
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M.A.R., Henriques, M.A.P. (2015). *Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro*. *Pensar Enfermagem*, Vol.19 (1), 31-46.
- Sahu, S. & Lata, I. (2010). *Simulation in Resuscitation Teaching and Training, an evidence based practice review*. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*. p. 378-384.
site=ehost-live
- Soar, J. et al (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 9. Principles of education in resuscitation*. *Resuscitation*. p. 81
- Stub, D., Schmicker, R. H., Anderson, M. L., Callaway, C. W., Daya, M. R., Sayre, M. R., Nichol, G. (2015). *Association between hospital post-resuscitative performance and clinical outcomes after out-of-hospital cardiac arrest*. *Resuscitation*, p. 45–52. Disponível em: doi:10.1016/j.resuscitation.2015.04.015
- Teixeira, J. M. F., & Durão, M. C. (2016). *Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 135-142. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). *Nursing care in a hightechnological environment: Experiences of critical care nurses*. *Intensive and Critical Care Nursing*. p.116–123. Disponível em: doi:10.1016/j.iccn.2014.07.005
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN 972-796-001-4
- UNESCO [Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture] (1976). *Recommandation sur le développement de l'éducation des adultes. Adoptée par la Conférence générale à sa dix-neuvième session, Nairobi*. Disponível em http://www.unesco.org/education/nfsunesco/pdf/NAIROB_F.PDF
- Veiga, M. A., Duarte, M. D. L., Gândara, M. (1995). *Que futuro para a formação permanente dos enfermeiros?* *Enfermagem em Foco*. Lisboa. ISSN 0871- 8008. Ano V, nº 20. p 35-39.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Topic 4 : Being an effective team player [from Patient Safety Curriculum Guide, Multi-professional edition]*, (i), 119–140. Disponível em: 10.1097/00001888-200005000- 00082
- 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*. p. 26-33.

APÉNDICES

APÉNDICE I. "CIRCUITOS HOSPITALARES"

ORGANIZAÇÃO DOS CIRCUITOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

PROCEDIMENTO

Pág. 1 de 38

Atualizado por:

António Borges
Enfermeiro

Data de emissão:

21-11-2020

1. OBJETIVO

Definir e organizar os circuitos em ambiente hospitalar, garantindo as condições de higiene e assegurando o menor risco para os doentes, profissionais e público em geral; Inclui os circuitos referentes aos profissionais, doentes, à distribuição da alimentação, resíduos hospitalares e serviços hoteleiros (limpezas).

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores de [redacted] e outras entidades reguladoras do setor. Este procedimento é válido para o nível de ativação II [redacted] na resposta à pandemia por Sars-Cov 2.

3. DEFINIÇÕES e SIGLAS

Circuito

Circuito é a trajetória percorrida entre dois pontos, tendo normalmente como objetivo final o ponto de partida. Em contexto hospitalar este termo pode fazer referência a pessoas, equipamentos ou outros.

Resíduos hospitalares

Resíduos originários de ações médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação relacionada com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos.

Roupa hospitalar

Consideram-se roupas hospitalares todo material de tecido, de uso restrito hospitalar, que deve ser higienizado na lavanderia para sua reutilização.

Por questões de confidencialidade instituídas na própria instituição, o procedimento não é apresentado na íntegra.

APÊNDICE II. “INFORMAÇÕES E VISITAS AOS DOENTES INTERNADOS”

INFORMAÇÕES SOBRE AS VISITAS AOS DOENTES INTERNADOS

PROCEDIMENTO

Pág. 1 de 5

Revisão
por:

António Borges
Enfermeiro

Data de
revisão:

03-11-2020

1. OBJETIVO

Definir e organizar o contacto com os familiares dos doentes internados no [] durante a restrição de visitas implementadas no contexto da pandemia por Sars-Cov-2.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores do [] militares e civis e outras entidades reguladoras do setor.

3. DEFINIÇÕES e SIGLAS

Família

Família é um grupo de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composta por membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo as pessoas importantes para a pessoa.

4. SIGLAS

SARS - Severe Respiratory Acute Syndrome

SU - Serviço de Urgência

UCII – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

5. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) Lei 95/2019 de 4 de setembro: Lei de Bases da Saúde
- b) []
- c) Orientação nº38/2020 de 17/ de dezembro de 2020 da Direção Geral da Saúde
- d) []

Por questões de confidencialidade instituídas na própria instituição, o procedimento não é apresentado na íntegra.

APÊNDICE III. PLANO DE FORMAÇÃO SOBRE O CURSO DE TÉCNICAS DE GESTÃO DE RECLAMAÇÕES E CONFLITOS

ASSUNTO:	PLANO DE FORMAÇÃO SOBRE O CURSO DE TÉCNICAS DE GESTÃO DE RECLAMAÇÕES E CONFLITOS
-----------------	---

1. ENQUADRAMENTO

O curso de técnicas de gestão de reclamações e conflitos visa, através da dinamização de atividades de aplicação prática, capacitar os profissionais para a aquisição e desenvolvimento dos conhecimentos necessários, de forma a garantir a melhoria da qualidade do serviço prestado pela organização.

2. DESTINATÁRIOS

Profissionais que pretendam desenvolver competências no âmbito da prevenção e gestão de reclamações e conflitos.

3. OBJECTIVOS

- Consciencializar para o papel que cada colaborador desempenha na imagem organizacional;
- Melhorar o relacionamento com os utentes e familiares, através de uma comunicação eficaz;
- Compreender os processos de reclamação e desenvolver estratégias comunicacionais adequados à sua resposta;
- Resolver eficazmente uma reclamação de forma a reter e fidelizar os utentes e familiares;
- Perceber as causas de insatisfação e reclamações, assim como o seu impacto na organização;
- Melhorar a relação com o utente, a comunicação verbal e a argumentação;
- Conhecer os procedimentos internos de gestão, estrutura e tratamento das reclamações;
- Desenvolver estratégias adequadas à gestão de conflitos.

4. METODOLOGIA

O curso assentará numa metodologia ativa e interativa baseada na partilha de experiências, *role-play*, debates e exposição de conteúdos teóricos com recurso a meios audiovisuais.

5. DATA DE REALIZAÇÃO

O curso irá decorrer nos dias 14 e 15 de outubro de 2020, no período compreendido entre as 9h e as 13h00.

6. CARGA HORÁRIA

O curso decorrerá durante 2 dias e terá uma carga horária de 8h00.

7. LOCAL E INSTALAÇÕES

A formação decorrerá no Edifício H01, piso 2 do XXXXXXXXXXXX, e por videoconferência com XXXXXXXXXXXX, cumprindo cabalmente todas as medidas e regras de segurança aprovadas pela Direção Geral de Saúde relacionadas com a pandemia de Covid19, designadamente regras de distanciamento, uso de máscaras, desinfeção das salas e material, entre outras.

8. PROGRAMA

- Apresentação e introdução ao curso
- O impacto das reclamações na organização
- Gestão de reclamações – enquadramento legal: (Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro); (Decreto-Lei n.º 74/2017, de 21 de junho)
- Procedimento de gestão de reclamações (XXXXX 002, Rev. 00)
- Responsabilidade da gestão interna das reclamações
- O tratamento das reclamações e fluxogramas de atuação
- Receção, registo e resposta às reclamações
- Expectativas e necessidades do utente e comportamento do reclamante
- A influência das expectativas na satisfação do utente
- Visão multidimensional da satisfação
- Comportamento do reclamante
- O processo comunicacional na gestão das reclamações
- O processo de comunicação
- Atendimento de excelência
- Atitudes comunicacionais na gestão de reclamações
- Insatisfação do utente e gestão de emoções
- Mecanismos de deteção da insatisfação
- Atitudes agressivas e assertivas
- Gestão de conflitos
- Gestão de emoções

9. AVALIAÇÃO

- a. A avaliação do curso efetua-se pela frequência das 8 horas presenciais e participação nas discussões e atividades de grupo.
- b. No final do curso o formando recebe um diploma de frequência de curso.

10. FORMADORES

XXXXXXXXXX

11. ORGANIZAÇÃO

XXXXXXXXXX

12. FORMANDOS

XXXXXXXXXX

XXXXXX, Lisboa, 10 de outubro de 2020

António José Dias Borges
Enfermeiro

APÊNDICE IV. APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE “ PRÁTICA SIMULADA: UMA ESTRATÉGIA INOVADORA NO PRESENTE E PROTAGONISTA NO FUTURO”

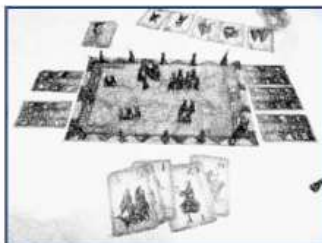
Prática Simulada: uma Estratégia Inovadora no Presente e Protagonista no futuro

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

1



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://2hacker.com/upload/files/comentarios/first-aircraft-simulator-1515418402.jpg> acesso em 01/nov/20

3

Manequim de parto de Mme Coudray Séc. XVII



Florence Nightingale: observação, treino e repetição (1856)





Primeiro manequim de treino (1911)



5



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



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)

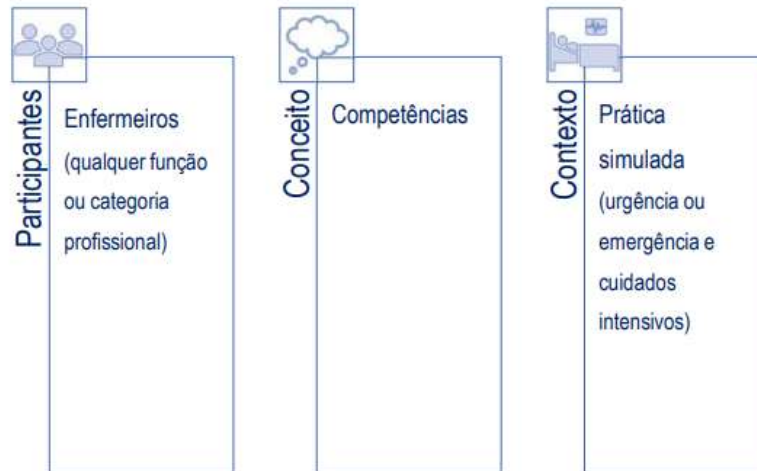
A presença de um enfermeiro com treino em suporte avançado de vida aumenta em 4x a taxa de sobrevivência das vítimas de PCR. (Moretti, 2001)

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

7

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.



9



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).

11

Método

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



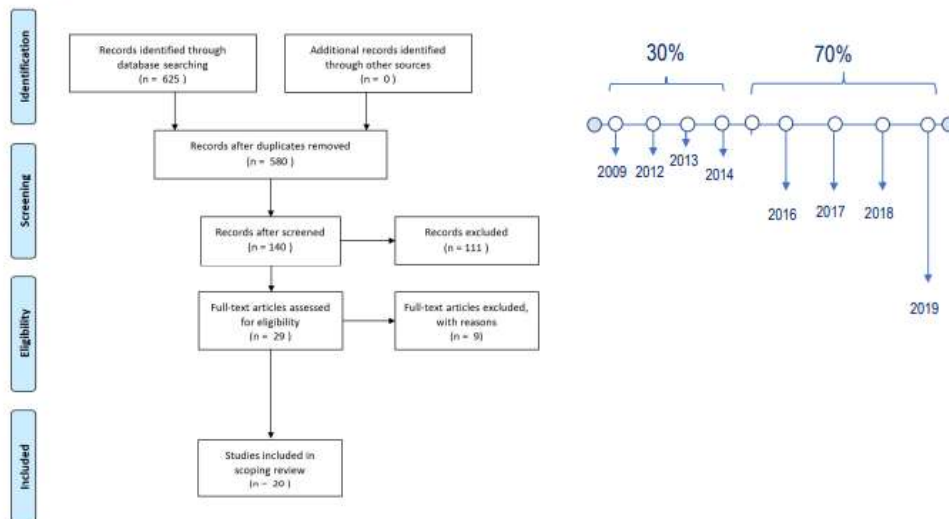
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE
Better evidence. Better outcomes.

Fontes de informação



13

Fluxograma PRISMA (Moher, 2009)



Resultados (competências)

Precaução de segurança
Liderança
Tomada de decisões
Raciocínio Clínico
Conhecimento
Comunicação
Autoconfiança
Dinâmica de equipa
Autoavaliação da competência clínica

15

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).

17

Resultados (competências)

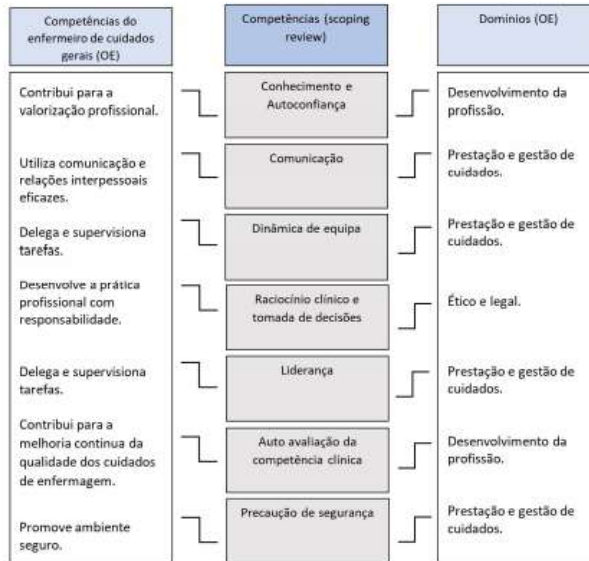
Precaução de segurança

(...) 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

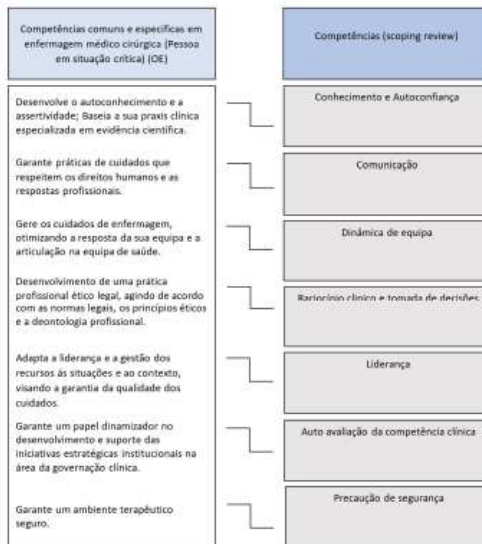
(...) identifiquem as suas fragilidades, observem o trabalho de grupo e reconheçam a necessidade de treinar frequentemente os procedimentos de suporte de vida, sobretudo aqueles que menos contactam com o doente crítico. (Oliveira, 2018).

Resultados Vs Regulamentação da profissão (OE)



19

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)

21

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 continua 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.

23



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=50066-782X200900120001200001&lng=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=50066-782X200900120001200003&lng=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=50066-782X200900120001200004&lng=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.ioannabriggs.org/>.

25

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 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=50874-0285201700010001b&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV1b014>.
- 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 DOI: <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318240a728>

APÊNDICE V. “TRANSPORTE INTRA E INTER HOSPITALAR DE DOENTES”



TRANSPORTE INTRA E INTER HOSPITALAR DE DOENTES

PROCEDIMENTO




Elaborado por:

António Borges
Enfermeiro

Verificado por:



1. OBJETIVO

- Uniformizar os procedimentos internos no  relacionados com o Transporte de Doentes.
- Caraterizar o tipo de acompanhamento dos doentes sujeitos a transporte intra e inter-hospitalar.
- Determinar o tipo de acompanhamento de doentes mediante o score de risco de transporte.
- Caraterizar o tipo de acompanhamento dos doentes não urgentes sujeitos a transporte intra e inter-hospitalar.
- Determinar as situações em que o transporte deverá ocorrer, tendo em conta as particularidades do contexto militar.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores  e outras entidades reguladoras do setor.

3. DEFINIÇÕES e SIGLAS

Transporte inter-hospitalar não urgente ou programado

Aquele que se encontra associado à realização de uma prestação de saúde e cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços que integram o SNS, ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde, nas seguintes situações:

- Transporte para consulta, internamento, cirurgia de ambulatório, tratamentos e ou exames complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Transporte para instituições de apoio social, mediante prescrição e justificação médica, após alta de internamento ou da urgência.

Transporte inter-hospitalar urgente

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) define como sendo aquele em que o doente crítico é transportado para outra instituição hospitalar, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado e/ou efetuar exames de diagnóstico não disponíveis na unidade de origem.

Transporte intra-hospitalar

Pode ser definido como a movimentação de doentes dentro da própria instituição, para realização de exames de diagnóstico ou outras intervenções específicas, habitualmente de contextos de cuidados intensivos, serviço de urgência ou bloco operatório, para outros com menor capacidade de monitorização intensiva.

Doente

Pessoa que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, requer, durante o transporte, recursos humanos, veículo e equipamento adequados ao seu estado ou condição.

Doente urgente/crítico

Doente que apresenta situação clínica com risco instalado, ou iminente, de falência de funções vitais.

Por questões de confidencialidade instituídas na própria instituição, o procedimento não é apresentado na íntegra.

**APÊNDICE VI. SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS:
ESTRATÉGIAS DE PERCURSO”**



Transmissão de más notícias

ESTRATÉGIAS DE PERCURSO

Antônio Borges

1

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.”

- NELSON MANDELA

agenda

Definição de comunicação

Estratégias de comunicação

Relação profissional-doente

Definição de comunicação de más notícias

Obstáculos à comunicação de más notícias

Aspetos históricos e epidemiológicos

Protocolo Spikes

Considerações finais

3

definição de comunicação

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocarem comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Pereira, 2009).

“(…) instrumento básico de enfermagem, central nos cuidados prestados aos clientes, e que nos permite transmitir ao outro a informação que este necessita” (Barbosa, 2006).

enquadramento legal

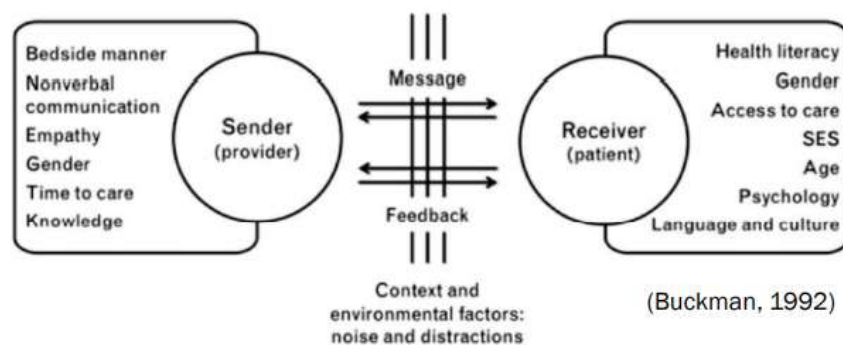
Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Generalista da Ordem dos Enfermeiros:

“(...) o enfermeiro generalista na competência do domínio da prestação e gestão de cuidados, estabelece comunicação e relações interpessoais.”

(Art.º 6º do D.R., 2ª série – nº 79 de 23 de abril de 2015)

5

relação interpessoal: bidirecional e multifatorial



relação interpessoal: bidirecional e multifatorial

Verbal: Linguagem

Não verbal:

- Tão importante o que se diz, é a forma como se diz

- 75% da comunicação

- **Corporal:**

- Expressão facial: sorriso genuíno – interesse; franzir sobrelhas – preocupação
- Contato visual: 60-80% da interação; 30% desinteresse e 80% intimidação
- Postura e movimentos corporais: inclinar tronco para a frente – interação; cruzar pernas e braços-defesa; evitar gesticulação ou gestos repetitivos;
- Contacto físico e toque: toque empático – reforça aliança; aperto de mão sem energia – desinteresse ou distância.

7

relação interpessoal: bidirecional e multifatorial

Paralinguagem:

- qualidade da voz

- segregados vocais

obstáculos à comunicação de más notícias



9

obstáculos à comunicação de más notícias

- Os limites dos sentidos na pessoa cuidada
- O nível de educação dos interlocutores
- As diferenças culturais
- As diferenças nos usos e costumes
- A suspeição em relação aos enfermeiros e aos cuidados
- As diferenças na perceção dos sexos
- A orientação temporal

obstáculos à comunicação de más notícias

- A língua falada
- Os valores
- A religião e a espiritualidade
- A diferença de idade
- O estatuto social
- O desenvolvimento intelectual da pessoa cuidada
- Os preconceitos e estereótipos sociais

11

estratégias para uma comunicação eficaz

Dimensão não verbal:

- Sorrir
- Estabelecer/manter contacto visual
- Escolher um local privado
- Remover obstáculos físicos
- Respeitar a distância interpessoal
- Permanecer ao mesmo nível ou abaixo
- Duração adequada
- Reflexão

processo de feedback

- Controlar a eficácia da comunicação
- Perceber a intenção do recetor e a sua reação

Importa-se de resumir
o que estivemos a
conversar?

13

processo de feedback



151

definição de comunicação de más notícias

- Qualquer notícia que afeta de forma séria e drástica as perspetivas de futuro do doente (Buckman, 1992).
- Qualquer situação que desencadeie desespero, ameaça ao bem estar físico ou mental, risco para a qualidade de vida ou quando a mensagem envolver poucas escolhas.
- O seu impacto no doente exprime-se através:
 - Reações/sentimentos
 - Compreensão
 - Expectativas

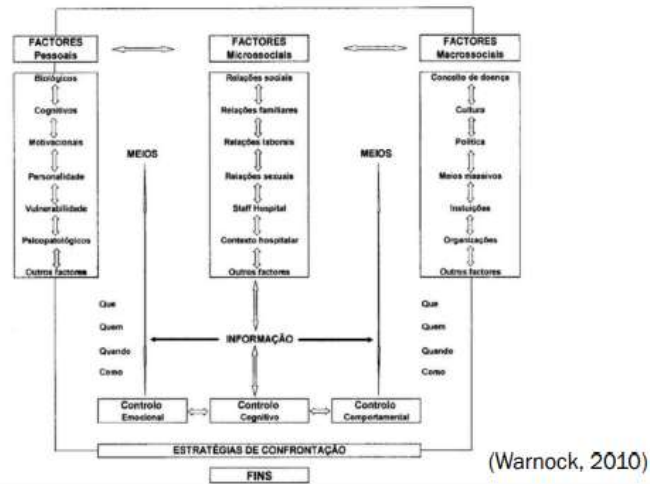
15

fases da comunicação de más notícias

- Diagnóstico
- Prognóstico
- Efeitos colaterais de fármacos
- Terapêutica
- Transição para cuidados paliativos
- Luto

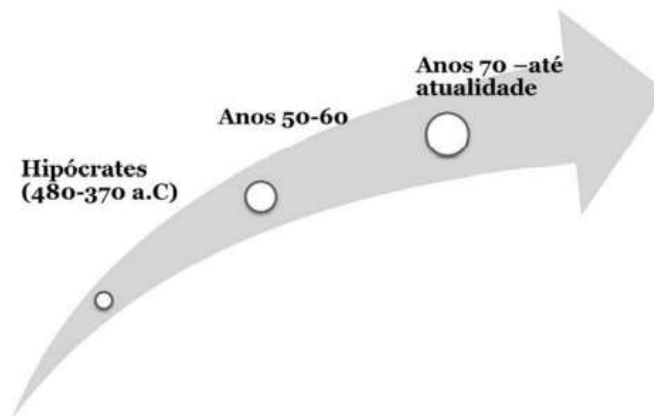
152

fases da comunicação de más notícias

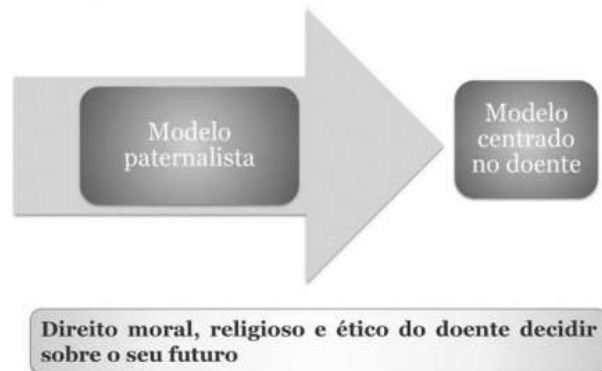


17

aspetos históricos e epidemiológicos



aspectos históricos e epidemiológicos



19

protocolo SPIKES

S – Setting up: Preparar-se para o encontro

- Treinar antes é uma boa estratégia.
- Apesar da notícia ser triste, é importante manter a calma, pois as informações dadas podem ajudar o doente a planear o seu futuro.
- Procurar um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular.
- Escutar atentamente o que o doente diz e mostrar atenção.

(Pereira, 2009)

protocolo SPIKES

P – Perception: Perceber o doente

- Investigar o conhecimento prévio do doente
- Utilizar perguntas abertas

21

protocolo SPIKES

I – Invitation: Convidar ao diálogo

- Perceber até onde o doente quer saber e se quer ser totalmente informado
- Se o doente afirmar que não quer saber detalhes, devemos nos manter disponíveis para o momento em que isso acontecer.

155

protocolo SPIKES

K – Knowledge: transmitir as informações

- Introduções como “infelizmente não trago boas notícias” podem ser um bom começo.
- Usar sempre palavras adequadas ao vocabulário do doente.
- Usar frases curtas e perguntar, com frequência, como o doente se sente e se está a entender
- Se o prognóstico não for bom, evitar termos como “não há mais nada que possamos fazer”. Deve existir sempre um plano,

23

protocolo SPIKES

E – Emotions: Expressar as emoções

- Aguardar a resposta emocional do doente: pode chorar, ficar em silêncio.
- Aguardar e mostrar compreensão.

protocolo SPIKES

S - Strategy and Summary: Resumir e organizar as estratégias

- É importante deixar claro para o doente que ele não será abandonado, que existe um plano ou tratamento, curativo ou não.

20/04/2021

25

take-home messages

Sintonia com o doente

- Abstrair de juízos de valor ou de controlar tudo

Local apropriado

- Calmo, informal, mobiliário confortável, privacidade. Decoração, cheiros, luzes, cores, sons influenciam interação

Distância médico-doente confortável

- Distância social (2-3m)

Linguagem corporal positiva

- Braços abertos, inclinação ligeira em direção ao outro, olhar nos olhos (não persistente)

bibliografia

Baile WK, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, pp.511;

Pereira, M.A. (2005). *Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos*. Florianópolis: Texto e Contexto - Enfermagem, Março. Pp.33-37

Pereira, V. (2009). Comunicar o fim de vida...O papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. *Revista Enfermagem*. Acedido em <http://repositorio.chic.min-saude.pt/bitstream/10400.17/176/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2014.pdf>

Sousa LM, Souza Filho EA. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva [Patients' social perceptions about health professionals and other stress factors in an intensive care unit environment]. *Estud Psicol (Campinas)*. 2008;25(3):333-42.

Warnock, C.; Tod, A.; Foster, J.; Soreny, C. (2010) Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7). Pp 1543- 55.

APÊNDICE VII. “CUIDADOS *POST MORTEM* E GESTÃO DA CASA MORTUÁRIA”

CUIDADOS POST MORTEM E UTILIZAÇÃO DA CASA MORTUÁRIA

PROCEDIMENTO

Pág. 1 de 17

Elaborado por:	António Borges Enfermeiro	Verificado por:	Aprovado por:	Data de emissão:	15-12-2020
----------------	------------------------------	-----------------	---------------	------------------	------------

1. OBJETIVO

Definir o processo de prestação de cuidados ao cadáver, transporte e armazenamento na casa mortuária, consolidando os critérios de utilização e atribuição de responsabilidades pela utilização da mesma.

Inclui as atividades de preparação de cadáver infetado e não infetado, comunicação dos óbitos, requisitos legais, transporte interno e externo (autópsia médico-legal), gestão e manutenção da morgue.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os colaboradores do [] e outras entidades reguladoras do setor.

3. DEFINIÇÕES e SIGLAS

Cadáver	O corpo humano após a morte, até estarem terminados os fenómenos de destruição de matéria orgânica.
Casa mortuária	Espaço físico onde os cadáveres dos óbitos ocorridos no [] são colocados, temporariamente, enquanto aguardam autópsia ou remoção para inumação ou cremação.
Câmara frigorífica	Compartimento refrigerado, fechado e isolado termicamente, no interior da qual são mantidas as condições de temperatura e humidade.
Cuidados <i>post mortem</i>	Conjunto de procedimentos, realizados o mais precocemente possível, com o intuito evitar danos nos tecidos ou desfiguramento de partes do corpo.
Livro de registo de movimento da casa mortuária	Livro em que se regista a entrada e saída de cadáveres da casa mortuária.
Autopsia	Também designada de necropsia, é um procedimento cirúrgico executado em um cadáver após a morte. É tipicamente conduzido na tentativa de entender a causa da morte da pessoa.
Perícia médico-legal	A perícia médico-legal é todo procedimento o médico (exames clínicos, laboratoriais, necropsia, exumação) ascendido por autoridade policial ou judiciária, praticado por profissional de medicina, visando prestar esclarecimento à Justiça.

Por questões de confidencialidade instituídas na própria instituição, o procedimento não é apresentado na íntegra.

ANEXOS

ANEXO I. CERTIFICADO DO CURSO DE “INTRODUÇÃO AO CONTROLO E AUDITORIA INTERNA”

Certificado de Formação Profissional

IPAI – Instituto Português de Auditoria Interna

Praça das Indústrias, Edifício A.I.P., 3º Piso, Gab.12, 1300-307 LISBOA – NIPC: 502718714

Certifica-se que **António José Dias Borges**, portador do Cartão de Cidadão n.º [REDACTED] concluiu com aproveitamento, em 05/04/2019, o Curso de Formação Profissional

INTRODUÇÃO AO CONTROLO E AUDITORIA INTERNA

que decorreu de 04/04/2019 a 05/04/2019, com a duração total de 14 horas, tendo obtido a classificação final de Muito Bom.

Francisco Melo Albino
 Francisco Melo Albino,
 CIA, CGAP, CCSA
 Vice-Presidente da Direção



Maria de Fátima Geada
 Maria de Fátima Geada,
 Presidente da Direção

Modelo 19/041H/2019

Modalidade de Formação: Formação Profissional.

Área de Formação: Formação de Base em Auditoria Interna.

Piano Curricular:

Designação das unidades temáticas	Duração (min)
Auditoria e gestão	60
Auditoria e conceitos afins	30
Auditoria e governo das organizações	30
Risco e controlo	90
Organizações e normas de auditoria	60
Conceitos fundamentais em auditoria	90
Independência	30
Metodologias e técnicas de auditoria	120
Planeamento, realização e documentação do trabalho	90
Relatórios de auditoria	60
Auditoria, erros, irregularidades e fraudes	30
Perfil do auditor	30
Código de ética	30
Controlo interno em várias áreas das organizações	90

Observações: O curso prevê um processo de avaliação.

*Equivalente a 14 créditos CPE (Continuing Professional Education).

ANEXO II. CERTIFICADO DO CURSO DE “AUDITORIA INTERNA NA SAÚDE”

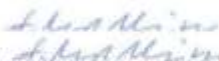
Certificado de Formação Profissional

IPAI – Instituto Português de Auditoria Interna
Praça das Indústrias, Edifício A.I.P., 3º Piso, Gab.12, 1300-307 LISBOA – NIPC: 502718714

Certifica-se que **António José Dias Borges**, portador do Cartão de Cidadão nº [REDACTED] concluiu com aproveitamento, em 01/10/2019, o Curso de Formação Profissional

AUDITORIA INTERNA NA SAÚDE

que decorreu de 30/09/2019 a 01/10/2019, com a duração total de 14 horas*, tendo obtido a classificação final de Muito Bom.


Francisco Melo Albino,
CIA, CGAP, CCSA
Vice-Presidente da Direção




Maria de Fátima Geada,
Presidente da Direção

Modelo 19/010IH/2019

Modalidade de Formação: Formação Profissional.

Área de Formação: Formação para Auditores do Setor Público.

Plano Curricular:

Designação das unidades temáticas	Duração (min)
A Auditoria Interna em Ambiente Hospitalar	90
Competências do Auditor Interno	60
O Sistema de Controlo Interno no Ambiente Hospitalar – Principais processos	90
O manual de Auditoria Interna	60
O processo de Auditoria Interna	120
O Reporting em Auditoria Interna	120
Apresentação e discussão de vários casos práticos de Auditoria Interna em meio hospitalar	300

Observações: O curso prevê um processo de avaliação.

*Equivalente a 14 créditos CPE (Continuing Professional Education).

ANEXO III. CERTIFICADO DO CURSO DE “GESTÃO DE CONFLITOS”



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
POLO DE LISBOA

SECÇÃO DE ENSINO, FORMAÇÃO E TREINO

CERTIFICADO

Certifica-se que a/o **António José Dias Borges**, frequentou com aproveitamento o Curso sobre Gestão de Conflitos, realizado no Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa, no dia 19 de dezembro de 2020, com a duração total de 8 horas.

Lumiar, 19 de dezembro de 2020

O Chefe da Secção de Ensino, Formação
e Treino (SEFT/PL)

Henrique Silva Sousa
Maj Med

Henrique Silva Sousa

MAJ MED

ANEXO IV. CERTIFICADO DO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM: COMISSÃO ORGANIZADORA E PALESTRANTE

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) **Enfermeiro(a) ANTÓNIO DIAS BORGES**, integrou a Comissão Organizadora e apresentou 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



Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTE E PEDIÁTRICA
Moderador: Luis Miguel Francisco (Mestre em Enfermagem, SP)
Ana Ribotim (Mestranda do 1º CME, SP) – "Participação dos Avós nos Cuidados de Saúde"
Margarida Carvalho (Mestranda do 1º CME, SP) – "Cuidar e Reinventar o Futuro: Diferentes Abordagens, Novos Cuidados"
Martine Carvalho (Mestre em Enfermagem, SP) – "Promoção Experiência: Conquistas no Presente e Desafios para o Futuro"

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

10:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL – "Realidade la enfermeira especializada en España"
Maria Virsaj Bermejo-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: Maria Faço (Mestre em Enfermagem, IC)
Rita Oliveira (Mestranda do 1º CME-IC) – "Intervenção de Saúde Pública em contexto de Pandemia por SARS-CoV-2"
Laurina Gomes (Mestranda do 1º CME-IC) – "Saúde Escolar em Tempo de Pandemia"
Margarida Coelho (Mestre em Enfermagem, IC) – "Adejar com Saber – Promoção de uma Sexualidade Saudável"

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

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderador: Ricardo Leite (Mestre em Enfermagem, MC)
Crista Langreia (Mestranda do 1º CME, MC) – "Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes: Protagonistas no Presente, Inovadores no Futuro"
António Borges (Mestrando do 1º 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 e Inovar o Futuro"

15:30 – MOMENTO CULTURAL

16:00 – ENCERRAMENTO



ANEXO V. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “OVERVIEW PELA VNI NA COVID-19 E TERAPIA ALTO-FLUXO”



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **António Borges**, com o documento de identificação [REDACTED] participou em Overview pela VNI na COVID-19 e Terapia Alto-Fluxo, a 7 de Dezembro de 2020 com a duração de 4 horas, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-5fc2d7409ad52

ANEXO VI. CERTIFICADO DE PALESTRANTE “TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS – MÉTODOS E TÉCNICAS”



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
POLO DE LISBOA

SECÇÃO DE ENSINO, FORMAÇÃO E TREINO

CERTIFICADO

Certifica-se que a/o **António José Dias Borges**, ministrou a formação com o tema: “*Transmissão de más notícias – Métodos e técnicas*”, realizada no Hospital das Forças Armadas, Polo de Lisboa, no dia 26 de novembro de 2020, com a duração total de 2 horas.

Lumiar, 26 de novembro de 2020

O Chefe da Secção de Ensino, Formação
e Treino (SEFT/PL)



Henrique Silva Sousa
MAJ MED H03

Henrique Silva Sousa

MAJ MED

ANEXO VII. "MEGACODE TESTING CHECKLIST"

Megacode Testing Checklist: Scenarios 1/3/8 Bradycardia → Pulseless VT → PEA → PCAC



Student Name _____ Date of Test _____

Critical Performance Steps	✓ if done correctly
Team Leader	
Ensures high-quality CPR at all times	<input type="checkbox"/>
Assigns team member roles	<input type="checkbox"/>
Ensures that team members perform well	<input type="checkbox"/>
Bradycardia Management	
Starts oxygen if needed, places monitor, starts IV	<input type="checkbox"/>
Places monitor leads in proper position	<input type="checkbox"/>
Recognizes symptomatic bradycardia	<input type="checkbox"/>
Administers correct dose of atropine	<input type="checkbox"/>
Prepares for second-line treatment	<input type="checkbox"/>
Pulseless VT Management	
Recognizes pVT	<input type="checkbox"/>
Clears before analyze and shock	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after shocks	<input type="checkbox"/>
Appropriate airway management	<input type="checkbox"/>
Appropriate cycles of drug–rhythm check/shock–CPR	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
PEA Management	
Recognizes PEA	<input type="checkbox"/>
Verbalizes potential reversible causes of PEA (H's and T's)	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after rhythm checks	<input type="checkbox"/>
Post-Cardiac Arrest Care	
Identifies ROSC	<input type="checkbox"/>
Ensures BP and 12-lead ECG are performed, O ₂ saturation is monitored, verbalizes need for endotracheal intubation and waveform capnography, and orders laboratory tests	<input type="checkbox"/>
Considers targeted temperature management	<input type="checkbox"/>

STOP TEST

Test Results Check **PASS** or **NR** to indicate pass or needs remediation: PASS NR

Instructor Initials _____ Instructor Number _____ Date _____

Learning Station Competency
 Cardiac Arrest
 Bradycardia
 Tachycardia
 Immediate Post-Cardiac Arrest Care
 Megacode Practice

Megaocode Testing Checklist: Scenarios 2/5

Bradycardia → VF → Asystole → PCAC



Student Name _____ Date of Test _____

Critical Performance Steps	✓ if done correctly
Team Leader	
Ensures high-quality CPR at all times	<input type="checkbox"/>
Assigns team member roles	<input type="checkbox"/>
Ensures that team members perform well	<input type="checkbox"/>
Bradycardia Management	
Starts oxygen if needed, places monitor, starts IV	<input type="checkbox"/>
Places monitor leads in proper position	<input type="checkbox"/>
Recognizes symptomatic bradycardia	<input type="checkbox"/>
Administers correct dose of atropine	<input type="checkbox"/>
Prepares for second-line treatment	<input type="checkbox"/>
VF Management	
Recognizes VF	<input type="checkbox"/>
Clears before analyze and shock	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after shocks	<input type="checkbox"/>
Appropriate airway management	<input type="checkbox"/>
Appropriate cycles of drug-rhythm check/shock-CPR	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
Asystole Management	
Recognizes asystole	<input type="checkbox"/>
Verbalizes potential reversible causes of asystole (H's and T's)	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after rhythm checks	<input type="checkbox"/>
Post-Cardiac Arrest Care	
Identifies ROSC	<input type="checkbox"/>
Ensures BP and 12-lead ECG are performed, O ₂ saturation is monitored, verbalizes need for endotracheal intubation and waveform capnography, and orders laboratory tests	<input type="checkbox"/>
Considers targeted temperature management	<input type="checkbox"/>

STOP TEST

Test Results Check PASS or NR to indicate pass or needs remediation:	PASS <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Instructor Initials _____ Instructor Number _____ Date _____		

Learning Station Competency				
<input type="checkbox"/> Cardiac Arrest	<input type="checkbox"/> Bradycardia	<input type="checkbox"/> Tachycardia	<input type="checkbox"/> Immediate Post-Cardiac Arrest Care	<input type="checkbox"/> Megaocode Practice

Megacode Testing Checklist: Scenario 9 Tachycardia → PEA → VF → PCAC



Student Name _____ Date of Test _____

<i>Critical Performance Steps</i>	✓ if done correctly
Team Leader	
Ensures high-quality CPR at all times	<input type="checkbox"/>
Assigns team member roles	<input type="checkbox"/>
Ensures that team members perform well	<input type="checkbox"/>
Tachycardia Management	
Starts oxygen if needed, places monitor, starts IV	<input type="checkbox"/>
Places monitor leads in proper position	<input type="checkbox"/>
Recognizes tachycardia (specific diagnosis)	<input type="checkbox"/>
Recognizes no symptoms due to tachycardia	<input type="checkbox"/>
Considers appropriate initial drug therapy	<input type="checkbox"/>
PEA Management	
Recognizes PEA	<input type="checkbox"/>
Verbalizes potential reversible causes of PEA (H's and T's)	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after rhythm check and pulse checks	<input type="checkbox"/>
VF Management	
Recognizes VF	<input type="checkbox"/>
Clears before analyze and shock	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after shocks	<input type="checkbox"/>
Appropriate airway management	<input type="checkbox"/>
Appropriate cycles of drug-rhythm check/shock-CPR	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
Post-Cardiac Arrest Care	
Identifies ROSC	<input type="checkbox"/>
Ensures BP and 12-lead ECG are performed, O ₂ saturation is monitored, verbalizes need for endotracheal intubation and waveform capnography, and orders laboratory tests	<input type="checkbox"/>
Considers targeted temperature management	<input type="checkbox"/>

STOP TEST

Test Results Check PASS or NR to indicate pass or needs remediation:	PASS <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Instructor Initials _____ Instructor Number _____ Date _____		
Learning Station Competency		
<input type="checkbox"/> Cardiac Arrest <input type="checkbox"/> Bradycardia <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Immediate Post-Cardiac Arrest Care <input type="checkbox"/> Megacode Practice		

Megacode Testing Checklist: Scenarios 4/7/10

Tachycardia → VF → PEA → PCAC



Student Name _____ Date of Test _____

Critical Performance Steps	✓ if done correctly
Team Leader	
Ensures high-quality CPR at all times	<input type="checkbox"/>
Assigns team member roles	<input type="checkbox"/>
Ensures that team members perform well	<input type="checkbox"/>
Tachycardia Management	
Starts oxygen if needed, places monitor, starts IV	<input type="checkbox"/>
Places monitor leads in proper position	<input type="checkbox"/>
Recognizes unstable tachycardia	<input type="checkbox"/>
Recognizes symptoms due to tachycardia	<input type="checkbox"/>
Performs immediate synchronized cardioversion	<input type="checkbox"/>
VF Management	
Recognizes VF	<input type="checkbox"/>
Clears before analyze and shock	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after shocks	<input type="checkbox"/>
Appropriate airway management	<input type="checkbox"/>
Appropriate cycles of drug-rhythm check/shock-CPR	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
PEA Management	
Recognizes PEA	<input type="checkbox"/>
Verbalizes potential reversible causes of PEA (H's and T's)	<input type="checkbox"/>
Administers appropriate drug(s) and doses	<input type="checkbox"/>
Immediately resumes CPR after rhythm checks	<input type="checkbox"/>
Post-Cardiac Arrest Care	
Identifies ROSC	<input type="checkbox"/>
Ensures BP and 12-lead ECG are performed, O ₂ saturation is monitored, verbalizes need for endotracheal intubation and waveform capnography, and orders laboratory tests	<input type="checkbox"/>
Considers targeted temperature management	<input type="checkbox"/>

STOP TEST

Test Results Check PASS or NR to indicate pass or needs remediation:	PASS <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Instructor Initials _____	Instructor Number _____	Date _____

Learning Station Competency				
<input type="checkbox"/> Cardiac Arrest	<input type="checkbox"/> Bradycardia	<input type="checkbox"/> Tachycardia	<input type="checkbox"/> Immediate Post-Cardiac Arrest Care	<input type="checkbox"/> Megacode Practice

ANEXO VIII. PRÁTICA SIMULADA EM CONTEXTO CLÍNICO

