

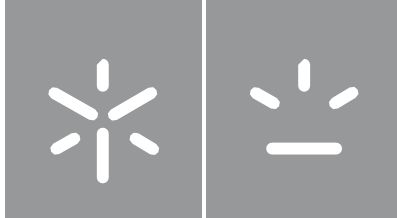


Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Cátia Daniela Sampaio Ferreira

Barreiras à implementação do *debriefing*
pelos profissionais de saúde em serviços de
urgência





Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Cátia Daniela Sampaio Ferreira

Relatório de Estágio

Barreiras à implementação do *debriefing* pelos profissionais de saúde em serviços de urgência

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Rui Novais

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho.



Atribuição-Sem Derivações

CC BY-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho representa o culminar de um percurso académico e pessoal que não teria sido possível sem o apoio e o contributo de várias pessoas, a quem manifesto o meu mais profundo reconhecimento.

Ao meu marido, Luís — agradeço-te pelo apoio incondicional e pela força que sempre me transmitiste ao longo desta jornada. Esta conquista é nossa.

Aos meus filhos, Gonçalo e Diogo — perdoem a minha ausência em tantos momentos. O vosso amor e a alegria são a minha maior motivação. Esta conquista é também vossa, meus amores.

À minha família, pelo apoio constante e por ser sempre a minha retaguarda.

Ao Professor Rui Novais, meu orientador — expresso o meu mais sincero agradecimento pela orientação, pelo apoio e pela dedicação ao longo de todo este percurso. O seu saber, a sua disponibilidade e o seu encorajamento tornaram esta caminhada mais leve.

Aos professores e orientadores de cada um dos estágios deste Mestrado — agradeço a orientação, a disponibilidade e a partilha de saberes que tanto enriqueceram a minha formação e me tornaram uma profissional mais completa.

À MéliSSa — que tive o privilégio de conhecer durante este percurso, agradeço as partilhas, as aprendizagens, o apoio e o companheirismo que tornaram este caminho muito mais fácil de percorrer.

Às minhas amigas Raquel e Sara — agradeço a amizade genuína, a presença constante e a motivação nos momentos de maior provação, que não foram poucos.

A todos, o meu mais sincero e sentido obrigada.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico, e confirmo que não recorri à prática de plágio, nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro, que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Barreiras à implementação do *debriefing* pelos profissionais de saúde em serviços de urgência

RESUMO

A Enfermagem especializada na área da Pessoa em Situação Crítica configura-se como um domínio de elevada diferenciação técnico-científica e humana, exigindo do enfermeiro uma intervenção rigorosa, célere e eticamente sustentada perante situações de elevada complexidade, instabilidade clínica e potencial compromisso vital. O presente documento assume a natureza de relatório e apresenta uma análise crítico-reflexiva da componente clínica desenvolvida em três contextos de cuidados de elevada complexidade, Unidade de Diagnóstico, Intervenção e Terapêutica, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Unidade de Medicina Intensiva, constituindo-se como um espaço privilegiado de mobilização, desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este percurso revelou-se determinante para o aprofundamento de competências no domínio da avaliação e monitorização da pessoa em situação crítica, da antecipação e gestão de focos de instabilidade, da tomada de decisão em contextos de elevada exigência e da prestação de cuidados centrados na dignidade, singularidade e vulnerabilidade da pessoa e da sua família. Embora o *debriefing* seja uma ferramenta essencial para a segurança dos cuidados e a aprendizagem em equipa, a sua implementação nos serviços de urgência enfrenta desafios significativos. Motivada pelas vivências em estágio, onde se verificou um hiato entre o reconhecimento do seu valor e a sua aplicação prática, delineou-se uma investigação sob a forma de uma *scoping review*. Este estudo que integra o presente relatório, foi conduzido segundo o referencial metodológico do *Joanna Briggs Institute*. A análise dos estudos permitiu identificar barreiras interdependentes, agrupáveis em dimensões organizacionais, operacionais e psicológicas, das quais se destacam a ausência de protocolos estruturados e a limitada sustentação institucional, entre outras. Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de uma abordagem institucional estruturada à implementação do *debriefing*, reconhecendo-o como uma estratégia com potencial para promover a reflexão sobre a prática, a aprendizagem coletiva, a coesão das equipas e a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Barreiras. *Debriefing*. Pessoa em Situação Crítica. Serviço de Urgência.

Barriers to the implementation of debriefing by healthcare professionals in emergency departments

ABSTRACT

Specialist Nursing in Medical–Surgical Nursing, focused on care of the critically ill patient, represents a field of advanced technical, scientific, and human expertise. It requires nurses to deliver rigorous, timely, and ethically grounded interventions in situations characterised by high complexity, clinical instability, and potential life-threatening conditions. This document takes the form of a report and presents a critical and reflective analysis of the clinical component developed within three high-complexity healthcare settings: the Diagnostic, Intervention and Therapeutic Unit, the Medical–Surgical Emergency Department, and the Intensive Care Unit. These contexts constituted a privileged space for the mobilisation, development, and consolidation of both common and specific competencies of the Nurse Specialist in Medical–Surgical Nursing, particularly in the area of care provision to the critically ill patient. This clinical and educational pathway proved essential for the development of competencies related to the assessment and continuous monitoring of critically ill patients, the anticipation and management of sources of clinical instability, decision-making in highly demanding environments, and the provision of care centred on dignity, individuality, and the vulnerability of patients and their families. Although debriefing is widely recognised as a fundamental strategy for patient safety and team learning, its implementation in emergency departments remains inconsistent and challenging. Motivated by clinical placement experiences, which revealed a clear gap between the acknowledged importance of debriefing and its practical application, a research study was conducted in the form of a scoping review. This study, integrated into the present report, was undertaken in accordance with the methodological framework of the Joanna Briggs Institute. The analysis of the included studies enabled the identification of interrelated barriers, which were grouped into organisational, operational, and psychological dimensions. Among the most significant barriers identified were the lack of structured protocols and limited institutional support. The findings emphasise the need for a structured and institution-wide approach to the implementation of debriefing in emergency care settings. Recognising debriefing as a strategic intervention may contribute to the promotion of reflective practice, collective learning, team cohesion, and improvements in the quality and safety of care delivered to critically ill patients.

Keywords: Barriers. Debriefing. Critical illness. Emergency Service, Hospital.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA	19
1. Estágio em contexto de unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica	21
2. Estágio em contexto de serviço de urgência médico-cirúrgica	30
3. Estágio em unidade de cuidados intensivos polivalentes	45
4. O cuidado especializado à pessoa em situação crítica	56
4.1. Aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista	58
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	60
4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	66
4.1.3. Domínio da gestão de cuidados	77
4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	82
4.2. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica	85
4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	86
4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	97
4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	107
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	118
1. <i>Debriefing</i> como instrumento de aprendizagem e segurança em contexto de urgência	119
2. Tipo de estudo	126
2.1. Objetivo e finalidade do estudo	128
2.2. Questão de revisão	128
2.3. Seleção de termos de pesquisa	129

2.4. Seleção dos estudos	131
2.5. Apresentação dos resultados.....	135
2.6. Discussão dos resultados.....	140
2.7. Limitações do estudo, implicações para a prática clínica e investigação	142
2.8. Considerações éticas	143
CONCLUSÃO	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	148
APÊNDICES.....	160
Apêndice I - Revisão do procedimento Cardioversão Elétrica	161
Apêndice II – Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no âmbito da Vigilância Transfusional	166
Apêndice III - Instrução de trabalho - Cardioversão Elétrica.....	199

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

BIS - *Bispectral Index*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC - Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

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

GPT - Grupo Português de Triagem

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Ações e Recomendações

NAS - *Nursing Activities Score*

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEE - Plano de Emergência Externa

PiCCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

RASS - *Richmond Agitation–Sedation Scale*

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

START - *Simple Triage and Rapid Treatment*

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TOF - *Train-of-Four*

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UDIC - Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular

ULS - Unidade Local de Saúde

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Questão de revisão segundo o método PCC	129
---	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma adaptado ao modelo PRISMA-ScR.....	134
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ferramenta de Análise de Relevância/ Elegibilidade adaptada à investigação	133
Quadro 2 - Estudos incluídos na revisão.....	136

*“Primeiro, parecia uma montanha.
Depois descobri que era apenas um degrau.”*

Manuel Clemente

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, os cuidados de saúde e, por inerência, os cuidados de enfermagem revestem-se de crescente relevância, complexidade e exigência técnico-científica, em virtude da evolução dos contextos assistenciais, da sofisticação dos processos terapêuticos e da complexidade das necessidades das pessoas em situação de saúde/doença. Neste enquadramento, a diferenciação profissional e a especialização emergem como dimensões estruturantes do exercício profissional, configurando-se como resposta à necessidade de prestação de cuidados cada vez mais qualificados, seguros e baseados na melhor evidência disponível (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a).

O Enfermeiro Especialista distingue-se pelo reconhecimento de competências científicas, técnicas, éticas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados numa área de intervenção específica, integrando, de forma crítica e reflexiva, as dimensões da educação, supervisão, orientação, liderança clínica e responsabilização profissional. Acresce que lhe compete mobilizar, produzir, interpretar e disseminar conhecimento cientificamente sustentado, promovendo a inovação, a tomada de decisão clínica fundamentada e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2019a). No âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica e, em particular, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, estas competências assumem especial relevância, dada a complexidade, a instabilidade e a elevada vulnerabilidade das situações clínicas, que exigem uma intervenção especializada, atempada e altamente qualificada, capaz de integrar decisão clínica fundamentada e cuidado genuinamente humanizado.

É neste quadro que se insere o presente relatório de estágio, elaborado no âmbito da Unidade Curricular Opção – Estágio Final, integrada no 3.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Este documento constitui o culminar de um percurso formativo que articula, de forma intencional e progressiva, a dimensão teórica com a prática clínica, promovendo a consciencialização e a consolidação das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista.

A componente clínica foi constituída por três estágios interrelacionados, desenvolvidos em

contextos assistenciais direcionados para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Esta componente decorreu ao longo de 600 horas, distribuídas equitativamente por três contextos de estágio, com uma carga horária de 200 horas em cada um deles. O primeiro estágio decorreu entre 21 de abril de 2025 e 16 de junho de 2025, numa unidade de diagnóstico, intervenção e terapêutica. O segundo foi realizado entre 8 de setembro de 2025 e 9 de novembro de 2025, no serviço de urgência médico-cirúrgica. Por fim, o terceiro estágio decorreu entre 10 de novembro de 2025 e 25 de janeiro de 2026, no serviço de medicina intensiva. A imersão nestes três contextos de elevada complexidade assistencial proporcionou experiências formativas singulares e complementares, que favoreceram o desenvolvimento progressivo de competências clínicas, organizacionais, relacionais e ético-profissionais indispensáveis ao exercício especializado.

Paralelamente à componente clínica, o percurso formativo integrou igualmente uma componente investigativa, orientada para o desenvolvimento de competências de análise crítica, reflexão fundamentada e produção de conhecimento. Neste contexto, a diferenciação profissional do Enfermeiro Especialista concretiza-se não apenas na prestação de cuidados altamente qualificados, mas também na capacidade de questionar a prática, produzir conhecimento e promover intervenções que contribuam para a excelência dos cuidados. A investigação não constitui, assim, um domínio meramente complementar, mas antes uma dimensão intrínseca ao exercício profissional diferenciado, ao possibilitar a análise crítica das práticas, a identificação de necessidades emergentes e a implementação de estratégias sustentadas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, importa valorizar abordagens que favoreçam a reflexão sobre a ação, entre as quais se destaca o *debriefing*. Embora o *debriefing* seja reconhecido como uma estratégia com potencial para promover a reflexão clínica, a aprendizagem coletiva, a comunicação entre profissionais e a segurança dos cuidados, a sua integração na prática quotidiana dos serviços de urgência continua a revelar-se desafiante (Berchtenbreiter et al., 2023).

É precisamente nesta tensão entre o valor reconhecido do *debriefing* e as dificuldades associadas à sua concretização, observadas durante as vivências clínicas nos contextos de estágio, que emerge a pertinência de explorar as barreiras à sua implementação. Neste âmbito, foi realizada uma *Scoping Review* intitulada “Barreiras à implementação do *debriefing* pelos

profissionais de saúde em serviços de urgência”.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, este relatório constitui o culminar de um processo de desenvolvimento de competências clínicas e científicas avançadas. Alinhado com os referenciais da Ordem dos Enfermeiros, o presente documento visa: (i) Caracterizar e contextualizar os cenários clínicos de estágio, enquadrando-os nos domínios da prática especializada; (ii) Analisar criticamente, através de uma práxis reflexiva e sustentada na evidência científica, as atividades que alicerçaram a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista; (iii) Expor o percurso metodológico e os resultados de uma *scoping review*, discutindo as suas implicações diretas na melhoria dos cuidados e na segurança da pessoa em situação crítica.

Estruturalmente, o relatório inicia-se com a introdução que contextualiza as temáticas abordadas, o desenho do estudo e os objetivos propostos. Concomitantemente, apresenta-se uma síntese da organização do trabalho, de forma a orientar o leitor pelas diferentes etapas do percurso de aprendizagem e investigação. A Parte I detalha o percurso desenvolvido na componente clínica, iniciando-se com a contextualização dos contextos de estágio e a descrição das atividades desenvolvidas. Integra, também, uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com enfoque na área da Pessoa em Situação Crítica, assegurando a convergência com os domínios de competência preconizados pela Ordem dos Enfermeiros. A Parte II do relatório é dedicada ao percurso investigativo, iniciando-se com o enquadramento teórico que sustenta a pertinência da problemática em estudo. Detalha-se o desenho metodológico desde a definição dos objetivos e da questão de revisão até à explicitação dos descritores e critérios de elegibilidade. A apresentação e discussão dos resultados são articuladas com a evidência científica atual, sob o prisma dos princípios éticos, do rigor e da integridade académica. Termina-se com a apresentação das limitações do estudo, implicações para a prática e recomendações para a investigação futura. O relatório culmina com a conclusão, onde se sintetizam as principais evidências e se reflete sobre o contributo do percurso realizado para o desenvolvimento profissional especializado. Finalmente, apresentam-se as referências bibliográficas e os apêndices, que garantem a sustentação, transparência e reprodutibilidade do trabalho desenvolvido.

Este relatório é elaborado em conformidade com as normas institucionais relativas à formatação gráfica e ao depósito no RepositoriUM, bem como com as diretrizes da American Psychological Association (APA), 7.^a edição, no que respeita à elaboração das referências bibliográficas.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA

Os procedimentos e as orientações inerentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista (EE), no âmbito das competências e responsabilidades da OE, encontram-se definidos na Circular Normativa n.º CN-CD/2018/2, de 18 de outubro de 2018. A realização de um estágio em contexto profissional, articulada com a elaboração do respetivo relatório final, constitui a modalidade formativa que melhor assegura a consecução dos objetivos de aprendizagem e o desenvolvimento das competências específicas exigidas ao EE, ao permitir a integração sustentada entre saber teórico, prática clínica e reflexão crítica (OE, 2021a).

A Unidade Curricular Estágio Final tem como finalidade aprofundar e integrar os conhecimentos teóricos e teórico-práticos previamente adquiridos ao longo do percurso formativo, promovendo simultaneamente uma progressiva consciencialização dos diversos domínios de atuação do EE. Pretende-se, assim, assegurar o desenvolvimento de competências que sustentem uma prática autónoma, crítica e reflexiva, particularmente orientada para o contexto específico da assistência à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Estes objetivos encontram-se alinhados com o quadro referencial normativo que demarca o perfil e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018d).

A integração numa equipa interdisciplinar, o conhecimento aprofundado da estrutura física e organizacional da unidade de cuidados, bem como a compreensão das metodologias de trabalho, dos protocolos de atuação, normas e regulamentos vigentes, constituem dimensões fundamentais do percurso de desenvolvimento de competências do EE. Este processo permite ao aluno apreender a complexidade do ambiente clínico, situando a sua intervenção num contexto em que a articulação interprofissional, a segurança da pessoa cuidada e a tomada de decisão informada assumem centralidade. Paralelamente, o Estatuto da OE, no plano da deontologia profissional, salienta a responsabilidade do enfermeiro no exercício de uma conduta responsável, ética e deontológica, orientada para cuidados tecnicamente competentes (OE, 2024). Em articulação com os referenciais reguladores da profissão, esta atuação pressupõe ainda o respeito pelas estruturas organizacionais e pelos procedimentos normativos que enquadram a prática clínica.

A formação especializada em enfermagem visa o desenvolvimento de competências específicas que permitam ao enfermeiro responder de forma diferenciada a situações de maior complexidade clínica, promovendo cuidados seguros, eficazes e sustentados na melhor evidência disponível.

O EE é aquele que possui características e competências que o diferenciam dentro de uma equipa, nomeadamente a sua capacidade de observação, avaliação e antecipação de complicações, bem como, capacidade de liderar e delegar intervenções que precisam de ser precisas e eficazes para a resolução de problemas. A especialidade em qualquer área da enfermagem deve evidenciar um conhecimento aprofundado num domínio específico, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde implicando assim níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos numa série de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção (OE, 2019a).

A prática clínica constitui o eixo estruturante da formação especializada em enfermagem, assumindo-se como um espaço privilegiado de integração entre o conhecimento científico, o desenvolvimento de competências avançadas e a reflexão crítica sobre a ação profissional, não se limita ao local físico onde os cuidados são prestados, mas integra um conjunto complexo de dimensões organizacionais, relacionais, éticas e técnico-científicas que influenciam diretamente a qualidade dos cuidados de enfermagem e os resultados em saúde das pessoas, famílias e comunidades. Benner (2001) refere que a competência em enfermagem se constrói através da experiência clínica refletida, sendo o contacto continuado com situações reais de cuidado determinante para a transição de níveis de desempenho profissional mais avançados.

Adicionalmente, a prática clínica em enfermagem especializada ocorre em ambientes de elevada complexidade, frequentemente marcados por exigências organizacionais, avanços tecnológicos e necessidades de saúde cada vez mais diferenciadas. Neste contexto, o EE é chamado a assumir um papel ativo na gestão do cuidado, na articulação interdisciplinar, na supervisão clínica e na promoção de práticas baseadas na evidência científica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Pereira, 2019).

A caracterização dos locais de estágio assume um papel fundamental na contextualização da prática clínica desenvolvida ao longo do percurso formativo. Neste âmbito, os estágios realizados

no Serviço de Cardiologia, na Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular (UDIC), no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), constituíram locais de aprendizagem de excelência. Estas unidades distinguem-se pelo elevado grau de especificidade, complexidade e exigência assistencial, constituindo contextos privilegiados para o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem.

O presente capítulo dedica-se à caracterização do contexto da prática clínica onde o estágio decorreu, contemplando a descrição das principais especificidades de cada serviço/unidade, da população-alvo, da organização dos cuidados e dos recursos existentes. Procura-se, igualmente, demonstrar de que forma estes contextos se afirmaram como espaços de aprendizagem significativa e de consolidação de competências especializadas, enquadrando as experiências vivenciadas nos referenciais teóricos, normativos e científicos que sustentam a prática da enfermagem especializada.

1. Estágio em contexto de unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica

O estágio de Opção I elegido foi no serviço de cardiologia, na UDIC de um hospital pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) na região Norte de Portugal. O estágio teve o seu início a 21 de abril de 2025 e terminou a 16 de junho de 2025, resultando num total de 200h.

A referida ULS é uma entidade pública integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), resultante da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. Surge com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados contínua, integrada e eficiente, aproximando os serviços de saúde da população e promovendo a articulação entre diferentes níveis de cuidados dentro de uma mesma estrutura organizacional. Com uma área de influência que serve cerca de 400 000 a 500 000 residentes, esta entidade assume um papel estratégico na oferta de cuidados de saúde fundamentais. A sua cobertura regional integra realidades demográficas distintas, conciliando centros urbanos de elevada concentração populacional com áreas rurais caracterizadas por baixa densidade (SNS, 2021).

O serviço de cardiologia divide-se em 6 unidades funcionais: unidade intermédia de cardiologia,

unidade de cuidados intensivos de cardiologia, unidade de diagnóstico e intervenção cardiovascular, unidade de diagnóstico e consulta externa, clínica insuficiência cardíaca e unidade de reabilitação cardiovascular. Localizada no piso 8, a unidade intermédia de cardiologia apresenta uma totalidade de 17 camas todas com monitorização eletrocardiográfica por telemetria. A unidade de cuidados intensivos de cardiologia, na sua constituição detém 8 camas com monitorização eletrocardiográfica por telemetria e invasiva. O serviço está organizado de forma a dar resposta às necessidades da PSC com patologia cardíaca, que necessitem de tratamento invasivo, vigilância e monitorização hemodinâmica, e suporte hemodinâmico e/ou ventilatório. Os diagnósticos de internamento com maior prevalência na Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia são: insuficiência cardíaca, síndromes coronárias agudas, disritmias cardíacas complexas, tromboembolismo pulmonar de alto risco e instabilidade hemodinâmica após procedimento de intervenção coronária percutânea ou após procedimentos realizados na UDIC. Uma outra valência elencada é a unidade de diagnóstico e consulta externa localizada no piso 2, onde é efetivada a consulta de diagnóstico e vigilância dos doentes de cardiologia seguidos em ambulatório. Estão incluídos os laboratórios de ecocardiografia, laboratório de esforço, laboratório de electrocardiologia e sala de realização de específicos meios complementares de diagnóstico.

Relativamente à UDIC, onde realizei o meu estágio, localiza-se no piso 2 em proximidade funcional com o Serviço de Urgência (SU) e SMI, o horário de funcionamento do serviço decorre, habitualmente, entre as 08h00 e as 20h00 de segunda a sexta-feira. Contudo, em situações pontuais, e atendendo às exigências inerentes à atividade desenvolvida, pode ser necessário assegurar a sua extensão até às 22h00, de forma a garantir a continuidade e a completude dos procedimentos em curso.

Em termos físicos, apresenta na sua constituição uma zona de admissão dos doentes e acompanhantes, quer vindos do exterior quer do internamento ou SU, onde se localiza o balcão administrativo e zona de vestiários dos doentes. Após passagem de porta que delimita a zona exterior para a zona limpa, encontra-se uma sala de recobro com capacidade para 4 macas e 3 cadeirões, todas essas unidades com monitorização eletrocardiográfica por telemetria e a zonas das macas com capacidade para monitorização invasiva. Cada unidade tem na parede posterior acessos de rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo.

Todas as unidades são individualizadas através da utilização de cortinas, garantindo não apenas

a privacidade do doente, mas também a implementação de medidas de controlo ambiental que contribuem para a minimização do risco de contaminação cruzada. Esta prática encontra fundamento nos princípios definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013) para a prevenção e controlo de infeções, nomeadamente na Norma nº 029/2012, que estabelece a necessidade de assegurar condições que permitam reduzir a transmissão de agentes infecciosos no ambiente de cuidados de saúde. Serve a presente área para a preparação dos doentes, vigilância e estabilização pós intervenção. Esta área é, ainda, utilizada para realização de alguns procedimentos eletivos como cardioversão elétrica e o teste de ajmalina – realizado para diagnosticar Síndrome de Brugada.

O recobro está equipado com um carro de apoio a procedimentos para uso da equipa de enfermagem e apresenta uma zona dotada de material informático, que permite a elaboração, consulta e atualização dos registos de enfermagem, localizado de forma que a equipa tenha uma visão global de todos os doentes presentes na sala, em consonância com as orientações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2015), a qual refere que é da maior importância o contacto visual permanente entre cada doente e o enfermeiro por ele responsável - e de um carro de emergência com monitor desfibrilhador, desfibrilhador esse que é testado diariamente.

Numa zona anexa, encontra-se uma área onde esta disposta a terapêutica e consumíveis mais utilizados no recobro. Uma das paredes da sala é composta por janelas com luz natural de modo a tornar o ambiente mais harmonioso, mas sem vista para o exterior. Existe uma televisão posicionada em local estratégico de modo a permitir a sua visualização por todos os doentes na sala.

A sala 1 designada de Arritmologia 1 destina-se à implantação cirúrgica de dispositivos cardíacos, como cardioversor-desfibrilhador implantável, dispositivo de ressincronização cardíaca, monitor de eventos cardíacos e pacemaker. A sala 2 denominada de Arritmologia 2 destina-se à realização de estudos eletrofisiológicos invasivos, para estudo e tratamento de arritmias mais complexas, onde são realizados procedimentos como a ablação de arritmias por cateter e para implantação de eletrodo por via epicárdica. A sala 3 intitulada de Hemodinâmica destina-se à realização de cateterismos cardíacos, quer eletivos quer de urgência. Todas as salas estão devidamente equipadas com monitor desfibrilhador, carro de apoio a procedimentos, local para realização de registos de enfermagem e todos os materiais e consumíveis inerentes à

realização dos procedimentos referidos.

Nos procedimentos de hemodinâmica como nos estudos eletrofisiológicos, a unidade dispõe de uma antecâmara técnica contígua à sala de intervenção. Este espaço é ocupado por profissionais que monitorizam o procedimento através de sistemas de visualização dedicados, prestando apoio contínuo à equipa presente na sala, nomeadamente na interpretação de imagens, parametrização de equipamentos e suporte às decisões clínicas.

No corredor adjacente localiza-se uma zona de armazenamento composta por diversos armários, os quais albergam todos os materiais necessários para a reposição regular das salas, garantindo a operacionalidade e continuidade das atividades assistenciais. A UDIC tem, ainda, uma sala de sujos, sala de reuniões, uma copa e vestiários para uso dos profissionais. Todas as salas possuem a sua entrada de lavatório para higiene das mãos.

A equipa de enfermagem do serviço de cardiologia é constituída por 46 enfermeiros, dos quais 13 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 6 em enfermagem de reabilitação e 2 em enfermagem comunitária. A equipa de enfermagem da UDIC integra nove profissionais, incluindo quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), um deles com competências de gestão delegadas, um EE em enfermagem de reabilitação e dois enfermeiros atualmente em formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os profissionais de enfermagem encontram-se integrados organicamente no serviço de cardiologia, podendo ser distribuídos por qualquer uma das suas unidades funcionais. Contudo, na organização quotidiana do plano de trabalho, procura-se garantir a conformidade com a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b), que recomenda que 50% dos enfermeiros afetos às unidades de cuidados intensivos sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente com competências na área da enfermagem à PSC. Esta proporção deve ser assegurada de forma contínua, em cada turno e ao longo das 24 horas.

A composição da equipa de enfermagem na UDIC é definida em consonância com as orientações regulamentares aplicáveis às unidades de exames especiais, do referido regulamento, as quais estabelecem que o dimensionamento dos recursos humanos deve refletir

a carga de trabalho efetiva e as atividades específicas desenvolvidas em cada contexto organizacional. Estas orientações preconizam, como referência, a afetação de um enfermeiro por sala em situações de procedimentos sem sedação e de dois enfermeiros por sala quando os exames implicam sedação. Assim, o número de profissionais alocados à UDIC é determinado considerando estas recomendações, de forma a garantir a adequação da dotação às exigências assistenciais e à complexidade dos cuidados prestados, assegurando a segurança dos utentes. Adicionalmente, nos procedimentos invasivos realizados com técnica asséptica cirúrgica, está preconizado o acréscimo de um enfermeiro à equipa. Contudo, esta recomendação nem sempre é cumprida, verificando-se, nomeadamente na sala de Arritmologia 1, a afetação de apenas um enfermeiro, situação que se afasta do referencial estabelecido e que decorre de constrangimentos organizacionais e de recursos humanos existentes.

Os planos de trabalho de enfermagem na UDIC são elaborados pelo enfermeiro com competências de gestão delegadas, nas restantes valências do serviço de cardiologia são elaborados pela enfermeira gestora, podendo ser alterados pelos enfermeiros responsáveis pelo turno, se justificável, estando os mesmos disponíveis nas pastas partilhadas na sessão informática de cada colaborador. O plano de trabalho contém igualmente a distribuição de funções de verificação de conformidade dos equipamentos pelos enfermeiros, bem como as funções atribuídas a cada um dos enfermeiros tendo em conta o plano de Emergência do Serviço.

Segundo Parreira et al. (2023), os métodos de trabalho organizam-se conceitualmente em dois grandes grupos: o método centrado na tarefa e os métodos centrados no utente. Este último subdivide -se em método individual - onde a prestação de cuidados assume um carácter global, sendo cada enfermeiro responsável, de forma integral, pela pessoa ou pessoas que lhe são atribuídas, durante o turno; método em equipa - implica a organização dos cuidados por grupos de profissionais, promovendo uma divisão colaborativa das tarefas e uma maior flexibilidade operacional e o método de enfermeiro de referência - que preconiza a atribuição de um enfermeiro responsável principal a cada pessoa, garantindo a continuidade e a articulação dos cuidados, a consistência na tomada de decisão clínica e o estabelecimento de uma relação terapêutica estruturada ao longo de todo o percurso assistencial, desde a admissão até à alta, podendo, sempre que necessário, ser assegurado o apoio de outros elementos da equipa.

Embora o serviço não disponha de um documento formal que explicita o método de trabalho de

enfermagem adotado na UDIC, a análise das práticas observadas e das exigências inerentes ao contexto assistencial verifica-se a aplicação de um modelo híbrido. Este modelo integra elementos do método de enfermeiro de referência, do método em equipa e, quando necessário, do método individual, permitindo uma resposta mais ajustada às exigências assistenciais deste contexto. A utilização de componentes associados ao método de enfermeiro de referência e ao método individual favorece a continuidade e a responsabilização direta pelos cuidados, assegurando que cada pessoa é acompanhada por um enfermeiro responsável desde a admissão até à alta, aspeto essencial para a vigilância pós-procedimento, a elaboração de planos individualizados e a reavaliação frequente. Por sua vez, a incorporação de princípios do método em equipa promove a flexibilidade e a colaboração entre profissionais, possibilitando a distribuição eficiente das tarefas de monitorização, terapêutica, vigilância ou transporte, sobretudo em períodos de maior complexidade ou volume de trabalho. A combinação destes métodos contribui igualmente para uma gestão mais eficaz dos recursos, ajustando a resposta assistencial ao grau de gravidade clínica dos doentes — princípio central na gestão dos cuidados (Parreira et al., 2023). O recurso a um modelo híbrido, alinhado com uma perspetiva centrada na pessoa, permite, assim, otimizar a segurança, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, enquanto oferece capacidade de adaptação às flutuações típicas do contexto da UDIC, garantindo continuidade e consistência mesmo perante situações inesperadas.

A inexistência de um modelo de enfermagem formalmente instituído nos documentos orientadores UDIC não impede que a prática profissional dos enfermeiros se encontre, ainda assim, sustentada por referenciais teóricos que orientam o raciocínio clínico, a tomada de decisão e o processo de cuidar. Tal como defendem Alligood e Tomey (2004) e Mendes (1997), a utilização de modelos e teorias em enfermagem não constitui um exercício rígido, mas antes uma prática reflexiva que se ajusta às necessidades efetivas e emergentes da pessoa no seu contexto de cuidados, assegurando uma resposta clínica coerente, individualizada e teoricamente fundamentada.

No ambiente altamente complexo e tecnocêntrico de uma UDIC, onde predominam doentes em situação crítica, frequentemente com instabilidade hemodinâmica, risco de deterioração súbita e necessidade de monitorização contínua, esta integração de referenciais teóricos é particularmente evidente e necessária. Na análise crítico-reflexiva da prática emerge a constatação de que diferentes teorias e modelos de enfermagem, estruturam de forma implícita

o cuidar quotidiano. Entre estes destacam-se: o modelo de adaptação de Callista Roy, a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem, a teoria do conforto de Katharine Kolcaba e a teoria interpessoal de Hildegard Peplau (Alligood & Tomey, 2004). Cada uma oferece contributos distintos, mas complementares, para a compreensão holística e dinâmica da experiência de doença cardiovascular aguda.

O doente numa UDIC encontra-se exposto a estímulos altamente disruptivos, tanto fisiológicos (dor torácica, dispneia, arritmias) como psicológicos (medo, incerteza, perceção de ameaça à vida). Neste enquadramento, o modelo de adaptação de Roy permite compreender a pessoa como um sistema adaptativo complexo que responde continuamente a estímulos internos e externos, procurando restabelecer o equilíbrio (Alligood & Tomey, 2004). Assim, a monitorização hemodinâmica contínua, a avaliação sistemática dos padrões de resposta (dor, perfusão, ansiedade) e a implementação célere de intervenções reguladoras configuram expressões claras da aplicação implícita deste modelo na prática clínica da UDIC. O enfermeiro assume, portanto, um papel central na facilitação de modos de adaptação eficazes, ajustando permanentemente as intervenções às necessidades emergentes.

A limitação do autocuidado é frequente neste contexto, seja devido a restrições físicas associadas a procedimentos invasivos, seja por défice de conhecimento relativamente à condição clínica. A teoria do défice de autocuidado de Orem enquadra esta realidade, atribuindo ao enfermeiro a responsabilidade de prestar apoio total ou parcial sempre que a pessoa não dispõe das competências necessárias para satisfazer as suas necessidades (Alligood & Tomey, 2004). No período pós-intervenção coronária, o enfermeiro assegura cuidados que o doente não pode realizar autonomamente, como a mobilização segura, a vigilância do local de punção, a higiene ou o controlo da dor. Com a estabilização clínica, emergem intervenções orientadas para a capacitação, nomeadamente através da educação para a saúde, promovendo o retorno progressivo ao autocuidado. No momento da alta, o foco transfere-se para a prevenção secundária, enfatizando a adesão terapêutica, o controlo hemodinâmico, a modificação de estilos de vida e a gestão dos fatores de risco. Deste modo, Orem sustenta teoricamente o processo de promoção da autonomia, elemento fulcral na reabilitação e no percurso pós-evento cardíaco.

O ambiente altamente tecnológico da UDIC, caracterizado por monitorização multiparamétrica, alarmes frequentes e intensa atividade profissional, pode comprometer o conforto do doente. A

teoria do conforto de Kolcaba oferece um enquadramento pertinente para compreender a necessidade de intervenções que ultrapassam o domínio fisiológico, integrando dimensões físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais (Alligood & Tomey, 2004). Assim, medidas como o controlo rigoroso da dor, a redução da ansiedade pré-procedimento, a adequação do ambiente (luz, ruído, temperatura) e a disponibilização de tempo para comunicação concretizam o conceito de conforto terapêutico de Kolcaba, funcionando como facilitadores do processo de recuperação.

Por fim, a teoria das relações interpessoais de Peplau (Alligood & Tomey, 2004) clarifica o papel terapêutico da relação enfermeiro-pessoa na UDIC. As suas fases — orientação, identificação, exploração e resolução — tornam-se evidentes no percurso do doente: inicialmente, o enfermeiro fornece informação e esclarece dúvidas; posteriormente, é reconhecido como figura de segurança; durante a exploração, o doente partilha receios e desenvolve estratégias de coping; e, na resolução, prepara-se a transição para a alta. Esta abordagem destaca a importância da comunicação clínica na redução da ansiedade, na adesão terapêutica e na deteção precoce de alterações do estado clínico.

O processo de enfermagem forma a matriz organizadora da prática, orientando a avaliação sistemática do doente no período pré, intra e pós-procedimento. A documentação dos registos de enfermagem na UDIC são realizados no sistema SClinico. Este constitui o sistema de registo clínico eletrónico utilizado no SNS português para a documentação, gestão e monitorização dos cuidados de saúde. Concebido com o objetivo de promover a uniformização da informação clínica e a interoperabilidade entre diferentes níveis assistenciais, este sistema possibilita o registo estruturado e padronizado das intervenções desenvolvidas pelos profissionais de saúde, incluindo a equipa de enfermagem. A sua arquitetura, orientada para o processo clínico eletrónico, favorece a continuidade dos cuidados, a segurança na transmissão da informação e a rastreabilidade das decisões e procedimentos clínicos (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2020).

No domínio da enfermagem, o SClinico integra classificações e taxonomias reconhecidas internacionalmente, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), permite padronizar a linguagem profissional, assegurar rigor conceptual e reforçar a visibilidade das intervenções e apoio à monitorização de resultados sensíveis aos cuidados (OE, 2011). A utilização deste sistema na UDIC enquadra-se, assim, nas políticas nacionais de transformação

digital em saúde, potenciando práticas baseadas na evidência, melhorando a comunicação interprofissional e reforçando a eficiência na gestão dos cuidados prestados.

O trabalho em equipa multidisciplinar consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (Peduzzi, 2001). A equipa multidisciplinar da UDIC integra médicos cardiologistas, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, entre os quais se destacam o técnico de radiologia, responsável pela realização de exames imagiológicos e o técnico de cardiopneumologia, que assegura a execução de exames eletrocardiográficos. A equipa inclui ainda técnicos auxiliares de saúde, que garantem o apoio logístico e assistencial essencial ao funcionamento da unidade.

Para a realização de procedimentos de hemodinâmica, a UDIC conta, adicionalmente, com a presença de um médico cardiologista proveniente de outra UDIC de uma unidade hospitalar distinta, uma vez que a unidade ainda não dispõe de autorização para a execução autónoma deste tipo de intervenções. A deslocação deste profissional permite, assim, assegurar as competências técnicas altamente especializadas necessárias, garantindo a segurança e a qualidade dos procedimentos. Consoante a complexidade dos procedimentos, a UDIC pode ainda recorrer ao apoio da anestesiologia, de um cirurgião de cardiotorácica, também proveniente de outra instituição, e da equipa de enfermagem do bloco operatório, garantindo a disponibilidade de recursos avançados sempre que necessários. Esta articulação interprofissional robusta contribui para a segurança, continuidade e qualidade dos cuidados prestados ao doente do foro cardiovascular.

No serviço de cardiologia, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem é assegurada através da elaboração de políticas, normas e procedimentos que orientam a prática clínica, garantindo a sua conformidade com a melhor evidência científica disponível. A produção destes documentos é da responsabilidade dos grupos de trabalho do serviço, organizados em áreas estratégicas: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), prevenção e controlo da infeção, gestão do risco, comunicação e imagem, e formação e qualificação dos profissionais. Cada grupo conduz pesquisa bibliográfica, analisa a literatura atualizada e assegura que os documentos incorporam as normas de orientação clínica da DSG, os pareceres vinculativos da OE e a legislação aplicável ao exercício profissional.

Os documentos elaborados são submetidos à aprovação da enfermeira gestora e posteriormente à homologação pelo conselho de administração, garantindo a sua validação institucional. A revisão e atualização periódica deste sistema de gestão documental constitui igualmente uma responsabilidade dos grupos de trabalho, assegurando a sua adequação face à evolução científica e normativa. Toda a documentação está acessível a todos os enfermeiros através do Portal Interno e da Pasta Partilhada disponível em cada sessão informática, promovendo a uniformização das práticas e a segurança dos cuidados. Para além do padrão documental do serviço de cardiologia, os cuidados de enfermagem são ainda suportados pelas normas institucionais e pelas orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), igualmente disponibilizadas no Portal Interno.

2. Estágio em contexto de serviço de urgência médico-cirúrgica

O segundo momento de estágio foi realizado num SUMC, entre 08 de setembro de 2025 e 09 de novembro de 2025, correspondendo a um total de 200 horas de formação prática. Este período constituiu uma oportunidade privilegiada de consolidação e aprofundamento de competências técnico-científicas, relacionais e organizacionais, num contexto clínico caracterizado pela elevada complexidade, imprevisibilidade e necessidade de resposta rápida às situações de urgência e emergência.

O SU é frequentemente o local onde se inicia o contacto dos utentes com os cuidados de saúde. Contudo, a sua principal missão consiste na prestação de cuidados em situações clínicas de elevada gravidade, estando, para esse efeito, dotado de profissionais devidamente qualificados e capacitados para atuar em contextos de elevada complexidade. Assim, os SU destinam-se à assistência de utentes com um vasto leque de problemas de saúde de natureza urgente ou emergente, o que implica a realização de intervenções diversificadas, rápidas e tecnicamente exigentes, adequadas aos diferentes níveis de gravidade (Coimbra, 2021). Estes serviços caracterizam-se por serem estruturas multidisciplinares e multiprofissionais, destinadas à prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência, as quais se distinguem pela sua gravidade clínica e pela necessidade de intervenção médica imediata (Ministério da Saúde, 2002).

Uma das características distintivas dos SU reside no facto de a atividade assistencial se desenvolver em contextos marcados pela rapidez e imprevisibilidade, o que exige dos profissionais uma elevada capacidade de flexibilidade e adaptação, de modo a garantir uma resposta atempada, eficaz, eficiente e sustentada na melhor evidência científica disponível. Neste contexto, a compreensão da dinâmica de funcionamento de uma equipa multidisciplinar, bem como o conhecimento da estrutura física do serviço e a análise das normas, regulamentos e protocolos em vigor, assumem-se como elementos fundamentais para o adequado desempenho profissional. Estes fatores contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e para o estabelecimento de relações de proximidade e cooperação entre os diferentes elementos da equipa de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), a rede de serviços de urgência encontra-se organizada em diferentes níveis de resposta, estruturados de forma hierárquica de acordo com a complexidade dos recursos disponíveis e a capacidade de intervenção. Estes níveis incluem o Serviço de Urgência Básico (SUB), o SUMC e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O SU onde ocorreu este estágio é categorizado como um SUMC, constitui o segundo nível de resposta às situações de urgência, funcionando em rede como unidade de apoio diferenciado aos SUB e referenciando para o SUP os casos que exijam cuidados mais especializados ou não disponíveis, de acordo com as redes de referência estabelecidas, conforme o despacho supramencionado.

O referido SU encontra-se integrado num hospital pertencente a uma ULS da região Norte de Portugal. De acordo com a informação disponibilizada no site da instituição, esta integra duas unidades hospitalares, uma básica e outra médico-cirúrgica, assegurando a prestação de cuidados de saúde a uma população estimada em cerca de 520 mil habitantes. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, salvaguardando o direito de livre escolha dos utentes provenientes de outras áreas geográficas. Paralelamente, assume funções no âmbito da formação pré e pós-graduada, bem como na promoção da investigação e do desenvolvimento científico, contribuindo para a produção e disseminação do conhecimento na área da saúde. O SUMC compreende os serviços de urgência de adultos, pediátrica e de ginecologia/obstetrícia. Adicionalmente, a ULS dispõe de 73 unidades funcionais, distribuídas pelos 12 municípios da sua área de influência. Esta estrutura integrada favorece uma articulação mais eficaz entre os diferentes níveis de cuidados

de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados hospitalares, contribuindo para a otimização da resposta às necessidades da população abrangida.

O SU encontra-se localizado no quarto piso do edifício da unidade hospitalar, em proximidade funcional com o heliporto, o SMI (níveis II e III), o bloco operatório e o serviço de imagiologia, facilitando a articulação entre os diferentes serviços de apoio à atividade assistencial.

A sua estrutura física organiza-se em cinco áreas funcionais distintas: área de triagem; Sala de Emergência (SE); sala de trauma; área médica, que integra a área médica 1, área médica 2, área médica 3 e a área destinada a doentes classificados com prioridades verdes e azuis; e a área cirúrgica, que engloba as valências de cirurgia e ortopedia.

O serviço dispõe de espaços diferenciados para observação e tratamento, incluindo gabinetes médicos, salas de tratamentos, salas de pequena cirurgia e áreas de observação clínica, adequadas aos diferentes níveis de gravidade e dependência dos doentes. Integra, ainda, áreas específicas para a prestação de cuidados a doentes críticos, nomeadamente a SE/reanimação, devidamente equipada com meios técnicos que permitem a estabilização de situações potencialmente fatais.

Para além das áreas assistenciais, a estrutura física do SU inclui áreas de apoio ao funcionamento do serviço, designadamente salas de trabalho destinadas aos profissionais de saúde, armazéns de material clínico, áreas de apoio logístico, instalações sanitárias e copa para profissionais, assegurando condições adequadas para o funcionamento contínuo do serviço.

Dispõe igualmente de espaços destinados às funções de gestão, coordenação e apoio institucional, incluindo os gabinetes do enfermeiro gestor e do diretor clínico, bem como uma sala de reuniões. Integra ainda uma sala afeta à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Por fim, contempla uma sala destinada à receção de familiares, adequada à comunicação de más notícias ou de informação clínica reservada, bem como uma sala de espera e gabinetes administrativos de suporte à atividade do serviço. No âmbito da sua organização funcional, o SU integra ainda a Viatura Médica de Emergência e Reanimação, assegurando a prestação de cuidados médicos diferenciados em contexto pré-hospitalar, em articulação com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O processo de admissão do doente é em tudo semelhante a outras unidades congéneres. Após a

realização da admissão no secretariado, todos os utentes passam pelo processo de triagem, realizada por enfermeiro com formação específica e EEEMC, sendo atribuída ao doente uma cor em função da prioridade de atendimento. A DGS (2018a) estabelece que o SU utilize um sistema de triagem de prioridades estruturado, reproduzível e sujeito a processos de monitorização e auditoria contínuas, que permita a hierarquização do atendimento aos utentes. O sistema adotado é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), na sua versão revista em 2006, habitualmente designado por *Manchester Triage Scale – Version II*.

O processo de triagem baseia-se na utilização de 52 fluxogramas, organizados de acordo com os principais motivos de admissão, os quais integram discriminadores gerais e específicos relacionados com sinais e sintomas apresentados pelo doente. Estes discriminadores permitem a atribuição de um nível de prioridade clínica, traduzido num sistema de cores, identificado através da colocação de uma pulseira no utente. A prioridade vermelha corresponde a situações emergentes que requerem atendimento imediato; a cor laranja identifica situações muito urgentes, com um tempo máximo de espera até 10 minutos; a cor amarela refere-se a situações urgentes, com um tempo de espera até 60 minutos; a cor verde corresponde a situações pouco urgentes, com um tempo máximo de espera de 120 minutos; a cor azul é atribuída a situações não urgentes, com um tempo de espera até 240 minutos; e a cor branca destina-se a outras situações, sem limite temporal definido, identificando utentes que não se enquadram nos critérios de atendimento em contexto de SU. De forma global, o sistema de triagem tem como objetivo a identificação precoce de problemas de saúde e a definição de prioridades de atendimento, não se destinando à formulação de diagnósticos clínicos (Grupo Português de Triagem [GPT], 2010).

Adicionalmente, no posto de triagem é possível a ativação de vias verdes (GPT,2011), encontrando-se disponíveis no SU a via verde acidente vascular cerebral e a via verde coronária. No contexto da via verde coronária, a sua ativação no momento da triagem permite ao enfermeiro proceder, de forma autónoma e protocolada, à requisição imediata de eletrocardiograma (ECG) através do sistema informático institucional. Após a realização do pedido, o mesmo é comunicado, por via telefónica, ao técnico responsável pela execução do exame, garantindo a sua rápida realização. Esta intervenção precoce possibilita a realização célere do ECG, frequentemente ainda na fase inicial do contacto do utente com o SU, reduzindo o tempo até ao diagnóstico e à tomada de decisão clínica. Importa referir que a qualquer

momento da sua estadia no SU, poderão ser ativadas determinadas vias verdes, após verificação de diferentes critérios.

Existem dois gabinetes para a realização da triagem (um gabinete funciona durante 24h e o segundo gabinete funciona das 8h-24h). Após a triagem e atribuição da prioridade o doente é encaminhado para a área de atendimento correspondente. De acordo com a ACSS (2022) os utentes triados com prioridade azul, verde ou branca no SU podem ser encaminhados para os Cuidados de Saúde Primários ou para outras respostas programadas, assegurando a continuidade e a adequação dos cuidados prestados. A triagem realizada neste SU é exclusivamente dirigida à população adulta, doentes em idade pediátrica, bem como das utentes da área de ginecologia e obstetrícia, é efetuada em postos de triagem próprios, por profissionais especificamente alocados a essas áreas assistenciais. Salientar ainda que, verifica-se uma elevada afluência de utentes cuja condição clínica não se enquadrava nas atribuições do SU, frequentemente associada a contextos socioeconómicos desfavorecidos e à perceção de ausência ou inadequação de resposta nos cuidados de saúde primários.

O elevado volume de doentes, aliado às limitações do espaço físico, origina por vezes atrasos no atendimento de situações verdadeiramente urgentes, nomeadamente ao nível do diagnóstico e dos tempos de espera. Para colmatar estes constrangimentos, a DGS (2018a), prevê a reavaliação ou retriagem dos doentes sempre que o tempo de espera ultrapasse os limites definidos ou sempre que se verifique um agravamento da sintomatologia destes. Na prática assistencial, verificou-se que a retriagem é efetivamente realizada em situações de agravamento clínico dos doentes. Contudo, a reavaliação sistemática motivada exclusivamente pelo tempo de espera nem sempre é concretizada, em virtude dos constrangimentos organizacionais e da elevada afluência de utentes ao serviço.

O SU encontra-se organizado em diversas zonas de atendimento, diferenciadas de acordo com a tipologia clínica e o nível de prioridade atribuído aos utentes. A Área Médica 1 destina-se ao atendimento de utentes com patologia do foro médico, triados com prioridade laranja. Apresenta uma capacidade estrutural limitada, dispondo de camas e cadeirões para a permanência dos doentes. Esta área encontra-se equipada com sistemas de monitorização eletrocardiográfica contínua, através de telemetria, com um total de 15 unidades disponíveis para camas, separadas por cortinas, todas equipadas com rampas de oxigénio e aspiração. No espaço central existe uma área dotada de equipamentos informáticos destinados ao registo clínico, de utilização

partilhada por médicos e enfermeiros, permitindo uma visão global e permanente dos doentes. A área dispõe ainda de dois carrinhos de apoio para a realização de colheitas de espécimes para análise e para a preparação e administração da terapêutica.

A Área Médica 2 destina-se igualmente a utentes do foro médico, triados com prioridade amarela e em permanência em maca, apresentando uma composição estrutural e funcional semelhante à da Área Médica 1. A Área Médica 3 é destinada ao atendimento de utentes do foro médico, triados com prioridade amarela e em regime de permanência sentada. Após a meia-noite, os doentes triados com prioridade verde ou azul passam igualmente a ser observados nesta área. Anexa a esta zona existe uma sala de espera destinada a estes utentes enquanto aguardam observação médica, bem como um quarto de isolamento, devidamente equipado para doentes que necessitem de medidas de isolamento, em conformidade com as *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência* da ACSS (2015). Contudo, a sua capacidade revela-se claramente insuficiente face às necessidades do serviço, sendo, por esse motivo, utilizada prioritariamente em situações que exigem isolamento respiratório ou neutropénico. As restantes situações de isolamento são geridas de forma adaptada às condições físicas existentes e ao elevado volume de doentes, procurando-se assegurar, sempre que possível, medidas razoáveis de controlo de infeção, tendo em conta os constrangimentos estruturais e organizacionais do serviço.

A área cirúrgica integra as valências de cirurgia geral e ortopedia, dispondo de duas salas destinadas à realização de pequenas cirurgias, uma sala destinada a imobilizações com gessos/talas, gabinetes médicos e uma sala de trauma. Esta última apresenta capacidade para uma maca, encontrando-se equipada com monitorização eletrocardiográfica, bem como com material específico para imobilização ortopédica e cuidados de penso. A área inclui ainda um espaço destinado à permanência dos doentes em espera e uma área de trabalho da equipa de enfermagem, integrada na sala de tratamento e observação, a qual dispõe de três unidades com monitorização eletrocardiográfica contínua. Tal como nas restantes áreas, encontra-se equipada com dois carrinhos de apoio para colheitas e preparação de terapêutica.

Importa salientar que a organização estrutural destas áreas se encontra em consonância com as orientações da ACSS (2015), a qual refere que é da maior importância o contacto visual permanente entre cada doente e o enfermeiro por ele responsável, salvaguardando, simultaneamente, a privacidade relativamente aos restantes doentes.

A área de verdes/azuis destina-se a doentes triados com estes níveis de prioridade e é constituída por um gabinete médico e um gabinete de enfermagem, onde os doentes permanecem sob vigilância sempre que necessitem de administração de terapêutica. Os doentes em maca aguardam num corredor adjacente a estes gabinetes, enquanto os doentes que deambulam pelo próprio pé, aguardam observação médica na sala de espera localizada junto aos gabinetes administrativos.

A SE desempenha um papel central na articulação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, constituindo-se como um espaço essencial para a prestação de cuidados ao doente em situação emergente, grave ou crítica (ACSS, 2019). Neste SU, a SE encontra-se organizada e estruturada de acordo com as *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência* da ACSS (2019), as quais definem as características funcionais e espaciais necessárias para assegurar uma resposta eficaz aos doentes emergentes e críticos.

Em termos de localização, a SE é contígua ao gabinete de triagem, à porta de entrada do SU e ao acesso ao restante espaço físico do serviço, permitindo um acesso rápido e facilitado, independentemente do local de proveniência do doente. Esta organização possibilita a admissão célere de doentes provenientes do exterior, de outras unidades hospitalares, do próprio SU ou de outros serviços da unidade hospitalar que necessitem de resposta em situação de emergência interna. Este espaço dispõe de três unidades de atendimento, todas devidamente equipadas com material necessário para uma primeira abordagem, reanimação e estabilização de um doente crítico, seja do foro médico ou cirúrgico, incluindo trauma, nomeadamente ventilador invasivo de transporte, rampas de oxigénio e ar comprimido, sondas de aspiração, adjuvantes da via aérea, insuflador manual, equipamento de monitorização e equipamentos para perfusão de terapêutica.

Cada unidade é apoiada por um carrinho destinado à realização de colheitas e à preparação de terapêutica. Está estruturada e organizada de forma a permitir uma rápida atuação por todos os profissionais, sendo que todo o material está devidamente identificado e de fácil acesso. O enfermeiro responsável pela SE diariamente, no turno da manhã, faz o *checklist* de todo o material, verifica a funcionalidade de todos os equipamentos, e assegura que a sala está devidamente preparada para receber um doente, de modo a assegurar uma atuação mais rápida, metódica e segura de todos os profissionais envolvidos. A sala está, ainda, equipada com um carro de via aérea devidamente apetrechado, um ecógrafo, eletrocardiógrafo, bem como com um armário de apoio que contém diverso material clínico, terapêutica e soroterapia. Neste

armário estão igualmente organizados tabuleiros previamente preparados para a realização de procedimentos invasivos, nomeadamente a colocação de cateter venoso central (CVC), cateter arterial, drenagem torácica e pericardiocentese, encontrando-se também disponível a mala de trombólise. Adicionalmente, a sala integra uma área destinada à realização de registos clínicos, de utilização partilhada pela equipa médica e de enfermagem, assegurando o adequado suporte à prestação de cuidados em contexto de emergência.

Todas estas áreas são apoiadas por infraestruturas comuns, nomeadamente armazéns de material clínico, sala de soros e uma sala onde se encontra instalada a máquina dispensadora automática de medicação (Pyxis), assegurando a disponibilidade e segurança na gestão dos recursos terapêuticos. O SU tem o apoio de serviços de imagiologia e laboratório de patologia clínica nas 24h e presença do técnico de cardiopneumologia até às 24h.

Após a alta médica no SU, o doente pode ter como destino o domicílio, um serviço de internamento ou, sempre que a sua condição clínica o justifique, ser transferido para outra unidade hospitalar. Nos casos em que ocorre internamento, a transferência do doente é, regra geral, acompanhada por um técnico auxiliar de saúde, excetuando situações de instabilidade clínica, nas quais o acompanhamento é assegurado pela equipa de enfermagem e por vezes médica, nomeadamente para serviços de maior diferenciação.

A transmissão da informação clínica é habitualmente realizada por contacto telefónico entre o SU e o enfermeiro do serviço de destino. Esta dinâmica pode potenciar a ocorrência de falhas na comunicação, uma vez que nem sempre é utilizada de forma consistente uma metodologia estruturada de passagem de informação. Apesar de a norma institucional preconizar a utilização do modelo ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Ações e Recomendações - como instrumento de comunicação padronizada, a sua aplicação não se verificou de forma uniforme na prática. A técnica ISBAR constitui uma ferramenta de comunicação estruturada que visa assegurar a transmissão clara, completa e sistematizada da informação clínica entre profissionais de saúde, sendo reconhecida como uma boa prática para a promoção da segurança do doente, especialmente em contextos de transição de cuidados (Haig et al., 2006; World Health Organization [WHO], 2007). As transições seguras assentam numa comunicação eficaz entre equipas cabendo aos profissionais assegurar a partilha rigorosa e atempada dos dados clínicos relevantes. Neste mesmo sentido, a DGS (2017a) reforça que a comunicação precisa e sistematizada contribui para a redução de erros e para a prevenção de falhas na

continuidade assistencial, que podem comprometer o tratamento adequado e a segurança da pessoa em situação crítica.

A presença de um familiar ou acompanhante junto do doente é reconhecida como um aspeto relevante na humanização dos cuidados. Neste serviço, o direito ao acompanhamento é assegurado, em conformidade com a Lei n.º 15/2014, sendo promovida a presença do acompanhante sempre que as condições clínicas do doente, a organização do serviço e a salvaguarda da privacidade dos restantes utentes o permitam. Quando tal não é possível, por limitações estruturais ou por motivos assistenciais e de segurança, a situação é devidamente explicada ao doente e ao acompanhante, garantindo o cumprimento da legislação em vigor.

O SU dispõe de um plano de emergência multivítimas, acionado em situações de catástrofe, encontrando-se o material de apoio ao referido plano organizado em kits e acondicionado num dos armazéns de material clínico. Esta organização encontra enquadramento no Plano de Emergência da Saúde do SNS (2024), que prevê respostas integradas e hierarquizadas para situações críticas de elevada complexidade, exigindo uma preparação sistemática dos serviços assistenciais. Assim, a existência de um plano estruturado, com recursos materiais identificados e procedimentos de ativação definidos, permite assegurar uma resposta coordenada, eficaz e adequada em contextos em que a procura assistencial ultrapassa a capacidade habitual do serviço.

A equipa de enfermagem do SUMC é constituída por um total de 87 enfermeiros, integrando uma estrutura assistencial diferenciada e ajustada às exigências do contexto de urgência. Relativamente às habilitações académicas, 64 enfermeiros são detentores do grau de licenciado, enquanto 23 enfermeiros possuem o grau de mestre. No que concerne ao enquadramento profissional reconhecido pela OE, 35 enfermeiros detêm o título de EE. No que respeita às áreas de especialidade, a Enfermagem Médico-Cirúrgica é a mais representativa, contando com 30 enfermeiros especialistas, o que corresponde a 34% da equipa de enfermagem. As restantes especialidades incluem a enfermagem de saúde comunitária, a enfermagem de reabilitação e a enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Importa salientar que alguns elementos da equipa são detentores de mais do que um título de especialidade. No âmbito do modelo de desenvolvimento profissional da OE, a equipa integra ainda profissionais com competências acrescidas, quer diferenciadas quer avançadas, nas áreas da supervisão clínica, gestão, emergência extra-hospitalar, prevenção e controlo da infeção e enfermagem em diálise,

refletindo um elevado nível de diferenciação profissional. Atualmente, 24 enfermeiros encontram-se a frequentar formação superior com vista à obtenção do título de especialista, a qual confere igualmente o grau de mestre. Para além da formação académica e especializada, a equipa de enfermagem inclui 21 enfermeiros com experiência na área da docência, tendo colaborado em atividades de ensino ou como auxiliares de formação, contribuindo para a valorização do conhecimento e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no SUMC.

A distribuição dos enfermeiros é efetuada por posto de trabalho, cabendo aos enfermeiros coordenadores de turno a definição da alocação inicial e a realização de eventuais reajustes decorrentes de sobrecarga assistencial. Relativamente à organização por áreas funcionais e períodos horários, a triagem é assegurada por dois enfermeiros no período compreendido entre as 08h00 e as 24h00, sendo garantida por um enfermeiro no período noturno, entre as 24h00 e as 08h00. A área de verdes/azuis conta com um enfermeiro no período compreendido entre as 08h00 e as 24h00. A Área Médica 1 é assegurada por quatro enfermeiros, dos quais um exerce funções de coordenador de turno e outro assume funções de apoio à SE. Área Médica 2 e a área médica 3 dispõem, respetivamente, de dois enfermeiros por área. A Área de Cirurgia e Ortopedia é assegurada por três enfermeiros até às 24h00, passando a contar com dois enfermeiros no período noturno. A SE dispõe de um enfermeiro alocado de forma permanente, sendo reforçada sempre que necessário por um enfermeiro de apoio proveniente da Área Médica 1. Adicionalmente, existe um elemento da EEMI que é acionado através do número telefónico interno, conforme determinado pelo Despacho n.º 9639/2018 (Ministério da Saúde, 2018), garantindo uma resposta rápida e organizada às situações de emergência intra-hospitalar. Este elemento sempre que possível, presta apoio à SE, reforçando a capacidade de resposta a situações críticas.

Importa referir que os enfermeiros afetos à SE cumprem requisitos mínimos e objetivos previamente definidos, que orientam o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados à PSC. A integração na equipa de emergência obedece a critérios de seleção rigorosos, para além da detenção do título de EEEMC. O processo de integração pressupõe, preferencialmente, experiência profissional mínima de quatro anos na área do doente crítico e formação válida em Suporte Avançado de Vida (SAV), de carácter obrigatório, conforme o Despacho n.º 10319/2014 (Ministério da Saúde, 2014), sendo valorizada formação complementar em SAV em trauma e pediátrico, ventilação e controlo hemodinâmico, transporte

do doente crítico e Vias Verdes. Os enfermeiros selecionados são integrados através de um plano estruturado, que inclui a disponibilização do manual de integração do enfermeiro do SUMC na SE e o acesso a uma plataforma digital própria, permitindo o registo das atividades desenvolvidas, o acompanhamento do percurso formativo e a emissão de um relatório final. Este plano visa garantir a aquisição de conhecimentos sobre os protocolos, procedimentos, organização e equipamentos do serviço, bem como o desenvolvimento de competências na abordagem do doente crítico e de trauma, na gestão da via aérea e ventilação, na participação em equipas de SAV, na realização de procedimentos invasivos, na administração de fármacos de emergência, no acompanhamento do doente crítico e na preparação para transporte intra ou inter-hospitalar, promovendo simultaneamente o trabalho em equipa. A conclusão do processo de integração depende do cumprimento das atividades previstas, sendo as competências adquiridas validadas pelo enfermeiro responsável, podendo o período de integração ser ajustado em função das necessidades formativas identificadas.

A coordenação de turno é assegurada por EEEMC, designados pelo enfermeiro gestor, que desempenham funções de assessoria e apoio à gestão operacional do serviço. Compete-lhes a gestão do stock de estupefacientes, a reposição de medicamentos e de material clínico diverso, bem como a verificação da operacionalidade dos equipamentos, garantindo a segurança e a continuidade da atividade assistencial.

Segundo o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b), a definição da dotação segura de enfermeiros deve ter por base a utilização dos postos de trabalho, articulada com o conhecimento casuístico e com os fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, particularmente relevantes no contexto dos SU. Neste enquadramento, o SUMC cumpre as disposições regulamentares em vigor, assegurando uma organização dos recursos humanos ajustada à complexidade assistencial e à variabilidade da procura. A distribuição dos enfermeiros por postos de trabalho, bem como os reajustes operacionais, têm em consideração a dinâmica assistencial do serviço e os diferentes níveis de gravidade dos doentes atendidos. Ainda em conformidade com as recomendações da OE (2019b), os postos de trabalho da SE e as funções de coordenação funcional de turno são asseguradas por EEEMC, preferencialmente com diferenciação na área da Enfermagem à PSC. A equipa integra uma percentagem significativa de EEEMC, com formação em SAV, garantindo a sua presença permanente ao longo das 24 horas. Esta organização contribui para a prestação

de cuidados de enfermagem seguros, eficazes e de qualidade, em consonância com os princípios da dotação segura e com as exigências assistenciais próprias de um serviço de urgência hospitalar.

Para além da equipa de enfermagem, o SUMC dispõe de recursos humanos pertencentes a outras categorias profissionais, nomeadamente elementos de segurança, assistentes operacionais, técnicos auxiliares de saúde, assistentes técnicos e técnicos de cardiopneumologia, assegurando o adequado suporte ao funcionamento contínuo do serviço. Conta igualmente com a colaboração de um número significativo de médicos, quer indiferenciados quer especialistas, em regime de presença física ou de apoio ao serviço, abrangendo diversas áreas, nomeadamente medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, cardiologia, cirurgia vascular, anestesiologia, neurologia, nefrologia e hematologia. Importa, ainda, salientar a articulação permanente com serviços de apoio clínico e social, designadamente o serviço de imagiologia, o serviço de imunohemoterapia, o serviço de anatomia patológica e o serviço social, fundamentais para a resposta integrada às necessidades dos utentes atendidos no SU.

No SU não existem orientações específicas e uniformes quanto ao método de trabalho a adotar pelos enfermeiros. A organização dos cuidados de enfermagem é fortemente influenciada pela elevada afluência de utentes, pela imprevisibilidade das situações clínicas e pela necessidade de respostas rápidas e eficazes. Neste contexto, os métodos de trabalho descritos, por Parreira et al. (2023) não são aplicados de forma isolada, verificando-se, frequentemente, uma articulação entre diferentes modelos, ajustada à gravidade clínica e à fase do atendimento.

Durante o período de estágio, foi possível constatar que o método centrado na tarefa é utilizado sobretudo em períodos de maior pressão assistencial, permitindo uma resposta célere às necessidades imediatas dos utentes. A sua aplicação traduz-se na execução de intervenções técnicas específicas, como a administração de terapêutica, colheitas de espécimes, monitorização de sinais vitais e realização de procedimentos, promovendo a eficiência operacional, embora com menor continuidade e personalização dos cuidados. Paralelamente, os métodos centrados no utente assumem particular relevância, especialmente em situações de maior complexidade clínica. O método em equipa destaca-se como o mais adequado ao contexto do SU, uma vez que promove a organização dos cuidados por grupos de profissionais, a partilha de responsabilidades e uma maior flexibilidade na resposta a situações emergentes, contribuindo

para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. O método individual é aplicado de forma mais restrita, sobretudo em contextos de elevada criticidade, como na SE ou em doentes com necessidade de vigilância contínua, permitindo uma avaliação global e uma intervenção mais personalizada. Assim, a prática de enfermagem no SU caracteriza-se por uma abordagem dinâmica e flexível, na qual diferentes métodos de trabalho coexistem e se complementam, com o objetivo de garantir uma resposta eficaz, segura e centrada nas necessidades do doente, apesar das exigências e constrangimentos inerentes a este contexto assistencial.

Apesar da inexistência de um modelo de enfermagem formalmente instituído, a prática clínica observada durante o estágio demonstra a aplicação implícita de diferentes referenciais conceptuais, mobilizados de forma flexível em função da situação clínica da pessoa. Esta abordagem permite aos enfermeiros estruturar o raciocínio clínico e orientar a intervenção de enfermagem de acordo com as necessidades prioritárias, particularmente em contextos de instabilidade e urgência, evidenciando uma prática adaptativa e centrada na pessoa. Entre os referenciais mais evidentes na prática do SU destaca-se o modelo das necessidades humanas fundamentais, de Virginia Henderson, pela sua adequação à avaliação rápida, sistemática e global da pessoa, permitindo a identificação imediata de necessidades comprometidas, sobretudo nos domínios fisiológicos e de segurança, frequentemente prioritários neste contexto (Alligood & Tomey, 2004). Este modelo revela-se particularmente pertinente na abordagem inicial ao utente em situação de urgência, facilitando a definição de prioridades de intervenção. O modelo de adaptação, de Callista Roy, assume igualmente relevância, uma vez que conceptualiza a pessoa como um sistema adaptativo em constante interação com estímulos internos e externos (Alligood & Tomey, 2004). No SU, este referencial enquadra adequadamente as situações de crise aguda e de desequilíbrio súbito do estado de saúde, orientando intervenções de enfermagem dirigidas à promoção de respostas adaptativas eficazes face à doença ou trauma. De forma complementar, o modelo do autocuidado, de Orem, é mobilizado na identificação de défices de autocuidado resultantes de situações agudas ou incapacitantes, orientando intervenções compensatórias temporárias e a promoção da autonomia da pessoa sempre que a sua condição clínica o permita, particularmente na fase de estabilização e preparação para a alta (Alligood & Tomey, 2004). Deste modo, a prática de enfermagem no SU evidencia-se como uma prática teoricamente sustentada, resultante da integração dinâmica de diferentes modelos e teorias de enfermagem, aplicados de forma implícita e ajustada às necessidades emergentes da pessoa em situação de urgência.

Relativamente ao processo documental dos cuidados de enfermagem, a OE reconhece que os enfermeiros, enquanto maior grupo profissional da área da saúde, assumem um papel central na prestação de cuidados, na tomada de decisão clínica e na produção e registo da informação em saúde. Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2018c), destaca-se que a documentação sistemática dos cuidados constitui uma componente essencial da prática profissional, devendo ser sustentada por uma metodologia científica estruturada e por uma linguagem padronizada, como a CIPE®, de modo a garantir a qualidade, a segurança, a continuidade e a avaliação dos cuidados prestados. De acordo com este referencial, os registos de enfermagem permitem fundamentar as intervenções realizadas, reforçar a autonomia e a responsabilidade profissional do enfermeiro e tornar visível o contributo da enfermagem para os ganhos em saúde das populações, sendo igualmente indispensáveis para a produção de indicadores, estatísticas e relatórios em saúde. O mesmo documento sublinha ainda que a ausência ou insuficiência de documentação compromete a continuidade dos cuidados e a demonstração do impacto das intervenções de enfermagem na qualidade e nos resultados em saúde (OE, 2018c).

No serviço existe um documento institucional orientador do processo documental dos cuidados de enfermagem, elaborado pelo grupo de trabalho dos SIE. Este documento tem como objetivo apoiar os profissionais na realização dos registos de enfermagem, orientando-os quanto aos registos a efetuar de acordo com a situação clínica da pessoa, às atitudes e intervenções a incluir no plano de cuidados, bem como à definição dos horários de cada intervenção. Deste modo, o referido documento constitui um instrumento de apoio à prática clínica, promovendo a uniformização dos registos, a coerência do processo de enfermagem e a adequação da documentação às necessidades específicas da pessoa em situação de urgência. De referir, ainda, que existe uma plataforma específica destinada ao registo de todos os doentes admitidos na SE. Nesta plataforma são sistematicamente registados diversos elementos, nomeadamente a hora de entrada, o motivo de admissão, o diagnóstico de saída, o destino final do doente e as intervenções de enfermagem realizadas durante a sua permanência na sala. De igual modo, todas as ativações da EEMI são objeto de registo numa plataforma individual, assegurando a uniformização e a rastreabilidade da informação. Importa salientar que estes registos são efetuados de forma complementar aos registos realizados no sistema clínico institucional (SClínico), não os substituindo. O principal objetivo desta plataforma é a recolha e sistematização de dados, permitindo a monitorização da atividade assistencial, a análise de indicadores e o

suporte à avaliação da qualidade dos cuidados prestados, sem prejuízo da documentação clínica obrigatória.

A DGS (2017a), através da Norma n.º 001/2017, preconiza a normalização da transferência de informação clínica, recomendando a utilização da técnica ISBAR como estratégia de comunicação estruturada. Esta mnemónica visa assegurar a transmissão dos dados mais relevantes para a prestação de cuidados e a sua continuidade, sendo igualmente recomendada pela OE (2017), no Parecer n.º 61/2017. No SU esta metodologia encontra-se operacionalizada através da utilização de uma folha estruturada em formato de tabela, baseada na mnemónica ISBAR, utilizada nas passagens de turno entre enfermeiros, facilitando a organização da informação e promovendo a continuidade e segurança dos cuidados. Contudo, conforme observado durante o estágio, a aplicação sistemática desta metodologia não se verifica em todos os momentos de transição de cuidados, nomeadamente na transmissão de informação por via telefónica aquando da transferência de doentes para as enfermarias, bem como nos casos em que os doentes transitam diretamente do SU para o SMI, o que pode comprometer a uniformização da comunicação clínica.

A melhoria contínua da qualidade constitui um eixo fundamental no SU, atendendo à complexidade, imprevisibilidade e elevado risco associados a este contexto assistencial. A necessidade de respostas rápidas e eficazes, associada à elevada rotatividade de utentes e à diversidade das situações clínicas, exige a implementação de estratégias sistemáticas que promovam a qualidade, a segurança e a eficiência dos cuidados prestados. De acordo com a DGS (2021), a promoção da qualidade e da segurança dos cuidados implica a adoção de práticas organizacionais estruturadas, a monitorização dos processos assistenciais e a melhoria contínua dos cuidados, particularmente em contextos críticos como o SU. Paralelamente, a OE (2018c) defende que a melhoria contínua da qualidade assenta na avaliação sistemática da prática, no trabalho em equipa e na responsabilização profissional, com o objetivo de garantir cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Neste sentido, a melhoria contínua da qualidade no SU configura-se como um processo dinâmico e transversal, sustentado na análise contínua da prática clínica, na utilização de indicadores de qualidade e na implementação de medidas de melhoria, visando a otimização dos resultados em saúde e a satisfação da pessoa e dos profissionais de saúde.

No serviço encontram-se constituídos diversos grupos de trabalho com áreas de intervenção

específicas, nomeadamente no âmbito dos SIE, do PPCIRA, da formação, entre outros. Estes grupos visam dinamizar ações de formação dirigidas aos profissionais, promover a atualização contínua de conhecimentos e competências, e apoiar a implementação de boas práticas clínicas, ajustadas às exigências deste contexto. Para além da componente formativa, os grupos de trabalho assumem um papel relevante na elaboração, atualização e divulgação de instruções de trabalho e procedimentos orientadores da prática, contribuindo para a uniformização de procedimentos, a redução da variabilidade clínica e a promoção da qualidade e da segurança dos cuidados prestados no SU. A sua atividade reflete, assim, uma preocupação institucional com a melhoria contínua da qualidade, incentivando a participação dos profissionais, a reflexão crítica sobre a prática e a implementação de medidas de melhoria adequadas às necessidades do serviço e da população atendida.

3. Estágio em unidade de cuidados intensivos polivalentes

O SMI onde decorreu o estágio integra a mesma ULS em que foi realizado o estágio no SUMC. O período de estágio decorreu entre 10 de novembro de 2025 e 25 de janeiro de 2026, totalizando 200 horas de prática clínica. Os SMI têm como finalidade a vigilância e o tratamento de doentes em estado crítico, com quadros clínicos potencialmente reversíveis, que necessitam de monitorização contínua e suporte avançado das funções vitais. Estes serviços destinam-se a doentes com falência iminente ou já instalada de uma ou mais funções vitais, sendo os cuidados assegurados de forma ininterrupta por equipas médicas e de enfermagem com formação especializada. Prestam assistência a utentes críticos com patologias de natureza médica e cirúrgica (ACSS, 2024).

Os SMI podem integrar uma ou mais áreas funcionais, sendo possível que as camas dos níveis II e III se encontrem reunidas numa mesma unidade ou distribuídas por diferentes unidades (SNS, 2017). As unidades classificadas como nível II dispõem de capacidade para monitorização invasiva e suporte de funções vitais, podendo, contudo, não assegurar de forma permanente o acesso a determinados meios complementares de diagnóstico ou a especialidades médico-cirúrgicas altamente diferenciadas, o que implica uma articulação estruturada com unidades de maior complexidade assistencial. Por sua vez, as unidades de nível III correspondem às

estruturas de maior diferenciação em cuidados intensivos, devendo dispor, preferencialmente, de equipas médicas e de enfermagem próprias ou funcionalmente dedicadas, com assistência médica especializada em medicina intensiva assegurada em presença física contínua. Estas unidades pressupõem a disponibilidade dos meios técnicos e terapêuticos necessários à monitorização, diagnóstico e tratamento do doente crítico, bem como a implementação de sistemas de avaliação contínua da qualidade e o desenvolvimento de programas formais de formação e treino em cuidados intensivos. Por definição, os SMI de nível III assumem um carácter polivalente, garantindo, de forma integrada e em colaboração interdisciplinar, a prestação de cuidados globais aos utentes sob a sua responsabilidade (OE, 2020).

O SMI onde decorreu o estágio caracteriza-se como uma unidade polivalente, assegurando a prestação de cuidados intensivos a doentes com patologia crítica de diversas etiologias. Para além da atividade intramuros, o referido SMI desenvolve igualmente atividade assistencial fora da unidade, nomeadamente no apoio à SE do SU, bem como através da atuação da EEMI, contribuindo para a resposta precoce a situações de instabilidade clínica e para a continuidade dos cuidados ao doente crítico no contexto hospitalar. Este serviço foi criado em setembro de 2016, por deliberação do Conselho de Administração, passando a integrar num único serviço a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e a Unidade Intermédia Polivalente (UIP). Embora estejam sob a coordenação do mesmo enfermeiro gestor, as unidades encontram-se fisicamente separadas e operam com equipas de enfermagem distintas.

O SMI está situado no quarto piso da unidade hospitalar, apresentando uma localização estratégica próxima do SU, do bloco operatório e do serviço de imagiologia. Esta proximidade favorece a articulação eficaz entre os diversos serviços de apoio à prestação de cuidados, em conformidade com as recomendações da ACSS (2024). O serviço encontra-se organizado em duas áreas funcionais distintas, separadas por uma antecâmara. A primeira corresponde à área de internamento aberta, integrando as unidades de cuidados (sete boxes em *open space* e três de isolamento) e a zona designada como “aquário”, cuja configuração arquitetónica permite à equipa multidisciplinar uma observação contínua e permanente da PSC. Esta área beneficia ainda da presença de luz natural, proporcionada por janelas de dimensões generosas, contribuindo para a regulação do ciclo circadiano da PSC e para a humanização dos cuidados prestados.

Cada box de cuidados corresponde a um conjunto funcional constituído por uma cama

hospitalar, uma torre equipada com seringas e bombas perfusoras e uma torre de gases medicinais com rampas de oxigénio, ar comprimido e sistema de aspiração, posicionada do lado esquerdo do doente, considerando a observação efetuada a partir dos pés da cama. Do lado direito do doente, localiza-se uma coluna técnica que integra o ventilador para ventilação mecânica invasiva, o monitor de sinais vitais com capacidade de monitorização invasiva e não invasiva, bem como gavetas destinadas ao armazenamento de material diverso e um computador para registo clínico à cabeceira. Todas as boxes dispõem ainda de duas mesas de apoio, uma com material essencial à prestação diária de cuidados, outra para a colocação e organização do material necessário durante a realização de procedimentos. Encontram-se igualmente equipadas com uma cadeira destinada à utilização pelos profissionais de saúde e outra para os familiares durante os períodos de visita. A gestão de resíduos é assegurada através da existência de dois recipientes um com saco branco e outro com saco preto, em conformidade com as normas institucionais. Todas as boxes dispõem de um dispensador de SABA. Sempre que necessário, a privacidade do doente é garantida mediante a utilização de biombos.

Atendendo ao carácter imprevisível da disponibilidade de vagas no SMI e às emergências que lhe estão associadas, torna-se essencial que as boxes se encontrem devidamente equipadas, de modo a garantir uma resposta assistencial eficaz por parte da equipa multidisciplinar. As boxes desocupadas, após a realização dos procedimentos de limpeza e desinfeção, permanecem preparadas para novas admissões, encontrando-se dotadas dos materiais e equipamentos previamente definidos. A sua preparação e reposição adequadas encontram-se normalizadas, contribuindo para a otimização da gestão de recursos, a prevenção do desperdício de material e a consequente redução de custos. No processo de cuidados à PSC são utilizados vários materiais e equipamentos, obedecendo o seu manuseio a normas específicas indicadas pelos fabricantes e/ou implementadas pelo serviço, todas estas disponíveis para consulta na pasta partilhada do serviço presente em todas os ambientes de trabalho dos computadores. É imprescindível o conhecimento básico dos equipamentos, de maneira a garantir a deteção e/ou correção atempada de desvios no seu funcionamento e, por outro lado, a sua utilização segura e correta.

De acordo com as orientações da ACSS (2024), a unidade dispõe de três boxes de isolamento totalmente equipadas para a prestação de cuidados a doentes críticos ou semicríticos, quer em situação de infeção transmissível, quer em condição de imunodepressão. Estes espaços foram

concebidos de forma a garantir condições adequadas de isolamento e segurança, integrando antecâmara, lavatório e circuitos funcionais que minimizam o risco de contaminação cruzada. Adicionalmente, asseguram acesso a 360° ao doente, permitindo uma intervenção célere e segura por parte da equipa, bem como contacto visual permanente, elemento fundamental para a vigilância contínua. O espaço físico encontra-se dimensionado de acordo com os requisitos técnicos exigidos, possibilitando a diferenciação dos níveis de cuidados e a adequação da resposta assistencial à complexidade clínica apresentada.

A numeração das boxes é efetuada da direita para a esquerda, tendo como referência a posição de frente para as boxes no aquário. O aquário é uma pequena sala na área de internamento vedada das unidades por vidro, sendo composta por bancadas de apoio com os computadores para realização de registos de enfermagem. É nesta sala que se realizam as passagens de turno de enfermagem. Anexa a esta existe uma sala de trabalho destinada ao armazenamento e preparação da terapêutica, equipada com um sistema automatizado de dispensa de medicação (Pyxis). Este espaço é igualmente utilizado para a preparação da terapêutica e encontra-se dotado de diverso material clínico de apoio à prestação de cuidados, contribuindo para uma gestão segura e eficiente da medicação e dos recursos clínicos.

Para além dos espaços previamente descritos, existe ainda uma zona destinada ao armazenamento de roupa hospitalar, bem como um dispositivo próprio para o envio de espécimes para os serviços de patologia clínica e imunohemoterapia. Integra igualmente um armazém de soros, uma sala de sujos, uma área destinada ao armazenamento de material de grande porte, nomeadamente equipamentos utilizados em técnicas dialíticas contínuas, e uma sala de trabalho destinada aos técnicos auxiliares de saúde.

A segunda área funcional integra os gabinetes clínicos, a copa destinada aos colaboradores, os vestiários, a sala de reuniões, os armazéns de material e equipamentos diversos, bem como o balcão administrativo e a sala de espera destinada aos familiares.

Os doentes admitidos neste serviço caracterizam-se pela presença de falência, ou risco iminente de falência, de uma ou mais funções vitais. Trata-se de situações clínicas de elevada complexidade e instabilidade, nas quais a sobrevivência depende da implementação imediata de meios avançados de vigilância, monitorização contínua e intervenções terapêuticas diferenciadas, exigindo uma resposta assistencial altamente qualificada e sustentada por

competências técnicas, científicas e relacionais especializadas (OE, 2018d). A UCIP assegura o diagnóstico, tratamento e vigilância de doentes com condições fisiopatológicas graves que ameaçam ou cursam com falência de funções vitais, mas que se apresentam como potencialmente reversíveis, mediante o tratamento da patologia subjacente, proporcionando, deste modo, a possibilidade de recuperação e de uma vida futura com qualidade. A equipa da UCIP presta cuidados a doentes com quadros clínicos diversificados, sendo as situações mais frequentemente observadas a insuficiência respiratória de etiologia variada e o acompanhamento no período pós-operatório imediato, quer de cirurgias major de diferentes especialidades, quer de cirurgias minor realizadas em doentes considerados de elevado risco clínico. No que respeita à população pediátrica, a admissão no serviço ocorre exclusivamente em contexto de pós-operatório de artrodese da coluna vertebral, constituindo esta a única situação clínica pediátrica elegível para internamento na unidade.

A prestação de cuidados na UCIP é sustentada por um enquadramento normativo, sem que tal constitua um fator limitativo da individualidade da pessoa cuidada ou do profissional que presta os cuidados. O serviço dispõe de normas específicas de qualidade relativas a procedimentos, técnicas e cuidados associados a determinadas patologias, organizadas em suporte físico e digital, acessíveis na sala de reuniões. Encontra-se igualmente disponível um portal interno que permite a consulta de todas as normas institucionais da unidade hospitalar, bem como de informação relevante proveniente da PPCIRA e de outros departamentos internos. A uniformização das práticas de enfermagem traduz-se em benefícios para a PSC, para os profissionais de saúde e para a instituição, ao promover cuidados mais seguros, eficazes, consistentes e coerentes. Esta padronização contribui ainda para a valorização e visibilidade da profissão de enfermagem, bem como para a otimização dos recursos institucionais disponíveis. De acordo com Dimmer (2024), a padronização do processo de cuidados clínicos, através da implementação de protocolos e normas, contribui para a redução das variações indesejadas na prática, para a melhoria dos desfechos dos doentes e para uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde.

Relativamente aos recursos humanos, a UCIP dispõe atualmente de um total de 34 enfermeiros, dos quais um exerce funções de enfermeiro gestor, 19 são EEMC e dois são enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, sendo que um dos EEMC acumula funções de coordenação do serviço.

Segundo o Regulamento da Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b), a constituição das equipas de enfermagem nas UCI deve assegurar que, pelo menos, 50% dos profissionais sejam EEEMC, preferencialmente na área da enfermagem à PSC, garantindo a sua presença permanente ao longo das 24 horas e o cumprimento deste critério na composição de cada turno de trabalho. No contexto desta UCIP, este requisito encontra-se plenamente cumprido, uma vez que a proporção de EEEMC é superior ao valor de referência definido na norma, assegurando-se a sua distribuição contínua e equilibrada em todos os turnos. À luz das orientações emanadas pela mesma entidade, a definição dos rácios enfermeiro/doente deve ter em consideração o nível de diferenciação do serviço, a gravidade clínica, o grau de dependência e a intensidade dos cuidados requeridos pelos doentes. No caso das UCI de nível III, caracterizadas pela prestação de cuidados altamente diferenciados a doentes em situação crítica, com instabilidade multissistémica e necessidade de vigilância contínua e intervenções complexas, a norma recomenda a afetação de um enfermeiro por doente, ou seja, um rácio de 1:1, de forma a garantir a segurança, qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem. Nesta unidade os rácios de enfermagem praticados correspondem, de forma geral, a um enfermeiro para dois doentes. Assim, apesar de se tratar de uma UCI de nível III, verifica-se que os rácios atualmente implementados não se encontram totalmente alinhados com o preconizado no que respeita às dotações seguras recomendadas para este nível de cuidados. Esta divergência evidencia a existência de um desfasamento entre a prática instituída e as orientações normativas, com potenciais implicações na carga de trabalho dos enfermeiros e na garantia de cuidados de enfermagem ajustados à elevada complexidade e exigência clínica dos doentes internados.

A distribuição dos profissionais de enfermagem pelos diferentes turnos de trabalho apresenta-se da seguinte forma: turno da manhã: um enfermeiro gestor, um enfermeiro coordenador, cinco enfermeiros (médico-cirúrgica e generalista) e um enfermeiro de reabilitação; turno da tarde: cinco enfermeiros (médico-cirúrgica e generalista) e um enfermeiro de reabilitação; turno da noite: cinco enfermeiros (médico-cirúrgica e generalista). No que respeita à alocação de enfermeiros por doente, esta é efetuada pelo enfermeiro responsável de turno. Não existe um critério formalmente definido ou suportado por uma escala específica para essa distribuição; contudo, o enfermeiro responsável refere que são considerados fatores como a complexidade clínica do doente, as intervenções de enfermagem previstas para o turno e a promoção da continuidade dos cuidados, procurando, sempre que possível, manter a coerência na atribuição

dos profissionais aos mesmos doentes.

Para a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros encontram-se descritos na literatura diversos instrumentos de medida, entre os quais se destacam o *Time Oriented Score System*, o *Nursing Activities Score (NAS)* e o *Therapeutic Intervention Scoring System-28*. Destes, o NAS é o instrumento mais amplamente estudado e utilizado, na medida em que se centra de forma mais específica nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, permitindo uma avaliação mais ajustada da carga de trabalho em contextos de cuidados intensivos (Greaves et al., 2018; Hoogendoorn et al., 2020). Segundo Pinno et al. (2020), o NAS constitui um instrumento validado para a mensuração da carga de trabalho em enfermagem, traduzindo, em percentagem, o tempo despendido pelo enfermeiro na prestação de cuidados diretos a um doente ao longo de 24 horas. Estruturado em sete categorias que abrangem atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico e metabólico, bem como intervenções específicas, o NAS permite quantificar objetivamente a complexidade assistencial e a dependência de cuidados. Para além de apoiar o dimensionamento seguro das equipas, a sua aplicação possibilita uma leitura mais ajustada das necessidades reais dos doentes, contribuindo para a adequação dos recursos e para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados. No serviço, encontra-se implementado o NAS como instrumento de avaliação da carga de trabalho. Contudo, o score obtido não é utilizado como critério orientador na alocação enfermeiro/doente. Este facto é habitualmente justificado pela equipa pelo entendimento de que os resultados do NAS dizem respeito às atividades desenvolvidas nas 24 horas anteriores, o que nem sempre traduz de forma fidedigna as necessidades atuais ou previsíveis do doente nos turnos subsequentes, limitando a sua aplicabilidade como ferramenta operacional imediata para a distribuição dos recursos de enfermagem.

Para além da atividade assistencial, o EEEMC assume, na ausência do enfermeiro coordenador, funções de responsável de turno, assegurando a gestão adequada dos recursos humanos, materiais e equipamentos indispensáveis ao funcionamento seguro da unidade. No exercício destas funções, garante a monitorização sistemática de procedimentos estruturantes para a segurança clínica, nomeadamente a verificação e registo da temperatura dos frigoríficos e a conferência da medicação não integrada no sistema Pyxis e que se encontra em utilização no serviço. Procede ainda à avaliação da operacionalidade e conformidade do carro de emergência, assim como das malas e dos equipamentos destinados ao transporte de doentes, garantindo

que se encontram devidamente organizados, funcionais e em conformidade com as normas institucionais. Compete-lhe ainda a organização da equipa de enfermagem em situações de transferências inter-hospitalares, promovendo a articulação entre intervenientes e garantindo a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A par da equipa de enfermagem, o SMI/UCIP dispõe de recursos humanos pertencentes a outras categorias profissionais, fundamentais para a prestação de cuidados diferenciados à PSC. Integram esta estrutura os técnicos auxiliares de saúde, que asseguram apoio direto às atividades assistenciais e logísticas do serviço, bem como uma equipa médica especializada, com presença permanente, responsável pela avaliação, decisão terapêutica e acompanhamento clínico contínuo dos doentes internados. Adicionalmente, o serviço conta com a colaboração regular de outros profissionais de saúde, designadamente fisioterapeutas e terapeutas da fala, cuja intervenção é essencial na reabilitação respiratória, motora e funcional da PSC. Para além destes, intervêm ainda médicos especialistas de diversas áreas, de acordo com a patologia e necessidades clínicas específicas de cada doente, em estreita articulação com a equipa médica afeta ao SMI. Esta abordagem multidisciplinar favorece uma resposta integrada e centrada no doente, contribuindo para a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados.

Os cuidados de enfermagem prestados no serviço seguem o método individual, integrado no trabalho em equipa. Este modelo caracteriza-se pela atribuição a cada enfermeiro da responsabilidade direta pelos cuidados de enfermagem a um determinado doente ou grupo de doentes durante o respetivo turno, assumindo a planificação, execução e avaliação das intervenções necessárias, de acordo com as necessidades identificadas. Parreira et al. (2023) referem que, neste modelo, a responsabilidade pelos cuidados é assumida por um único enfermeiro, que assegura de forma contínua o planeamento, a execução e a avaliação dos cuidados prestados. Apesar da responsabilização individual, a prestação de cuidados encontra-se integrada numa dinâmica de equipa, assente na partilha contínua de informação, na articulação entre profissionais e na cooperação na tomada de decisão clínica. Esta integração permite assegurar a continuidade dos cuidados entre turnos, a uniformização das práticas e a resposta eficaz a situações de elevada complexidade e imprevisibilidade, características do contexto de cuidados intensivos. Assim, o método individual, enquadrado num funcionamento em equipa, contribui para uma abordagem holística e coordenada do doente crítico, potenciando a segurança, a qualidade e a humanização dos cuidados de enfermagem.

Apesar da inexistência de um modelo de enfermagem formalmente instituído no serviço, a prática clínica desenvolvida evidencia a aplicação implícita e integrada de diferentes referenciais conceptuais de enfermagem, mobilizados de forma flexível em função da situação clínica da PSC. A literatura reconhece que, em contextos de elevada complexidade e instabilidade clínica, como as unidades de cuidados intensivos, a adoção rígida de um único modelo teórico pode ser limitadora, sendo mais frequente a articulação dinâmica de múltiplos referenciais que sustentam o raciocínio clínico e a tomada de decisão dos enfermeiros (Silva et al., 2015; Vieira & Santos, 2021). No contexto da UCIP, a prática de enfermagem estrutura-se em torno da vigilância contínua, da prevenção de complicações e da resposta célere às alterações fisiológicas, refletindo pressupostos teóricos que sustentam a disciplina. A orientação para as necessidades humanas básicas encontra fundamento na perspectiva de Virginia Henderson, que conceptualiza a enfermagem como apoio ao indivíduo na satisfação das necessidades fundamentais quando este não dispõe de capacidade para as suprir autonomamente (Alligood & Tomey, 2004). Conjuntamente, a compreensão da PSC como um ser holístico, em constante interação com o meio interno e externo, aproxima-se do modelo de adaptação de Roy, segundo o qual o enfermeiro intervém promovendo respostas adaptativas eficazes face aos estímulos associados ao stress e à doença (Alligood & Tomey, 2004). Observa-se ainda a integração de referenciais humanísticos e centrados na pessoa, mesmo num ambiente altamente tecnológico. O cuidado de enfermagem em medicina intensiva não se limita à execução de procedimentos técnicos, incorporando também dimensões relacionais, como a promoção do conforto, o respeito pela dignidade humana, a comunicação terapêutica e o apoio à família. A teoria humanística de Paterson e Zderad reforça a importância do encontro interpessoal e da relação enfermeiro–doente, sublinhando que o cuidar é um processo vivido e partilhado, particularmente relevante em situações de vulnerabilidade extrema (Nascimento et al., 2004).

A articulação entre competência tecnológica e cuidado humanizado encontra suporte em modelos contemporâneos que reconhecem a tecnologia como parte integrante do cuidar, sem desvalorizar a centralidade da pessoa. A capacidade do enfermeiro em integrar conhecimento técnico-científico, tecnologia e sensibilidade ética constitui um elemento fundamental da prática em cuidados intensivos (Krel et al., 2022). Deste modo, a prática desenvolvida na UCIP demonstra uma utilização implícita, porém consistente, de múltiplos referenciais conceptuais de enfermagem, adaptados às exigências do contexto e à singularidade da pessoa em situação crítica. Esta mobilização flexível de modelos e teorias contribui para o desenvolvimento do

pensamento crítico e do julgamento clínico, constituindo um pilar essencial na consolidação das competências do EEEMC, conforme preconizado pela OE (2018d).

O processo documental dos cuidados de enfermagem constitui um elemento central da prática profissional, sendo fundamental para garantir a continuidade, a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como a sua rastreabilidade clínica, ética e legal. Estes permitem evidenciar o contributo específico dos enfermeiros para os resultados em saúde, sustentam a tomada de decisão clínica e constituem um instrumento privilegiado de comunicação entre profissionais de saúde (OE, 2018c). Na UCIP, a documentação dos cuidados de enfermagem é realizada através do sistema de informação B- Simple®, plataforma institucional que suporta o registo estruturado do processo de enfermagem, incluindo a colheita de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções. O sistema B-Simple® encontra-se em permanente processo de adaptação e atualização, em função das necessidades emergentes do serviço e da evolução da prática clínica. Este processo é assegurado por um grupo de trabalho dos SIE, que atua em estreita articulação com os serviços informáticos da instituição. Esta colaboração permite ajustar os conteúdos, os fluxos de registo e as funcionalidades do sistema às especificidades do contexto assistencial, promovendo uma documentação mais eficiente, pertinente e alinhada com as exigências organizacionais e profissionais. Neste programa de registo clínico é possível ainda adicionar informação pertinente relativa ao plano de cuidados, servindo como diário de enfermagem atualizado em cada turno e como apoio às passagens de turno de enfermagem. Esta baseia-se na técnica de comunicação estruturada ISBAR, reconhecida como uma boa prática na transmissão de informação clínica crítica. A utilização do ISBAR permite organizar a informação de forma lógica e sistemática, reduzindo omissões, ambiguidades e interpretações erróneas durante as transições de cuidados (WHO, 2007; Joint Commission International, 2018).

O Regulamento n.º 361/2015 (OE, 2015b) sublinha que os registos constituem um instrumento essencial de comunicação interprofissional, de avaliação da qualidade dos cuidados, de suporte à gestão, à investigação e ao desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem. No que respeita à comunicação clínica, a adoção de modelos estruturados que promovam a transmissão eficaz da informação é fundamental para a continuidade e segurança dos cuidados. A utilização do modelo ISBAR encontra-se alinhada com estas orientações, reforçando a responsabilidade profissional e a qualidade da prática de enfermagem (DGS, 2017a). Assim, a

articulação entre o sistema de informação B- Simple®, o trabalho contínuo do grupo de SIE, em colaboração com os serviços informáticos, e a utilização de um registo complementar baseado no modelo ISBAR traduz-se numa abordagem integrada à documentação e à comunicação eficaz dos cuidados de enfermagem.

Na UCIP, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem é promovida de forma sistemática através da elaboração, implementação e atualização de políticas, normas e procedimentos que orientam a prática clínica. Estes instrumentos normativos visam garantir a conformidade dos cuidados prestados com a melhor evidência científica disponível, assegurando simultaneamente a segurança do doente, a qualidade assistencial e a uniformização das práticas profissionais. A produção, revisão e monitorização destes documentos é da responsabilidade dos grupos de trabalho do serviço, os quais se encontram organizados segundo áreas estratégicas de intervenção, refletindo as prioridades assistenciais, organizacionais e formativas. Integram estas áreas os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, a gestão do risco, bem como funções de ligação e articulação a estruturas transversais da instituição. Destacam-se, neste âmbito, o enfermeiro de ligação ao grupo de dor aguda, o enfermeiro de ligação ao Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA), o enfermeiro dinamizador dos SIE e o enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço. Estes profissionais desempenham um papel central na disseminação de boas práticas, na implementação de estratégias de melhoria contínua e na promoção da atualização permanente dos conhecimentos e competências da equipa de enfermagem.

Adicionalmente, o serviço dispõe de um plano anual de atividades, no qual se encontram explicitadas as ações a desenvolver por cada grupo de trabalho ao longo do ano, em consonância com as necessidades identificadas no serviço e com os objetivos estratégicos definidos. Este plano constitui um instrumento de planeamento, monitorização e avaliação da atividade dos grupos, permitindo estruturar as intervenções, definir prioridades e assegurar a coerência das ações desenvolvidas. O plano de atividades é objeto de revisão e atualização anual, possibilitando a sua adequação às dinâmicas do serviço, à evolução das necessidades assistenciais e organizacionais e às orientações institucionais e normativas em vigor. Deste modo, promove-se uma gestão dinâmica e participativa da qualidade dos cuidados de enfermagem, assente na melhoria contínua, na responsabilização profissional e na utilização de

estratégias planeadas e sustentadas na evidência científica.

No contexto da integração e acolhimento dos profissionais, o SMI dispõe de um manual de integração de novos elementos de enfermagem, que visa facilitar a adaptação dos enfermeiros ao serviço, promovendo o conhecimento da sua organização, funcionamento, normas, procedimentos e cultura profissional.

No âmbito das iniciativas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem desenvolvidas no SMI, destaca-se o Projeto PQCEE (Enfermagem MC) – “A eficácia da escovagem dos dentes e da higiene oral em doentes ventilados na redução da Pneumonia Associada à Intubação”, o qual se encontra implementado no serviço. Durante o período de estágio, foi possível conhecer e observar a operacionalização deste projeto, integrado nas estratégias de prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e alinhado com as recomendações nacionais e internacionais para a segurança do doente crítico. O projeto tem como objetivo avaliar e promover a eficácia da escovagem dentária e da higiene oral sistematizada em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, enquanto intervenção de enfermagem fundamental na redução da incidência de Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

4. O cuidado especializado à pessoa em situação crítica

A enfermagem tem vindo a assumir um papel progressivamente mais relevante no contexto dos cuidados de saúde, refletindo-se num aumento da exigência técnica, científica e ética associada à prática profissional. A crescente complexidade dos contextos clínicos, aliada à evolução tecnológica e às necessidades emergentes da população, tem impulsionado processos de diferenciação e especialização dos enfermeiros, tornando estas dimensões essenciais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

O desenvolvimento científico da enfermagem tem sido acompanhado por uma valorização crescente do conhecimento especializado, reconhecendo-se que a especialização constitui uma resposta às exigências atuais dos sistemas de saúde. Neste enquadramento, o cuidar em enfermagem encontra-se frequentemente influenciado por contextos altamente tecnológicos e por objetivos institucionais, o que pode conduzir a uma maior centralidade na execução de

técnicas e na dimensão física da pessoa. Contudo, num nível mais avançado do cuidar, a enfermagem integra também os aspetos emocionais, subjetivos e relacionais, promovendo uma abordagem transpessoal sustentada na comunicação terapêutica, na empatia e na presença profissional.

Cuidar implica apoiar a pessoa no seu processo de crescimento, ajudando-a a mobilizar os seus próprios recursos e capacidades para lidar com a situação de saúde-doença. Neste sentido, o cuidado de enfermagem orienta-se por uma perspetiva holística, que considera a pessoa na sua globalidade, integrando os fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e espirituais que influenciam a sua vivência. A enfermagem holística reconhece a pessoa como um projeto de saúde em permanente construção, inserida numa família e numa comunidade, sendo os cuidados direcionados para a promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação, com vista à excelência do cuidar.

A prática profissional do enfermeiro engloba não apenas a prestação direta de cuidados, mas também a sua gestão, exigindo uma atuação ética, legal e responsável, bem como um compromisso contínuo com o desenvolvimento profissional (OE, 2012). Contudo, o cuidar permanece como o núcleo central da disciplina, constituindo o saber próprio da enfermagem. A demonstração do contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde torna-se, assim, fundamental, sendo operacionalizada através da identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e respetivos indicadores, o que reflete qualidade, profissionalismo e responsabilidade social.

O cuidado especializado à PSC assume particular importância, dada a gravidade e instabilidade clínica que caracteriza estes doentes. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, considera-se PSC aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018d). Segundo o mesmo regulamento, os cuidados de enfermagem à PSC consistem em cuidados altamente qualificados, direcionados à manutenção das funções vitais, prevenção de complicações, limitação de incapacidades e promoção da recuperação global da pessoa (OE, 2018d). Estes cuidados requerem uma avaliação clínica rigorosa, vigilância permanente e capacidade de resposta imediata perante alterações do estado clínico. A OE (2015b) estabelece, no Regulamento n.º 361/2015, que os cuidados especializados implicam uma observação contínua, colheita sistemática de dados e análise

permanente da situação clínica, permitindo antecipar riscos, detetar precocemente complicações e implementar intervenções eficazes e fundamentadas. A atuação do EE baseia-se numa prática sustentada na evidência científica, articulando conhecimento teórico, competência técnica e pensamento crítico, fatores essenciais para a segurança da PSC.

Deste modo, o cuidado especializado à PSC exige não apenas domínio técnico e científico, mas também sensibilidade humana, reflexão ética e compromisso com a qualidade. O EE assume um papel central na equipa multidisciplinar, contribuindo para a humanização dos cuidados, para a melhoria dos resultados em saúde e para o desenvolvimento contínuo da enfermagem enquanto ciência e profissão.

4.1. Aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

A aquisição e desenvolvimento de competências, bem como a atualização contínua de conhecimentos teóricos e práticos, constituem pressupostos fundamentais para o enfermeiro que pretende exercer uma prática de enfermagem de excelência. Num contexto de cuidados de saúde marcado pela complexidade, inovação tecnológica e exigência científica, torna-se imprescindível que o EE fundamente a sua intervenção profissional em referenciais teóricos sólidos e na melhor evidência científica disponível.

O reconhecimento da importância da prática baseada na evidência tem conduzido os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, à necessidade de investimento contínuo na formação e na qualificação académica especializada. Neste contexto, o EE é um profissional reflexivo, detentor de conhecimentos aprofundados, capaz de mobilizar saberes científicos, técnicos e relacionais adequados aos diferentes contextos da prática clínica.

De acordo com Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), este profissional distingue-se pelo reconhecimento de competências científicas, técnicas e humanas que sustentam a prestação de cuidados de enfermagem especializados numa área específica de intervenção. A prática do EE orienta-se por princípios éticos, legais e deontológicos que sustentam uma abordagem holística e centrada na pessoa. Para tal, fundamenta-se em diversos referenciais normativos e deontológico-

profissionais, nomeadamente nas disposições relativas à deontologia profissional constantes do Estatuto da OE (OE, 2024), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015b), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015a) e no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a). Independentemente da área de especialização, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns, cuja aquisição e desenvolvimento constituem uma responsabilidade transversal ao exercício profissional especializado.

Entendem-se por competências comuns aquelas que são partilhadas por todos os EE, independentemente da área em que exercem funções, traduzindo-se na elevada capacidade de conceção, planeamento, gestão, supervisão e avaliação dos cuidados, bem como no suporte efetivo ao exercício profissional especializado, nomeadamente nos domínios da formação, investigação e assessoria (OE, 2019a).

Conforme o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), as competências comuns do EE organizam-se em quatro domínios fundamentais: (a) responsabilidade profissional, ética e legal; (b) melhoria contínua da qualidade; (c) gestão dos cuidados; e (d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios refletem a abrangência e complexidade do papel do EE, exigindo uma prática clínica sustentada no pensamento crítico, na tomada de decisão fundamentada e na reflexão sistemática sobre a ação.

Neste contexto, o desenvolvimento das competências comuns assume particular relevância ao longo do percurso formativo, especialmente durante os diferentes períodos de estágio, nos quais o EE em formação tem a oportunidade de integrar conhecimentos teóricos na prática clínica, consolidar competências e desenvolver uma identidade profissional especializada. Assim, nos subcapítulos que se seguem, será apresentada uma análise crítico-reflexiva das atividades consideradas mais relevantes para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, decorrentes dos três períodos de estágio realizados.

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EE orienta a sua prática por princípios éticos, legais e deontológicos que sustentam o exercício profissional especializado. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, compete ao enfermeiro desenvolver uma prática profissional ética e legal na sua área de especialidade, atuando em conformidade com a legislação em vigor, os princípios éticos e a deontologia profissional, assegurando cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão (OE, 2019a).

O desenvolvimento destas competências implica a capacidade de tomar decisões clínicas fundamentadas, exercer uma prática profissional responsável e assegurar que a prestação de cuidados decorre num ambiente de segurança, respeito e valorização da dignidade da pessoa. Neste contexto, o EE assume um papel determinante na promoção de práticas profissionais que preservem os valores estruturantes da enfermagem, contribuindo para a qualidade, integridade e credibilidade do exercício profissional.

Estes princípios encontram-se consagrados no Estatuto da OE, no capítulo VI referente à deontologia profissional (OE, 2024), e no REPE (2015a), que constituem referenciais orientadores da prática profissional. Entre os princípios basilares da atividade dos enfermeiros, evidenciam-se a responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a procura contínua da excelência no exercício da profissão, materializados numa conduta ética responsável e orientada para a salvaguarda dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Ao integrar os direitos humanos neste domínio, encontram-se igualmente implícitos os direitos da pessoa em situação de doença. De acordo com a Carta dos Direitos do Doente Internado, o direito a ser tratado com respeito pela dignidade humana constitui um princípio fundamental que deve estar presente em toda a intervenção do enfermeiro, orientando a sua prática desde o primeiro contacto com a pessoa cuidada (Ministério da Saúde, 2004).

Neste enquadramento, as intervenções de enfermagem devem ser desenvolvidas com a preocupação constante da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio profissional, assentando em valores universais como a igualdade, a liberdade responsável e a capacidade de escolha, tendo sempre em consideração o bem comum. Integram ainda este quadro de valores a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, bem como a competência e

o compromisso com o aperfeiçoamento profissional contínuo (OE, 2019a).

Assim, a prestação de cuidados de enfermagem fundamenta-se no reconhecimento da pessoa como um ser único, detentor de crenças, valores e significados próprios, que influenciam a forma como experiencia cada momento do seu percurso de saúde-doença. Respeitar esta singularidade constitui um elemento central da prática do EE e um pressuposto essencial para a prestação de cuidados éticos, humanizados e centrados na pessoa.

No exercício quotidiano da prática clínica, os enfermeiros são frequentemente confrontados com dilemas éticos relacionados com a proteção da privacidade e da intimidade da pessoa, bem como com a garantia da confidencialidade da informação e do sigilo profissional. Estas dimensões assumem particular relevância nos contextos de maior complexidade clínica, exigindo uma atuação consciente, responsável e eticamente fundamentada.

A humanização dos cuidados tem vindo a ser progressivamente desafiada por dois eixos evolutivos que influenciam de forma significativa as práticas e os serviços de saúde: o desenvolvimento tecnológico e os modelos de organização e gestão, orientados por lógicas de cariz empresarial (Neves & Soares, 2018). Nestes contextos, onde a prioridade assistencial se centra frequentemente na manutenção das funções vitais, torna-se essencial garantir que a dimensão humana do cuidar não seja secundarizada face à exigência técnica e tecnológica. Torna-se imprescindível que o EE desenvolva competências que lhe permitam preservar uma prática centrada na pessoa, sustentada nos princípios e valores inerentes à profissão de enfermagem e no respeito pela dignidade humana.

A vulnerabilidade clínica que caracteriza a PSC nem sempre possibilita a sua corresponsabilização no processo de cuidados, o que exige do enfermeiro uma tomada de decisão ética rigorosa. A humanização dos cuidados assume, assim, um papel estruturante, uma vez que a pessoa, mesmo quando limitada na sua capacidade de comunicação ou participação ativa, mantém direitos fundamentais que devem ser respeitados e salvaguardados em todas as intervenções. Desta forma, as decisões clínicas devem apoiar-se nos princípios da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — bem como nos princípios da deontologia profissional, que orientam a intervenção do enfermeiro no sentido do respeito pela individualidade, pelos direitos e pela dignidade da pessoa.

Sempre que a pessoa manifesta capacidade para expressar a sua vontade, mesmo reconhecendo as suas limitações, o enfermeiro deve promover a sua autonomia, assegurando uma informação clara, adequada e compreensível. A obtenção do consentimento informado para a realização dos cuidados permite a participação ativa da pessoa no processo de decisão, constituindo uma expressão concreta do respeito pelos seus direitos, pela sua dignidade, privacidade, crenças e valores.

A valorização da presença, da comunicação — verbal ou não verbal — e da atenção às necessidades individuais constitui um contributo essencial para a construção de um cuidado ético e consciente. A relação terapêutica, ainda que condicionada pela situação clínica da pessoa, permanece um elemento central da prática de enfermagem em cuidados críticos. Sempre que possível, o estabelecimento de uma relação baseada na confiança, no respeito e na empatia favorece a perceção de segurança e promove a participação da pessoa e da família no processo de cuidados. Esta abordagem contribui para uma vivência menos traumática da doença crítica, reforçando o papel do EE enquanto garante da dignidade da pessoa em contextos de elevada complexidade clínica.

Os contextos de prática clínica onde decorreu o percurso formativo correspondem a serviços de elevada complexidade e diferenciação de cuidados, caracterizados pela imprevisibilidade das situações clínicas e pela necessidade de respostas céleres, especializadas e tecnicamente exigentes. Nestes contextos, a prestação de cuidados dirige-se maioritariamente à PSC, frequentemente submetidas a intervenções invasivas, o que intensifica a sua vulnerabilidade clínica e emocional, exigindo do enfermeiro uma atuação sustentada numa sólida responsabilidade profissional, ética e legal. Ao longo do percurso formativo, e de forma particularmente evidente nos três contextos de prática clínica vivenciados, as questões éticas assumiram-se como uma dimensão constante e transversal à prática quotidiana, influenciando de forma determinante a tomada de decisão e a qualidade dos cuidados prestados.

A PSC manifesta, de forma recorrente, sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, particularmente nos momentos de admissão, em que o desconhecimento relativamente aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos potencia o sofrimento emocional. Neste sentido, torna-se essencial a adoção de uma prática centrada na pessoa, orientada para a proteção da sua dignidade, segurança e autonomia.

Antes da realização de cada procedimento, e sempre que o estado de consciência o permitia, procedeu-se à explicação clara, objetiva e acessível da sua finalidade, riscos, benefícios e cuidados subsequentes, promovendo a obtenção do consentimento informado e o respeito pelo princípio da autonomia. Esta abordagem contribuiu para a diminuição da ansiedade e para o fortalecimento da relação terapêutica estabelecida.

No caso particular da UDIC, atendendo à especificidade dos atos diagnósticos e terapêuticos invasivos maiores, o consentimento informado por escrito assumiu particular relevância. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2023), a pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo, natureza da intervenção, consequências, riscos e alternativas. O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 reforça igualmente a comunicação como pilar essencial da qualidade dos cuidados, salientando a necessidade de adequar a informação clínica ao doente, família e cuidador. Neste âmbito, o EE assume um papel ativo enquanto advogado do doente, garantindo que o consentimento seja efetivamente livre, esclarecido e atualizado (DGS, 2021).

No decorrer do estágio no SUMC e SMI, na ausência de Diretivas Antecipadas de Vontade, verificou-se que, em determinadas situações clínicas, o princípio da não maleficência se sobrepunha ao da beneficência, sobretudo quando o balanço risco/benefício se apresentava desequilibrado e desfavorável, traduzindo sofrimento excessivo para a pessoa. Estas decisões encontraram enquadramento ético no dever de minimizar danos e preservar a dignidade humana da PSC, conforme preconizado pela OE (2024).

A definição do teto terapêutico e as decisões de não escalada do tratamento resultaram de reflexão multidisciplinar fundamentada no diagnóstico e prognóstico, concedendo, sempre que possível, tempo de resposta à terapêutica instituída. A família foi envolvida neste processo, sendo esclarecida quanto aos fundamentos clínicos e éticos das decisões e quanto ao plano de cuidados subsequente, promovendo transparência, confiança e humanização.

Perante situações de fim de vida ou prognóstico reservado, procurou-se assegurar, em articulação com os orientadores clínicos, o direito dos familiares ao acompanhamento da pessoa doente. Sempre que clinicamente viável, foi possibilitada a entrada sequencial e individual dos familiares, salvaguardando simultaneamente o funcionamento do serviço e o direito à despedida, enquanto expressão do respeito pela dignidade da PSC.

A análise reflexiva das aprendizagens desenvolvidas evidenciou que, no contexto do SUMC, as competências relacionais e de comunicação assumem um papel particularmente relevante. A brevidade e intensidade do contacto entre o enfermeiro, a pessoa doente e a família podem comprometer a atenção a esta dimensão do cuidar, aumentando o risco da sua desvalorização (Waydhas et al., 2023). Em situações de emergência, a necessidade de resposta imediata às prioridades clínicas tende a conduzir os profissionais a centrar a intervenção nos aspetos técnicos, podendo relegar para segundo plano as necessidades emocionais e comunicacionais da PSC (Gupta et al., 2025).

Entre as situações vivenciadas, destaca-se a admissão de uma pessoa consciente e orientada, vítima de queda em altura, em que, numa fase inicial, os aspetos relacionais foram secundarizados face à gravidade clínica. Apesar da atuação tecnicamente eficaz da equipa, a comunicação verbal estruturada ocorreu apenas numa fase posterior, quando a estabilidade clínica foi alcançada, evidenciando a necessidade de integrar, sempre que possível, a dimensão relacional mesmo em cenários de elevada complexidade.

No SUMC, destaca-se ainda a existência de uma sala própria para comunicação de más notícias, privada e isolada do ambiente da urgência. Sempre que possível e no momento mais oportuno, a equipa prestava informações aos familiares acerca do estado clínico da pessoa, possibilitando, quando clinicamente seguro, a sua presença junto do doente, promovendo proximidade, humanização e apoio emocional.

No que diz respeito à comunicação entre profissionais, tanto no SUMC como no SMI, é utilizada a metodologia ISBAR, reconhecida como uma ferramenta estruturada e eficaz na transmissão de informação clínica, contribuindo para uma comunicação clara, segura e padronizada, essencial à continuidade e qualidade dos cuidados.

No SUMC, durante a passagem de turno, é solicitada a saída dos familiares das salas, assegurando que a comunicação ocorre exclusivamente entre os profissionais diretamente envolvidos no processo de cuidados. Esta prática permite não só minimizar falhas de comunicação, como também salvaguardar a confidencialidade da informação transmitida.

Conforme referido no Parecer CJ/20-2001 do Conselho Jurisdicional da OE (2001), a comunicação de informação clínica está intrinsecamente associada ao direito à

confidencialidade, à privacidade, à proteção da intimidade e à reserva da vida privada. Neste contexto, no SUMC, estes princípios encontram-se devidamente acautelados, uma vez que o conteúdo da informação comunicada durante a passagem de turno é partilhado de forma estruturada, objetiva e restrita à equipa de saúde, reforçando uma comunicação profissional ética, legal e responsável.

No contexto do SMI, foi identificada uma situação passível de reflexão ética, uma vez que, por vezes, as folhas impressas contendo a passagem de turno permaneciam sobre uma mesa aos pés da unidade do doente, ficando a informação clínica exposta. Apesar de se tratar de um serviço com entradas controladas, existe circulação pontual de familiares e de profissionais externos à equipa, o que pode representar um risco potencial de acesso indevido à informação confidencial. Esta situação foi discutida com o orientador clínico, que reconheceu a pertinência da questão levantada, referindo que se trata de uma prática adotada apenas por alguns profissionais. Acrescentou ainda que a circulação de elementos externos ao serviço é sempre controlada e ocorre por períodos curtos de tempo.

Ainda assim, esta realidade convoca à reflexão sobre a responsabilidade ética, legal e profissional do enfermeiro, enquanto garante da confidencialidade da informação do doente, sendo fundamental reforçar práticas seguras e uniformes que assegurem o cumprimento do Código Deontológico (OE, 2024) e da legislação vigente, em matéria de proteção de dados pessoais, nomeadamente o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (União Europeia, 2016).

No âmbito da SE, foi possível participar e observar o procedimento legal de colheita de espécimes biológicos destinados ao Instituto de Medicina Legal, nomeadamente para pesquisa de álcool, estupefacientes e outras substâncias. Este processo decorre na presença das autoridades policiais, sendo acompanhado pelo enfermeiro responsável, desde a admissão da vítima até à conclusão das colheitas, assegurando o rigor técnico, legal e ético inerente a estes cuidados.

Apesar das limitações arquitetónicas inerentes a alguns contextos, nomeadamente em áreas em *open space*, manteve-se uma atenção constante à preservação da privacidade dos doentes, recorrendo-se à utilização de cortinas, biombo e a estratégias organizacionais adequadas. Paralelamente, os profissionais adotaram um tom de voz discreto e adequado, bem como

cuidados na informação partilhada junto dos doentes, assegurando que a comunicação ocorria de forma a manter a confidencialidade e o dever de sigilo profissional. Esta atuação evidenciou que o compromisso ético do enfermeiro se manifesta não apenas nas condições físicas, mas sobretudo na intencionalidade e postura profissional.

O direito ao acompanhante aquando da admissão no SUMC é assegurado, em conformidade com o disposto na Lei n.º 15/2014. Apenas em situações pontuais, nomeadamente quando as salas se encontram excessivamente lotadas ou durante a realização de procedimentos e prestação de cuidados, é solicitado aos acompanhantes que se ausentem temporariamente, com o objetivo de salvaguardar a segurança, a privacidade e a dignidade de todas as pessoas assistidas.

Paralelamente, destacou-se a valorização do registo clínico enquanto elemento central da responsabilidade profissional e legal do enfermeiro. O registo rigoroso, fidedigno e oportuno constitui um instrumento fundamental para a continuidade dos cuidados, para a comunicação entre profissionais e para a rastreabilidade das decisões clínicas, assumindo igualmente valor jurídico enquanto meio de prova da intervenção realizada (OE, 2007). A documentação adequada das avaliações, intervenções e decisões éticas contribui para a segurança da pessoa, para a qualidade dos cuidados e para a salvaguarda profissional do enfermeiro.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível desenvolver a tomada de decisão clínica de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais que sustentam a profissão e orientam a intervenção do EE. Esta prática foi norteadada pelos princípios da igualdade, da não discriminação e do respeito pela dignidade humana, transversais à atuação profissional enquanto enfermeira. A integração consistente destes referenciais permitiu a adoção de decisões mais seguras, conscientes e fundamentadas, assegurando a proteção dos direitos humanos e o respeito pela dignidade da pessoa cuidada, mesmo em contextos de elevada complexidade e vulnerabilidade clínica.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Conforme o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), no âmbito deste domínio, o EE assume

um papel ativo na dinamização e apoio às iniciativas estratégicas institucionais relacionadas com a governação clínica. Compete-lhe ainda promover práticas assistenciais de qualidade, através da participação e gestão de programas de melhoria contínua, bem como assegurar a existência de um ambiente terapêutico seguro, orientado para a qualidade e segurança dos cuidados.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) estabelece que as pessoas têm o direito de beneficiar de cuidados de saúde ajustados às suas necessidades, prestados de forma atempada e dentro de um prazo clinicamente adequado. Estes cuidados devem ser assegurados com dignidade, fundamentados na melhor evidência científica disponível e orientados por princípios de qualidade e segurança em saúde.

A qualidade em saúde é definida, pelo Ministério da Saúde (2015), como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, assegurados com um elevado nível profissional e tendo em consideração os recursos disponíveis. Esta abordagem pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas, promovendo simultaneamente a sua adesão e satisfação.

A qualidade e a segurança do sistema de saúde constituem uma responsabilidade partilhada por todos os seus intervenientes, uma vez que contribuem de forma determinante para a redução dos riscos evitáveis associados à prestação de cuidados. Neste contexto, o acesso a cuidados de saúde de qualidade configura-se como um direito fundamental, sendo reconhecida às pessoas a legitimidade para exigir padrões elevados na assistência prestada. A segurança do doente assume, assim, um papel central enquanto componente indissociável da qualidade em saúde (Ministério da Saúde, 2021).

A qualidade em saúde constitui um conceito de natureza subjetiva, uma vez que é influenciada pelas expectativas que o doente e a família depositam nos cuidados recebidos. Mesmo quando estes são sustentados por elevados padrões de qualidade técnica e pela mais recente evidência científica, a concretização da qualidade em saúde mantém-se como uma meta complexa e exigente. Sendo a qualidade em saúde um desafio de carácter multiprofissional, revela-se fundamental a implementação de sistemas de gestão da qualidade promovidos por organismos nacionais e internacionais, com o intuito de orientar a prática, uniformizar procedimentos e favorecer a melhoria contínua dos cuidados prestados. No contexto nacional, e em consonância com os princípios anteriormente enunciados, foi aprovado o PNSD 2021-2026, enquanto instrumento estratégico orientador da segurança na prestação de cuidados no SNS. Este plano

integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e assenta em cinco eixos fundamentais: cultura de segurança, liderança e governação, comunicação, prevenção e gestão de incidentes e promoção de práticas seguras em ambientes assistenciais adequados (Ministério da Saúde, 2021).

No âmbito da enfermagem, e com o objetivo de promover cuidados de elevada qualidade, a OE publicou, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os quais constituem referenciais orientadores da prática profissional. Posteriormente, em 2015, foi publicado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, com a finalidade de estabelecer orientações específicas para a prática especializada do EE nesta área, funcionando como instrumento norteador da sua intervenção clínica (OE, 2015b). Compete ao EE cumprir, divulgar e incentivar a aplicação dos normativos legais e profissionais que enquadram a prática de cuidados de saúde. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns (OE, 2019a), este profissional deve desenvolver práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, assumindo um papel ativo na promoção da excelência dos cuidados.

Neste sentido, o EE deve participar na conceção, implementação e operacionalização de projetos institucionais, contribuindo para a sua divulgação junto dos pares, de forma a assegurar que os resultados obtidos sejam efetivamente integrados na prática clínica. Esta intervenção favorece a translação do conhecimento para os cuidados prestados, promovendo a melhoria contínua da qualidade assistencial.

A prática baseada na evidência científica assume, neste contexto, particular relevância, tornando necessária a adoção de estratégias que promovam a atualização contínua dos profissionais. Destacam-se, neste âmbito, os planos de formação contínua, enquanto instrumentos fundamentais para o desenvolvimento de competências e para a uniformização das práticas. Paralelamente, as instituições onde os enfermeiros exercem funções devem garantir os meios adequados e as estruturas organizacionais necessárias ao exercício profissional com qualidade. As organizações de saúde têm, assim, a responsabilidade de criar condições que favoreçam o envolvimento e o compromisso dos profissionais, promovendo ambientes propícios à implementação e consolidação de projetos de qualidade. Mais do que a sua aprovação formal, torna-se essencial que estes projetos sejam integrados na dinâmica dos serviços, passando a fazer parte da rotina assistencial.

Considerando que a melhoria da qualidade pressupõe a avaliação sistemática das práticas, a sua eventual reformulação em função dos resultados obtidos e a implementação de programas de melhoria contínua (OE, 2019b), foram promovidos diversos momentos de reflexão e discussão com os enfermeiros orientadores dos diferentes contextos clínicos, assim como com outros elementos da equipa. Estes momentos tiveram como objetivo identificar oportunidades de melhoria e delinear estratégias passíveis de contribuir para a qualificação dos cuidados prestados.

Nos diferentes serviços onde desenvolvi os estágios, o domínio da qualidade operacionaliza-se por meio da constituição de grupos de trabalho organizados por áreas específicas de intervenção, designadamente: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Gestão do Risco, Prevenção de Úlceras por Pressão, Controlo da Dor, Elo de Ligação GCL -PPCIRA e SIE. É preconizado que a responsabilidade pelo plano de formação de cada serviço seja assegurada por um EE. A formação é, assim, ajustada às especificidades de cada contexto assistencial, sendo elaborados documentos orientadores, com normas e procedimentos próprios de cada área de atuação, concebidos para consulta rápida.

Neste seguimento, durante o estágio realizado na UDIC/Cardiologia, e após proposta do enfermeiro responsável pela área da Formação e Qualificação dos Profissionais, foi identificada a necessidade de proceder à revisão do documento referente ao procedimento de cardioversão elétrica existente no serviço (Apêndice I).

A participação neste processo constituiu uma oportunidade significativa no âmbito da melhoria contínua da qualidade, sustentada na análise crítica do documento vigente, na revisão da literatura científica atual e no enquadramento normativo nacional e institucional. Esta intervenção permitiu a atualização do documento com base na evidência mais recente e a sua adequação às práticas clínicas do contexto assistencial, contribuindo para a uniformização dos cuidados, o reforço da segurança do doente e a melhoria da qualidade da prática profissional.

Durante o percurso no SUMC, foi possível acompanhar a fase inicial de um projeto de melhoria da qualidade, centrado na elaboração de uma checklist pré-operatória a utilizar pelos enfermeiros, com o objetivo de uniformizar procedimentos, reforçar a segurança do doente e reduzir o risco de eventos adversos no período pré-operatório. A participação neste processo constituiu um estímulo à reflexão crítica sobre outras áreas sensíveis da prática assistencial,

conduzindo à conceção e desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade na área da vigilância transfusional (Apêndice II). Foi identificada uma problemática relacionada com a ausência de informatização do processo de registo de hemovigilância neste contexto assistencial. Esta lacuna revelou-se um fator potenciador de inconsistências no registo, com possíveis implicações na monitorização da segurança transfusional e na qualidade dos cuidados prestados.

A administração de hemoderivados constitui um procedimento clínico de risco acrescido, exigindo uma vigilância rigorosa e uma documentação precisa, conforme preconizado pela Norma da DGS n.º 011/2018 (DGS, 2018b) e pelas orientações do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2020). Contudo, a utilização de registos em suporte papel mantém-se uma prática, originando limitações significativas ao nível da legibilidade, rastreabilidade e acessibilidade da informação, o que pode comprometer a integridade e a qualidade dos dados clínicos, bem como a monitorização efetiva dos eventos transfusionais.

A problemática identificada foi objeto de análise e reflexão conjunta com o enfermeiro orientador, tendo sido reconhecida a pertinência da sua abordagem no âmbito da melhoria contínua da qualidade, com o objetivo de colmatar as fragilidades identificadas e promover práticas mais seguras, sistematizadas e alinhadas com os referenciais normativos em vigor. O projeto foi posteriormente apresentado ao orientador de estágio. Contudo, atendendo à limitação temporal inerente ao período de estágio, bem como à complexidade associada à sua elaboração e à necessidade de articulação com as entidades competentes e com a restante equipa do serviço, não foi possível proceder à sua implementação durante o período de estágio.

Ainda assim, este trabalho constituiu um contributo relevante para o serviço, na medida em que permitiu iniciar a reflexão e o planeamento deste processo, o qual terá continuidade futura sob a responsabilidade do enfermeiro orientador, assim que se reúnam as condições necessárias para a sua concretização.

No SMI foi elaborada uma instrução de trabalho relativa ao procedimento de cardioversão elétrica (Apêndice III). Esta necessidade emergiu da constatação de que se trata de um procedimento realizado com alguma frequência no serviço, apesar de não existirem, até então, orientações formais e claramente definidas que uniformizassem a sua execução.

A ausência de referenciais estruturados para a realização de procedimentos de elevada complexidade e risco acrescido pode comprometer a segurança do doente, potenciar a variabilidade da prática clínica e aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos. Neste sentido, a elaboração de uma instrução de trabalho sustentada na evidência científica assume particular relevância, ao promover a padronização das intervenções, a clarificação das responsabilidades profissionais e o reforço da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Esta iniciativa enquadra-se no domínio da melhoria contínua da qualidade, ao contribuir para a uniformização das práticas, para a redução do risco clínico e para o fortalecimento da governação clínica no serviço. A instrução de trabalho elaborada será posteriormente objeto de análise e aprovação pela enfermeira gestora, prevendo-se ainda a sua apresentação à equipa sob a forma de ação de formação, a ser dinamizada pelo enfermeiro orientador, com vista à sua adequada implementação e integração na prática.

A existência de normas e padrões claramente definidos, bem como de protocolos de atuação atualizados e fundamentados na evidência científica, constitui um pilar essencial para a prestação de cuidados de elevada qualidade. Ao longo do estágio realizado nos três diferentes contextos clínicos, procedi à aplicação e exploração dos normativos e protocolos em vigor, procurando clarificar dúvidas e refletir criticamente sobre a sua utilização em conjunto com os enfermeiros orientadores. Este processo permitiu o desenvolvimento progressivo das minhas competências clínicas, favorecendo a execução de intervenções adequadas e uma tomada de decisão mais célere, segura e eficiente, orientada para as necessidades da PSC. A utilização consistente destes referenciais contribuiu igualmente para a promoção da segurança do doente e para a prevenção de potenciais complicações. No âmbito dos protocolos institucionais existentes, tive oportunidade de aplicar na prática clínica o Protocolo Via Verde – Acidente Vascular Cerebral, Via Verde Coronária, o Protocolo de Triagem Secundária da Dor Torácica e o Protocolo da Febre, os quais se revelaram fundamentais na orientação da intervenção em situações de elevada complexidade e risco.

Para além da aplicação destes protocolos, participei de forma ativa na verificação sistemática das checklists diárias, nomeadamente na UDIC e na SE do SUMC, assegurando a reposição de material e terapêutica em falta. Realizei igualmente as verificações mensais relativas aos prazos de validade da terapêutica e do material, incluindo as checklists da terapêutica do frigorífico, dos cofres de estupefacientes, do carro de emergência, da mala de transporte e da mala intra-

hospitalar de reanimação.

Relativamente aos equipamentos, procedi à verificação diária e mensal de dispositivos essenciais à prestação de cuidados à PSC, nomeadamente desfibriladores, carro de emergência, seringas perfusoras, bombas perfusoras e ventiladores invasivos e não invasivos. Estas verificações incluíam a realização dos respetivos testes operacionais, com o objetivo de garantir a sua plena funcionalidade e disponibilidade imediata. A verificação regular destas checklists contribuiu para o desenvolvimento de uma organização mais estruturada, clara e objetiva, facilitando a rápida localização de material e de terapêutica necessários à intervenção clínica. Este processo revelou-se determinante para uma atuação eficaz, segura e atempada, promovendo a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Ao longo do estágio realizado no SMI e no SU, foi possível constatar que os desafios associados à prestação de cuidados assumem contornos distintos consoante o contexto assistencial. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) preconiza que o acesso aos cuidados de saúde ocorra em tempo clinicamente aceitável, contudo, a concretização deste princípio revela-se mais facilmente assegurada no SMI, em virtude da maior previsibilidade do serviço e da adequação entre o número de doentes e as camas disponíveis. Ainda assim, importa referir que, apesar das características organizacionais deste contexto, o rácio de enfermeiros recomendado para cuidados de nível III nem sempre se encontra assegurado, constituindo uma preocupação recorrente da equipa, atendendo à elevada complexidade dos cuidados prestados à PSC. Neste âmbito, a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b), estabelece orientações para a determinação das necessidades de profissionais, considerando fatores como a complexidade assistencial, o grau de dependência das pessoas e a carga de trabalho dos enfermeiros, com o objetivo de promover cuidados seguros e de qualidade.

Por sua vez, no SUMC a elevada e imprevisível afluência de doentes, particularmente em períodos sazonais como o inverno, dificulta frequentemente o cumprimento dos tempos de atendimento preconizados pelo GPT (2010), após a triagem de Manchester. Esta realidade, associada a limitações estruturais dos espaços físicos e à dificuldade no cumprimento das dotações de enfermagem recomendadas, pode comprometer, em determinados momentos, a qualidade e a dignidade dos cuidados prestados. Perante estes constrangimentos, destaca-se o papel do EE, cuja experiência clínica, capacidade de liderança, proatividade e tomada de decisão

assumem particular relevância na gestão das equipas e na procura de estratégias que permitam minimizar os impactos da sobrecarga assistencial.

Ainda no âmbito deste domínio, importa salientar o PNSD (2021), no qual é preconizada a implementação de práticas seguras no que respeita ao uso do medicamento. No SMI e no SUMC, a gestão do medicamento é realizada através do sistema Pixys de disponibilização do medicamento, o qual constitui uma estratégia promotora da segurança, ao contribuir para a minimização do erro. O acesso ao sistema é efetuado pelos profissionais mediante a introdução das suas credenciais pessoais, assegurando a rastreabilidade, a responsabilização individual e a segurança em todo o processo de gestão do medicamento. Contudo, no SUMC, a existência de apenas uma unidade do sistema Pixys condiciona a sua utilização plena. As salas mais distantes da referida máquina dispõem de um stock de terapêutica mais frequentemente utilizada, o que, apesar de responder às necessidades assistenciais imediatas, pode comprometer os princípios de segurança do circuito do medicamento, nomeadamente no que respeita à rastreabilidade, controlo e prevenção do erro.

Relativamente à UDIC, verifica-se a inexistência de sistemas automatizados de dispensa de medicação, como o Pixys. A gestão do medicamento é realizada através de um armário de medicação, no qual existe um cofre destinado ao armazenamento de estupefacientes. As restantes classes de medicamentos não dispõem de sistemas tecnológicos adicionais de segurança, sendo a sua gestão assegurada através de medidas organizacionais. O armário encontra-se localizado numa área de acesso restrito, onde apenas circulam profissionais de saúde, contribuindo para a segurança do processo.

No que respeita à medicação de alerta máximo, na qual se incluem fármacos como a adrenalina e o propofol, bem como aos medicamentos LASA ("*Lookalike*" e "*Sound-alike*"), caracterizados por semelhança ortográfica, fonética ou de aspeto, de acordo com o estabelecido na Norma n.º 14/2015 (DGS, 2015), encontram-se implementados cuidados específicos na UDIC. Estes cuidados refletem-se na organização, separação e identificação destes medicamentos no armário de medicação, com o objetivo de reduzir o risco de erro e promover a segurança do doente.

Relativamente à preparação e administração da terapêutica, foi uma preocupação efetiva da minha parte e dos profissionais de saúde no cumprimento de medidas promotoras da segurança do medicamento. Verificou-se o cuidado na manutenção de um ambiente limpo e organizado,

com o objetivo de prevenir a contaminação da terapêutica durante a sua preparação.

No momento da administração, constatou-se uma atenção consistente à confirmação dos “cinco certos” — medicamento, doente, dose, via e hora — bem como à identificação inequívoca do doente, recorrendo sempre à dupla confirmação (DGS, 2023a). Mesmo em contexto do SU, reconhecidamente caracterizado por um ambiente mais ruidoso, dinâmico e sujeito a interrupções constantes, foi possível verificar a manutenção destes cuidados, refletindo uma preocupação contínua com a segurança do doente e com a redução do risco de erro na administração da terapêutica.

A qualidade em saúde encontra-se intimamente relacionada com a segurança na prestação de cuidados à pessoa. Contudo, na área de atuação do EE, frequentemente marcada por ambientes complexos e de elevada exigência, subsiste um risco acrescido de ocorrência de incidentes, associado à necessidade de tomada de decisão rápida e à natureza crítica das intervenções (DGS, 2021). Neste contexto, a análise do risco e a prevenção da ocorrência de incidentes assumem particular relevância, integrando-se na gestão do risco clínico e não clínico. O risco clínico engloba situações como erros na administração de terapêutica, quedas, IACS, enquanto o risco não clínico se relaciona com falhas ao nível dos equipamentos e das infraestruturas. A gestão eficaz destes riscos implica a notificação sistemática dos incidentes, a sua análise e a consequente implementação de medidas preventivas e corretivas, promovendo a aprendizagem com o erro e a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados (DGS, 2026).

O EE assume, assim, a responsabilidade de garantir um ambiente seguro e terapêutico, bem como de fomentar uma cultura de segurança, incentivando a notificação de incidentes e a gestão do risco, conforme preconizado pela OE no conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a).

Durante a minha permanência no SMI, assisti à elaboração de uma notificação de risco associada à rutura de stock de papel para secagem das mãos. Esta situação foi identificada como um potencial risco para a higiene das mãos, podendo comprometer as práticas de controlo de infeção, motivo pelo qual foi devidamente notificada e encaminhada para resolução.

A gestão da qualidade nos serviços assume um papel essencial na promoção da segurança do doente e na criação de ambientes terapêuticos seguros, contribuindo para a melhoria contínua

dos cuidados prestados. Para tal, torna-se indispensável a adoção de modelos de gestão orientados para a melhoria contínua, capazes de incentivar os profissionais à reflexão crítica sobre as suas práticas e à integração consistente dos princípios da excelência.

A melhoria contínua pressupõe a utilização de indicadores que permitam monitorizar e comparar o desempenho das instituições ao longo do tempo. Estes constituem ferramentas fundamentais para a avaliação das estruturas, dos processos e dos resultados em saúde, possibilitando a definição de medidas objetivas (WHO, 2018). A identificação e análise de falhas nos cuidados dependem da utilização de indicadores de qualidade, cuja interpretação, discussão e divulgação pelos profissionais envolvidos se revelam essenciais para a implementação de ações corretivas oportunas e para a avaliação dos ganhos resultantes das melhorias introduzidas (Escoval & Rodrigues, 2025).

Nos contextos onde decorreram os estágios, os enfermeiros orientadores foram questionados relativamente aos indicadores de qualidade utilizados e aos resultados obtidos. Verificou-se que, em todos os serviços, se encontravam definidos indicadores específicos, nomeadamente relacionados com episódios de quedas, prevalência de pneumonia associada à intubação, ocorrência de úlceras por pressão e infeção do local cirúrgico. Contudo, constatou-se que os dados referentes a estes indicadores não se encontravam disponíveis para consulta no quotidiano dos serviços, o que poderá limitar o acompanhamento contínuo dos resultados por parte dos profissionais. Ainda assim, foi referido que é realizada, anualmente, uma reunião de serviço na qual estes dados são divulgados à equipa, bem como apresentadas as medidas implementadas e discutidas estratégias com vista à melhoria dos indicadores identificados.

Ainda neste domínio, importa refletir sobre a relevância dos registos de enfermagem no contexto da qualidade e segurança dos cuidados. A documentação dos cuidados encontra-se diretamente associada à qualidade assistencial, refletindo a eficácia e a eficiência da prática de enfermagem. Para além disso, permite uma avaliação rigorosa de aspetos qualitativos e quantitativos relacionados com os cuidados prestados, integrando igualmente dimensões organizacionais, operacionais e financeiras.

Na área da PSC, a documentação dos cuidados de enfermagem assume particular importância, uma vez que contribui para a continuidade, coerência e segurança da assistência. Os registos clínicos constituem uma ferramenta essencial de comunicação entre os profissionais de saúde,

facilitando a partilha de informação relevante, a monitorização dos processos de cuidado e a articulação das intervenções ao longo do percurso assistencial. O rigor e a transparência destes registos permitem evidenciar a prática clínica desenvolvida, apoiando os processos de auditoria e a promoção da melhoria contínua, assegurando simultaneamente a continuidade dos cuidados e a segurança da pessoa (Soares et al., 2020).

No decurso dos estágios foi possível compreender, de forma clara, a relevância dos registos clínicos, não apenas enquanto exigência legal e organizacional, mas sobretudo como um elemento integrante da prática reflexiva e da comunicação interprofissional. A documentação adequada dos cuidados revelou-se fundamental para sustentar a tomada de decisão clínica, garantir a continuidade dos cuidados e promover a segurança da pessoa.

No SU, caracterizado por um ritmo de trabalho acelerado e por frequentes transições de cuidados, os registos objetivos, completos e atualizados assumem particular importância, permitindo assegurar a continuidade do plano terapêutico e minimizar o risco de ocorrência de erros. No SMI, a relevância dos registos tornou-se ainda mais evidente, atendendo à elevada complexidade clínica das pessoas internadas. A monitorização rigorosa da evolução clínica, o registo dos parâmetros ventilatórios, bem como a documentação das respostas às intervenções terapêuticas, constituem elementos essenciais para sustentar decisões clínicas em tempo real e garantir uma atuação segura e fundamentada. Por sua vez, na UDIC, a necessidade de registos claros, sistematizados e precisos revelou-se determinante, particularmente no que respeita à descrição dos procedimentos realizados e aos cuidados pré, intra e pós-procedimento. Aspetos como a duração do procedimento, a ocorrência de intercorrências, bem como a identificação dos dispositivos e materiais utilizados, devem encontrar-se devidamente documentados, assegurando a rastreabilidade dos cuidados e a continuidade da vigilância clínica.

A vivência em três contextos assistenciais distintos possibilitou o desenvolvimento de competências neste domínio, nomeadamente no que se refere à implementação das normas e protocolos institucionais e à colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade, com vista à promoção de um ambiente seguro e terapêutico. A promoção de uma cultura de segurança esteve igualmente associada à reflexão partilhada sobre potenciais erros e situações de risco, assumindo-se como uma oportunidade de aprendizagem e de reforço das práticas seguras. Neste sentido, a discussão estruturada dos eventos e das fragilidades identificadas contribuiu para uma maior consciencialização dos profissionais relativamente à importância da

prevenção do risco e da melhoria contínua dos cuidados. Neste enquadramento, o processo formativo revelou-se um elemento fundamental para a análise crítica das práticas clínicas, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico, a partilha de conhecimentos e a consolidação de comportamentos promotores da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

4.1.3. Domínio da gestão de cuidados

De acordo com Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), no que respeita a este domínio, o EE gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A gestão de cuidados em saúde pode ser compreendida como o processo de planeamento, organização e disponibilização de tecnologias em saúde, tendo em consideração as necessidades individuais da pessoa ao longo das diferentes fases do ciclo de vida. De acordo com Mororó et al. (2017), o enfermeiro que exerce funções na área da gestão desempenha atividades orientadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, com o objetivo de criar condições favoráveis à prestação de cuidados, tanto para a pessoa em situação de doença como para os profissionais de saúde. O EE exerce um papel central no domínio da gestão, assumindo responsabilidade na organização e gestão dos cuidados. Neste contexto, compete-lhe otimizar a resposta da equipa de enfermagem e da restante equipa de saúde, assegurando a segurança e a qualidade das atividades delegadas. Cabe-lhe ainda adequar os recursos disponíveis às necessidades identificadas e adotar o estilo de liderança mais apropriado, de forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (OE, 2019a).

O desenvolvimento de competências na gestão dos cuidados ocorre através do aperfeiçoamento de dimensões essenciais, nomeadamente a liderança, a motivação e a comunicação. Neste contexto, a liderança assume particular relevância, uma vez que se configura como um processo interpessoal que envolve a capacidade de influenciar, motivar e orientar os profissionais para a concretização dos objetivos definidos. A liderança assume particular relevância no exercício do EE, atendendo à sua responsabilidade na coordenação da equipa e na organização do processo de cuidar. Neste sentido, constitui uma competência essencial, expressa na capacidade de

orientar a equipa, promover uma comunicação eficaz e favorecer processos de tomada de decisão partilhada, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. (Lee et al., 2023). Estudos evidenciam que a liderança em enfermagem se encontra estreitamente articulada com a gestão dos cuidados, sendo determinante na mediação entre as exigências organizacionais e as necessidades da equipa, bem como na promoção da colaboração profissional e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Silva et al., 2022). Desta forma, o exercício de uma liderança eficaz contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, para a organização do trabalho e para a promoção de ambientes de prática seguros.

Ao longo do estágio, foi possível constatar, em diversas situações, a importância das características pessoais e das competências clínicas diferenciadas do coordenador de equipa ou responsável de turno no funcionamento das equipas de enfermagem. Esta relevância tornou-se evidente no seu papel de orientação e apoio contínuo à equipa, na mediação com outros grupos profissionais, bem como na tomada de decisão e no reajuste da dinâmica da equipa face a situações imprevistas. Tal atuação demonstra o impacto do seu dinamismo na organização dos serviços e na promoção da qualidade dos cuidados prestados.

Apesar das especificidades inerentes aos diferentes contextos de atuação, o papel do enfermeiro coordenador ou responsável de turno revela-se transversal e fundamental em todos eles. O SU caracteriza-se por um elevado grau de imprevisibilidade, associado a uma afluência significativa e variável de doentes, exigindo uma gestão dinâmica e contínua dos recursos. Em contraste, o SMI apresenta uma organização assistencial mais estruturada e previsível, sustentada por rácios definidos e por cuidados altamente diferenciados. A UDIC, por sua vez, assume-se como um contexto de elevada complexidade clínica, marcado pela instabilidade potencial dos doentes e pela necessidade de vigilância contínua, o que implica uma gestão rigorosa dos cuidados, dos recursos humanos e dos meios técnicos disponíveis, de forma a garantir respostas eficazes e seguras. Independentemente destas diferenças contextuais, o enfermeiro coordenador/responsável destaca-se na otimização e gestão dos recursos humanos e materiais, na articulação da equipa de enfermagem e na promoção da segurança dos doentes, exercendo um papel determinante na qualidade dos cuidados e na eficiência dos serviços prestados.

No contexto do estágio realizado no SU, o enfermeiro orientador assumia a responsabilidade pela coordenação no domínio da SE. Na UDIC, desempenhava funções enquanto enfermeiro

gestor da unidade e, no SMI, exercia o papel de enfermeiro responsável de turno. Esta diversidade de contextos e funções permitiu-me adquirir uma visão ampla e integrada do domínio da gestão de cuidados, possibilitando o acompanhamento direto do exercício das competências do EE neste âmbito.

Esta experiência possibilitou a compreensão aprofundada das diferentes nuances e fatores envolvidos na organização do trabalho em contexto clínico, nomeadamente na elaboração dos planos de turno, na distribuição dos doentes e na avaliação criteriosa da carga de trabalho. Esta distribuição foi realizada de forma equitativa e adequada, tendo em consideração a complexidade clínica, o grau de instabilidade dos doentes e os recursos humanos disponíveis, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

A OE (2019b) defende que uma gestão eficaz dos cuidados de enfermagem exige um conhecimento aprofundado do contexto de trabalho, dos recursos humanos disponíveis e, sobretudo, do nível de competências de cada profissional. Este conhecimento é fundamental para garantir uma resposta adequada às necessidades de cuidados dos doentes, assegurando simultaneamente a qualidade e a segurança da prática clínica.

A título de exemplo, no SU, tanto os enfermeiros que desempenham funções na triagem como aqueles que asseguram o funcionamento da SE possuem formação específica e experiência comprovada nestas áreas. Estes profissionais demonstraram, ao longo do seu percurso, conhecimentos técnicos, científicos e competências clínicas que sustentam o desempenho destas funções diferenciadas. Por esse motivo, são reconhecidos pela equipa multidisciplinar e pelos gestores como profissionais habilitados para assumir responsabilidades em contextos de elevada complexidade e exigência assistencial.

A gestão do serviço contemplou igualmente a garantia de condições de segurança para os profissionais, os doentes e as famílias, com especial atenção aos períodos de visita, assegurando o cumprimento das normas institucionais e a manutenção de um ambiente seguro.

No âmbito da gestão de equipamentos, procedeu-se à verificação sistemática da sua operacionalidade, nomeadamente dos carros de emergência, carros de material e ventiladores. Esta verificação incluiu a confirmação da selagem, bem como a realização de testes funcionais aos monitores/desfibrilhadores e ventiladores, assegurando a sua prontidão para utilização

imediate em situações de emergência. Paralelamente, foi efetuada a monitorização da temperatura dos frigoríficos destinados ao armazenamento de terapêutica específica, garantindo o cumprimento das condições adequadas de conservação.

Relativamente à gestão dos recursos materiais, assegurou-se a sua disponibilidade em quantidade suficiente, através da identificação de ruturas de stock e da antecipação de consumos de acordo com a dinâmica e as exigências do serviço, recorrendo, sempre que necessário, a pedidos de reposição junto das estruturas competentes, nomeadamente farmácia, armazém central e aprovisionamento, bem como à articulação com outros serviços sempre que tal se revelou necessário. Com base nesta análise contínua, foram efetuados pedidos de reposição de forma adequada e atempada. Após a entrega, assumi a responsabilidade pela conferência e validação dos materiais recebidos, verificando a conformidade com os pedidos realizados e assegurando o correto acondicionamento e armazenamento, contribuindo para uma gestão eficiente, segura e sustentável dos recursos.

Estas atividades, para além de essenciais à organização do serviço, assumem um papel central na segurança dos cuidados, uma vez que a prontidão dos equipamentos e a disponibilidade de materiais em quantidade e em condições adequadas são determinantes para uma resposta eficaz e segura, particularmente em contextos de urgência e emergência, nos quais o tempo de resposta e a fiabilidade dos recursos podem ser decisivos.

O EE tem igualmente como função otimizar o processo de cuidados, nomeadamente ao nível da tomada de decisão e da supervisão das tarefas delegadas, com vista à garantia da segurança e da qualidade dos cuidados prestados. A delegação de tarefas encontra-se regulamentada no REPE, no artigo 10.º, o qual refere que os enfermeiros apenas podem delegar tarefas em pessoal funcionalmente dependente quando este detenha a preparação necessária para a sua execução, devendo ser sempre considerada a natureza das tarefas em articulação com o grau de dependência da pessoa em cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

Esta orientação legal traduz uma responsabilidade ética e profissional que, na prática, se revelou particularmente exigente. O processo de delegação implica julgamento clínico, conhecimento das competências da equipa e a capacidade de equilibrar eficiência organizacional com a segurança dos cuidados. Conforme refere Swearingen (2009), a delegação eficaz pressupõe uma comunicação clara, definição objetiva de responsabilidades e acompanhamento contínuo,

tratando-se de um processo dinâmico e não de um ato isolado.

Num determinado momento da atividade assistencial na SE, verificou-se a permanência simultânea de três doentes com diferentes níveis de gravidade clínica, o que exigiu uma reorganização imediata dos cuidados. Perante este cenário, o enfermeiro responsável pela sala, com funções de EE, procedeu à avaliação global da situação, considerando a complexidade clínica dos doentes, a prioridade assistencial e as competências dos elementos da equipa presentes. Face à necessidade de garantir uma resposta eficaz e segura, tornou-se necessário delegar os cuidados de um dos doentes a um enfermeiro que, embora integrasse a equipa, não estivesse habitualmente afeto à SE. Para tal, o enfermeiro responsável da SE selecionou o doente clinicamente mais estável, com necessidades de cuidados de menor complexidade, adequando a natureza das tarefas ao nível de experiência e competência do colega, em conformidade com o disposto no REPE (OE, 2015a). A delegação foi acompanhada de comunicação clara quanto às intervenções já realizadas e a realizar, aos parâmetros a vigiar e aos critérios de alerta, assegurando que o colega compreendia plenamente as responsabilidades assumidas. Paralelamente, o enfermeiro responsável manteve supervisão contínua sobre o doente e sobre a execução dos cuidados, permanecendo disponível para esclarecer dúvidas e intervir sempre que necessário. Esta atuação refletiu um exercício responsável da delegação, fundamentado no julgamento clínico, na liderança e na tomada de decisão, promovendo simultaneamente a segurança dos cuidados, a confiança da equipa e o desenvolvimento profissional do colega. Este exemplo evidencia o papel central do EE na gestão de cuidados em contextos de elevada complexidade, onde a articulação entre organização do trabalho, supervisão e apoio à equipa é determinante para garantir cuidados de qualidade.

Esta experiência levou-me a refletir sobre a relevância do acompanhamento pós-delegação, sobretudo em contextos marcados pela pressão temporal e pela sobrecarga de trabalho. Foi igualmente visível que a supervisão e validação da execução das tarefas delegadas contribuem não só para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados, mas também para a promoção do desenvolvimento profissional dos elementos da equipa.

Ao longo deste percurso, reconheço a minha evolução na forma de observar, interagir e intervir em diferentes contextos. Foi possível desenvolver competências na gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, bem como na priorização dos cuidados. A observação da forma como os enfermeiros otimizavam o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de

cuidados, supervisionavam as tarefas delegadas, assegurando a segurança e a qualidade, e adaptavam o estilo de liderança às pessoas e às condições de trabalho, contribuiu significativamente para a reflexão e desenvolvimento desta competência. A complexidade associada à gestão de equipas evidenciou, assim, a importância da liderança, da comunicação eficaz e da tomada de decisão para uma prática segura e de qualidade.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada na evidência científica. Este princípio orientador reforça a importância de uma prática profissional sustentada no conhecimento científico atualizado, na reflexão crítica e na capacidade de análise do próprio desempenho.

Complementarmente, o Estatuto da OE (OE, 2024), no plano da deontologia profissional, estabelece como dever profissional assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Estes normativos evidenciam que o desenvolvimento profissional contínuo constitui não apenas uma necessidade individual, mas um compromisso ético e deontológico para com a profissão. A formação em enfermagem, particularmente no âmbito da especialização, deve assentar em conhecimento válido, atual e cientificamente fundamentado, permitindo ao EE assumir um papel ativo enquanto facilitador dos processos de aprendizagem em contexto clínico e como agente dinamizador da investigação (OE, 2019a). Neste sentido, o processo de aprendizagem deve apoiar-se sistematicamente na evidência científica, possibilitando a transferência do conhecimento para a prática, condição essencial nas ciências da saúde e, de forma muito particular, na Enfermagem.

No contexto da PSC, esta exigência torna-se ainda mais evidente, atendendo à elevada complexidade dos cuidados prestados e às dinâmicas inerentes ao processo terapêutico do doente crítico. Segundo Deutschman e Neligan (2019), esta complexidade exige do enfermeiro uma avaliação contínua das evidências científicas disponíveis, bem como uma análise criteriosa

da sua aplicabilidade nos diferentes contextos assistenciais.

Os profissionais de enfermagem são autônomos na gestão do seu percurso formativo, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida (Rodrigues et al., 2012). Contudo, o desenvolvimento técnico-profissional decorrente da aquisição de novas aprendizagens constitui, sobretudo, um dever para com a profissão, conforme consagrado no Estatuto da OE (OE, 2024), ao preconizar a necessidade de manter a atualização contínua dos conhecimentos, aliada à formação permanente e ao aprofundamento nas ciências humanas.

Neste enquadramento, Peixoto e Peixoto (2016) definem a prática baseada na evidência como um processo no qual os enfermeiros utilizam a melhor evidência científica disponível como suporte às decisões clínicas. De igual modo, referem que as práticas sustentadas na evidência se assumem como mais seguras, adequadas, organizadas e coerentes, promovendo o afastamento de práticas baseadas exclusivamente na tradição ou na reprodução acrítica de comportamentos. Tal pressuposto reforça a importância da pesquisa contínua e da mobilização do conhecimento científico na prática clínica.

O desenvolvimento de competências implica proatividade, investimento e dedicação por parte do enfermeiro, exigindo uma postura crítica e reflexiva capaz de estabelecer articulações consistentes entre a teoria e a prática. A competência não se configura como um processo estático, mas antes como um percurso evolutivo e adaptativo, no qual os saberes são continuamente mobilizados face às exigências do quotidiano profissional.

Durante o percurso de estágio, foi possível identificar necessidades formativas em áreas específicas do conhecimento, nomeadamente no manuseamento de equipamentos e na execução de procedimentos protocolados. Desde o início, nos diferentes contextos clínicos, procurei colmatar estas lacunas através da consulta dos protocolos institucionais e da pesquisa orientada na literatura científica. Paralelamente, a interação com enfermeiros especialistas, pares e outros elementos da equipa multidisciplinar constituiu um importante contributo para a aprendizagem, permitindo a partilha de saberes, a discussão de situações clínicas e a consolidação de conhecimentos em contexto real de cuidados. Neste processo, a orientação clínica assumiu um papel determinante, proporcionando momentos de reflexão, esclarecimento de dúvidas, feedback construtivo e fortalecimento da confiança pessoal e profissional.

Neste enquadramento, o desafio para os enfermeiros consiste em identificar as necessidades emergentes dos cuidados, procurar respostas fundamentadas na literatura científica e analisá-las criticamente, de forma a mobilizá-las para a prática clínica (Danski et al., 2017).

Relativamente às competências comunicacionais, a assertividade assume particular relevância. A experiência em contexto de SU, particularmente no posto de triagem, permitiu compreender de forma concreta a importância desta competência. O elevado afluxo de doentes e os tempos de espera prolongados constituem fatores frequentemente geradores de ansiedade, insatisfação e conflito por parte dos doentes e seus acompanhantes. Perante estas situações, o enfermeiro é frequentemente chamado a assumir o papel de mediador, sendo essencial recorrer à comunicação assertiva para explicar critérios de prioridade, gerir expectativas e promover um ambiente de respeito mútuo. A utilização desta competência revelou-se fundamental para a resolução de conflitos, garantindo simultaneamente a clareza da informação transmitida, a segurança dos cuidados e a manutenção da relação terapêutica. Estas vivências representaram momentos significativos de aprendizagem, passíveis de serem integrados e transpostos para a prática profissional futura.

Os contextos de estágio no SU e no SMI revelaram-se ambientes exigentes, dinâmicos e emocionalmente intensos, marcados pela elevada complexidade clínica e pela pressão constante inerente à prestação de cuidados. Nestes cenários, foi possível desenvolver competências de gestão emocional, fundamentais para uma atuação segura, focada e assertiva em situações críticas. O contacto frequente com doentes em situação de gravidade, familiares em sofrimento e o trabalho em equipas multidisciplinares sob pressão evidenciaram a importância da empatia, da escuta ativa e da adaptação da comunicação ao contexto. Simultaneamente, estas experiências reforçaram a necessidade de competências de autorregulação emocional, essenciais para preservar o bem-estar profissional e assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Deste modo, compreende-se que o domínio exclusivo das competências técnicas não garante, por si só, o desempenho profissional do EE. Num contexto de crescente desenvolvimento tecnológico, as competências não técnicas — nomeadamente a comunicação, a gestão emocional, a assertividade e a capacidade reflexiva — assumem-se como elementos diferenciadores na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

A necessidade de adaptação a diferentes contextos clínicos, com políticas e dinâmicas organizacionais próprias, contribuiu para o desenvolvimento da resiliência profissional. A reflexão sistemática sobre a prática clínica e as situações vivenciadas constituiu a base do crescimento profissional, traduzindo-se num aumento progressivo da confiança e da autonomia no desempenho das funções. Este processo reflexivo resultou da articulação entre os saberes adquiridos na componente teórica do mestrado, a pesquisa de evidência científica, as experiências vivenciadas em contexto clínico e a experiência profissional prévia. Assim, foi possível fundamentar os cuidados de enfermagem especializados prestados com base na evidência científica mais atual, desenvolvendo competências que permitiram sustentar a práxis clínica especializada, em consonância com o preconizado para o EE.

As atividades desenvolvidas neste domínio possibilitaram o reforço do autoconhecimento, a identificação de limites profissionais e pessoais, o desenvolvimento da comunicação assertiva, a utilização de estratégias de resolução de conflitos, o fortalecimento da aprendizagem colaborativa e a consolidação de competências essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e de qualidade.

4.2. Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Tendo em conta a amplitude da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica e a necessidade de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, num contexto de crescente fragmentação e especialização do conhecimento, a OE identificou quatro áreas de enfermagem: enfermagem à pessoa em situação crítica, enfermagem à pessoa em situação paliativa, enfermagem à pessoa em situação perioperatória e enfermagem à pessoa em situação crónica (OE, 2018d).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, as competências específicas resultam do domínio de intervenções próprias de cada especialidade, ancoradas nas respostas humanas aos processos de vida e às situações de doença, e tornam-se visíveis na capacidade de prestar cuidados altamente ajustados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019a).

O Regulamento n.º 429/2018, (OE, 2018d) estabelece que o EEEMC possui competências orientadas para: cuidar da pessoa e da família em processos médico-cirúrgicos complexos; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos associados a esses processos; e reforçar a prevenção, a intervenção e o controlo da infeção, incluindo a resistência aos antimicrobianos.

No domínio da assistência, o regulamento supracitado, caracteriza os cuidados à PSC como intervenções contínuas e altamente diferenciadas, dirigidas a pessoas com uma ou mais funções vitais em risco imediato, visando a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção de complicações e a minimização de incapacidades, com vista à recuperação. Neste enquadramento, o mesmo regulamento define a PSC como a pessoa cuja vida está ameaçada por falência, ou iminência de falência, de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018d).

Relativamente à área específica de intervenção na PSC, o enfermeiro deve reunir todas as capacidades e habilidades do EE, acrescidas das seguintes competências específicas: a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE,2018d).

Nos subcapítulos seguintes apresenta-se uma análise crítico-reflexiva das atividades relevantes desenvolvidas ao longo dos três períodos de estágio, destacando o seu contributo para a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do EEEMCPSC.

4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A complexidade das situações de saúde, bem como as respostas necessárias à pessoa em situação de doença e/ou falência orgânica e à sua família, obriga o EE a mobilizar conhecimentos e competências diversificadas para prestar cuidados técnicos de elevada complexidade, assegurando intervenções em tempo útil e de forma holística (OE, 2018d).

O EEEMCPSC, atua em contextos de elevada complexidade e instabilidade clínica, frequentemente associados a episódios agudos, súbitos e imprevisíveis, que exigem respostas rápidas, seguras e tecnicamente sustentadas. Neste cenário, assume particular relevância a capacidade de vigilância e antecipação, procurando identificar precocemente sinais de deterioração clínica e implementar intervenções que minimizem o risco e previnam complicações que possam comprometer a segurança e o prognóstico da pessoa.

Nos diferentes contextos de estágio, a abordagem à PSC foi sistematicamente conduzida pela metodologia ABCDE — A (*Airway*): avaliação e permeabilização da via aérea com controlo cervical; B (*Breathing*): avaliação da ventilação e oxigenação; C (*Circulation*): avaliação da circulação, controlo de hemorragia e garantia de acesso venoso; D (*Disability*): avaliação neurológica; e E (*Exposure*): exposição e controlo do ambiente/temperatura, ou X-ABCDE, se trauma, sendo o X (*Exsanguination*): Controlo de hemorragias externas graves e massivas. Esta estruturação revelou-se particularmente pertinente em contexto de urgência/emergência, ao apoiar uma organização rápida do raciocínio clínico, permitindo reconhecer precocemente sinais de deterioração fisiológica, definir prioridades e implementar intervenções específicas orientadas para a estabilização, facilitando a atuação imediata e segura (INEM, 2020).

No SU, o STM constitui um elemento determinante para o reconhecimento precoce da PSC. Através de um sistema estruturado de priorização, torna-se possível identificar rapidamente situações de maior gravidade e encaminhar a pessoa, de acordo com critérios previamente definidos, para o local mais adequado, garantindo observação e intervenção com a logística e a equipa apropriadas, em tempo útil (Ministério da Saúde, 2014). No posto de triagem, tive oportunidade de aprofundar e consolidar a capacidade de observação clínica, tomada de decisão e pensamento crítico, apesar de já possuir experiência prévia em triagem. Este estágio constituiu um momento significativo de aprendizagem, ao permitir reinterpretar essa prática sob a perspetiva do EE na área da PSC. Este olhar diferenciado favoreceu uma avaliação mais abrangente da pessoa e da família/cuidador, integrando não apenas os parâmetros fisiológicos, mas também as necessidades emocionais e contextuais associadas a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. A abordagem à pessoa foi realizada de acordo com as disposições normativas relativas aos sistemas de triagem dos serviços de urgência e referenciação interna imediata, preconizadas pela DGS (DGS, 2019b).

Após a identificação da PSC, torna-se essencial assegurar a adequada priorização, o

encaminhamento célere e o acesso atempado a cuidados diferenciados, bem como uma resposta imediata e antecipatória aos focos de instabilidade identificados, através da implementação de cuidados técnicos de elevada complexidade, sustentados por conhecimentos aprofundados e competências especializadas. Neste contexto, assume particular relevância o domínio de competências em SAV e abordagem ao trauma, uma vez que, especialmente em SE, estas intervenções são frequentemente exigidas para garantir a estabilização clínica e a segurança da pessoa.

À luz da legislação e das normas em vigor, os enfermeiros que exercem funções em SU, SMI e UDIC devem ser detentores de formação em SAV, garantindo uma resposta qualificada, atempada e baseada na evidência científica perante situações de emergência e criticidade, conforme preconizado pelo Despacho n.º 10319/2014 (Ministério da Saúde, 2014).

No decorrer do estágio, permaneci maioritariamente na SE, com o objetivo de manter contacto direto com a PSC, permitindo o aperfeiçoamento dos cuidados específicos emergentes prestados. Aquando da avaliação primária, era realizada a monitorização standard, incluindo traçado eletrocardiográfico em derivação II, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura corporal, avaliação da dor, glicemia capilar, saturação periférica de oxigénio e tensão arterial. A pessoa era posicionada em decúbito dorsal, antecipando a necessidade de realização de procedimentos invasivos, de forma a facilitar intervenções rápidas e seguras.

A admissão da PSC no SMI constitui um processo que exige elevada coordenação e articulação da equipa multidisciplinar. Previamente à sua chegada, torna-se fundamental recolher informação relevante sobre o motivo de admissão e o estado clínico, permitindo a preparação atempada da unidade e a organização dos recursos necessários, de acordo com as necessidades específicas da pessoa, promovendo uma transição segura e eficaz dos cuidados. De forma geral, procede-se à ligação de todos os dispositivos de monitorização hemodinâmica ao monitor multiparâmetros, bem como à preparação e testagem prévia do ventilador, mantendo-o em modo de espera até à chegada do doente. Era igualmente assegurada a preparação prévia dos sistemas de perfusão, de acordo com as normas do serviço, antecipando potenciais necessidades terapêuticas e garantindo a prontidão para intervenção imediata. Esta organização permitia uma resposta célere às exigências clínicas da PSC. As restantes necessidades específicas eram asseguradas de forma progressiva, em função da avaliação clínica e da evolução do seu estado.

Relativamente à admissão dos doentes na UDIC, esta era condicionada pela especificidade do serviço e pela natureza predominantemente cardiológica das situações clínicas. A preparação das salas onde decorriam os procedimentos assumia particular importância, implicando a organização prévia do espaço, dos equipamentos e do material necessário, de forma a garantir condições de segurança e prontidão assistencial. Paralelamente, eram sempre consideradas potenciais situações de emergência durante os procedimentos, assegurando-se a disponibilidade imediata de recursos técnicos e humanos. Esta abordagem permitia antecipar complicações, promover uma resposta rápida e integrada da equipa multidisciplinar e garantir cuidados diferenciados centrados na PSC.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram executados de cuidados técnicos de alta complexidade em articulação com o enfermeiro orientador, que contribuíram de forma significativa para a aquisição e consolidação de competências e habilidades especializadas, permitindo uma prática progressivamente mais autónoma, segura e fundamentada na abordagem à PSC. Destacam-se intervenções associadas ao SAV, à monitorização hemodinâmica invasiva, que constituiu uma prática transversal a todas as pessoas internadas no SMI e a algumas no SU em contexto de SE. No âmbito desta monitorização, destacou-se a pressão arterial invasiva, obtida através de cateter arterial, sendo fundamental que o enfermeiro compreenda a sua utilidade clínica, interpretação dos valores e orientações para a correta manutenção do dispositivo, de forma a garantir a fiabilidade dos dados e prevenir complicações associadas.

De acordo com Vincent et al. (2011), os sistemas de monitorização são úteis em dois tipos de contextos: perante a identificação de um problema (patologia) e de forma preventiva. Perante a existência de um problema, a monitorização auxilia a identificação dos processos fisiopatológicos subjacentes e a escolha do tratamento adequado. Por sua vez, quando utilizada de forma preventiva, a monitorização permite, antecipadamente, detetar alterações e atuar, antes de surgir um problema significativo. A leitura e interpretação dos parâmetros e curvas de monitorização permite que o enfermeiro possa identificar, prontamente, focos de instabilidade e intervir em conformidade.

O cateter venoso central integrou igualmente os dispositivos de monitorização hemodinâmica invasiva, permitindo não só a administração de terapêutica vasoativa, como também a avaliação do estado volémico. Tive ainda oportunidade de observar um doente com sistema *Pulse Contour*

Cardiac Output (PiCCO), utilizado na avaliação avançada da função cardíaca e do estado hemodinâmico.

Durante o estágio, cooperei em procedimentos invasivos, nomeadamente na colocação, manutenção e remoção de CVC e cateter arterial, bem como na execução de intervenções associadas ao sistema de acesso vascular, reforçando a importância da técnica asséptica, da vigilância contínua e da prevenção de IACS. Paralelamente, foi possível prestar cuidados a pessoas submetidas a terapêutica de substituição renal, sobretudo em contextos de lesão renal aguda e sobrecarga hídrica grave refratária à terapêutica diurética, evidenciando o papel central do enfermeiro na vigilância rigorosa, gestão do balanço hídrico e prevenção de complicações.

Entre os cuidados complexos observados, aprendidos e executados, destacam-se os relacionados com a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), com particular enfoque na manutenção do tubo orotraqueal, na prevenção da PAI, bem como na implementação de estratégias ventilatórias não invasivas, incluindo Ventilação Não Invasiva (VNI) e Oxigenoterapia de Alto Fluxo. Adicionalmente, foi possível participar na aplicação da posição prona (*prone position*) como medida adjuvante em pessoas sob VMI com síndrome do desconforto respiratório agudo, evidenciando a relevância da intervenção especializada de enfermagem na melhoria da oxigenação e prognóstico clínico. A monitorização clínica incluiu, para além dos parâmetros vitais habituais, um conjunto de instrumentos padronizados que permitiram uma vigilância estruturada do nível de consciência, da sedo-analgesia, da presença de delirium e do bloqueio neuromuscular, aspetos centrais na abordagem da PSC.

O nível de consciência foi avaliado através da monitorização do *Bispectral Index* (BIS), particularmente útil em doentes sob sedação profunda e VMI. Esta monitorização foi efetuada por meio de um sensor externo, permitindo a captação do sinal eletroencefalográfico e o seu processamento num valor numérico entre 0 e 100, representativo da profundidade da sedação. Valores entre 40 e 60 foram considerados alvo terapêutico, correspondendo a sedação profunda adequada, possibilitando a titulação individualizada dos agentes sedativos e a prevenção de situações de sedação superiores ao alvo terapêutico ou sedação insuficiente.

O grau de sedoanalgesia foi avaliado regularmente através da *Richmond Agitation–Sedation Scale* (RASS), possibilitando manter o doente dentro do alvo de sedação previamente definido. Esta vigilância é fundamental para assegurar conforto, facilitar a adaptação à VMI, reduzir

complicações associadas à sedação prolongada e promover estratégias como o despertar diário sempre que clinicamente indicado. É importante referir que a RASS contribui também para o diagnóstico de uma disfunção cerebral aguda com repercussões funcionais e risco de mortalidade, o delirium. A presença de delirium em contexto da PSC desencadeia, potencialmente, aumento do tempo de internamento, da mortalidade hospitalar e pós-alta, declínio cognitivo e funcional (Fuchita et al., 2025). A monitorização desta síndrome, através de escalas adequadas e validadas, é essencial para a deteção precoce, prevenção e tratamento. A escala aplicada neste SMI é a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU). A utilização integrada destas ferramentas, permite uma gestão mais segura e individualizada da sedoanalgesia, melhor controlo da dor e identificação precoce de alterações cognitivas, contribuindo para melhores resultados clínicos.

Sempre que instituído bloqueio neuromuscular, procedeu-se igualmente à monitorização através do *Train-of-Four* (TOF), permitindo avaliar de forma objetiva a profundidade do bloqueio e ajustar a terapêutica de acordo com a resposta neuromuscular. Esta ferramenta revelou-se essencial para evitar tanto o bloqueio excessivo como a recuperação inadequada, contribuindo para uma abordagem mais segura e individualizada do doente crítico.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível participar na aplicação de múltiplos protocolos terapêuticos e procedimentos institucionais, enquanto instrumentos de padronização dos cuidados. Destacaram-se os protocolos de sedoanalgesia, nomeadamente em contexto de cardioversão elétrica, a perfusão contínua de insulina, a administração de alteplase em situação de fibrinólise, o desmame ventilatório, bem como a colocação, manutenção e remoção de dispositivos médicos. Evidenciou-se ainda a gestão de terapêutica vasoativa, em que, de acordo com os objetivos estabelecidos para a Pressão Arterial Média, coube ao enfermeiro ajustar os débitos de perfusão, com validação regular e registo no sistema B- Simple®, devidamente fundamentados.

Executei de forma recorrente, em ambos os contextos de estágio, a preparação e administração de Medicamentos de Alta Vigilância e estupefacientes, sempre de acordo com as recomendações e protocolos instituídos. Estas intervenções foram realizadas com especial enfoque na segurança da pessoa, mantendo uma vigilância contínua e uma atitude preventiva face a potenciais efeitos adversos ou complicações associadas.

Relativamente ao suporte nutricional, verificou-se que a PSC internada em SMI apresenta frequentemente compromisso do estado nutricional, resultante da resposta metabólica ao stress, designada resposta de fase aguda. Este processo desencadeia um aumento do catabolismo e da mobilização proteica, com o objetivo de fornecer energia e promover a reparação tecidual. A associação desta resposta inflamatória à imobilidade prolongada e às limitações na ingestão alimentar contribui para o agravamento do balanço proteico negativo, aumentando o risco de défice nutricional. Neste contexto, emerge a importância da terapia nutricional, que visa não só minimizar as alterações metabólicas induzidas pelo stress, mas também reduzir a lesão celular oxidativa e favorecer uma resposta metabólica mais equilibrada do doente (McClave et al., 2016). A sua implementação e monitorização precoces assumem particular relevância na PSC, uma vez que o estado de hipermetabolismo e catabolismo proteico associado à doença crítica potencia a deterioração nutricional e pode comprometer a evolução clínica (Cartolano et al., 2009). Ao longo do estágio, foi possível constatar que este aspeto é valorizado pela equipa multidisciplinar, na qual o EE assume um papel dinamizador. Verificou-se frequentemente a necessidade de reajustar o plano nutricional, cumprindo rigorosamente as normas instituídas no SMI, antecipando potenciais complicações e implementando medidas preventivas adequadas.

Em determinadas situações, tornou-se necessária a transferência da PSC para outras unidades hospitalares, nomeadamente para realização de trombectomia, procedimento que não foi possível acompanhar diretamente. Contudo, participei ativamente na preparação da pessoa, bem como na organização dos equipamentos e materiais necessários para garantir um transporte seguro. Relativamente às transferências intra-hospitalares, para o serviço de imagiologia (para realização de exames complementares de diagnóstico) e SMI, acompanhei várias vezes estes momentos, assegurando vigilância contínua e atenção permanente a sinais de instabilidade clínica.

Uma das situações frequente na PSC e que pode provocar instabilidade na condição clínica, é a dor. A dor é reconhecida como o 5.º sinal vital e é um fenómeno complexo e global (DGS, 2003). A vigilância e monitorização da dor é uma competência essencial do enfermeiro, implicando a implementação de avaliações regulares e a administração adequada de analgesia com vista ao seu controlo eficaz. Para este efeito, encontram-se disponíveis diversas escalas de avaliação da dor. A correta identificação e avaliação da dor constituem etapas fundamentais para a sua gestão eficaz (Deldar et al., 2018). Considerando o carácter subjetivo desta experiência, a

estratégia mais fiável para a sua mensuração continua a ser o autorrelato do próprio doente, sempre que possível (Rahu et al., 2015). Importa salientar que, em determinados contextos, a PSC pode apresentar limitações na autoavaliação e/ou verbalização da sua experiência dolorosa. A *Behavioral Pain Scale* é uma das escalas mais frequentemente utilizadas em contexto de SMI para a avaliação da dor em doentes sedados, conforme descrito por Teixeira e Durão (2016). Esta ferramenta baseia-se na observação de indicadores comportamentais e fisiológicos, nomeadamente alterações da expressão facial, movimentos corporais, inquietação, assincronia com o ventilador, vocalizações e variações do diâmetro pupilar, permitindo uma estimativa objetiva da presença e intensidade da dor em pessoas incapazes de comunicar verbalmente.

Embora a avaliação da dor constitua uma intervenção autónoma do enfermeiro, o seu controlo assume frequentemente um carácter interdependente, uma vez que envolve, na maioria das situações, intervenções terapêuticas prescritas pelo médico. Neste contexto, a existência de protocolos revela-se fundamental, permitindo articular a tomada de decisão clínica do enfermeiro com medidas previamente estabelecidas, de forma individualizada e ajustada à situação específica de cada pessoa (OE, 2008). Foi possível constatar que, tanto no SU como no SMI, não existiam protocolos específicos orientados para a gestão da dor, sendo a prescrição realizada de forma pontual e individualizada. No momento da triagem, a dor é sistematicamente avaliada e valorizada, contudo, ao longo da permanência no SUMC, tende a ser progressivamente desvalorizada, realidade que poderá ser justificada pela elevada rotatividade de doentes. Por sua vez, no contexto da SMI, a ausência de protocolos estruturados poderá comprometer uma abordagem consistente e eficaz no controlo da dor, reforçando a necessidade de estratégias organizadas e padronizadas nesta área.

Apesar do exposto, a intervenção do EE vai além das medidas exclusivamente farmacológicas, integrando estratégias não farmacológicas na gestão da dor. A estimulação cutânea, nomeadamente através da massagem, contribui para a promoção do bem-estar e alívio da dor, sendo o toque uma necessidade básica do ser humano e um elemento fundamental na prestação de cuidados. Paralelamente, o posicionamento adequado, respeitando os princípios anatómicos e assegurando a proteção das proeminências ósseas, favorece o conforto e previne complicações associadas à imobilidade. Sempre que clinicamente indicado, recorreu-se igualmente à crioterapia como estratégia complementar no alívio da dor. Deste modo, a humanização dos cuidados afirmou-se como um elemento indissociável da utilização dos

protocolos e tecnologias disponíveis, sustentando uma prática centrada na pessoa e alicerçada no respeito pela dignidade humana.

É amplamente reconhecido que em contextos de cuidados à PSC estão frequentemente associados a elevados níveis de stress, ansiedade e sentimentos de impotência ou frustração, nas pessoas doentes, nos seus familiares e entre os enfermeiros. Para Kiptulon et al. (2024), níveis elevados de stress entre os enfermeiros tem potenciais repercussões na saúde mental e no desempenho. No SMI, determinadas barreiras, como a VMI, podem comprometer significativamente a comunicação, originando na PSC stress, sentimentos de medo, angústia, raiva e, por vezes, solidão, decorrentes da incapacidade de expressar necessidades ou emoções. Acresce ainda o impacto do ambiente altamente tecnológico, caracterizado por ruído constante, luzes e equipamentos, que pode intensificar a sensação de desorientação. Paralelamente, o recurso a linguagem excessivamente técnica por parte dos profissionais pode dificultar a compreensão da informação, sobretudo junto da família, contribuindo para insegurança e sofrimento emocional. A comunicação interpessoal em contextos de elevada complexidade, bem como o domínio de técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação com pessoas que apresentam barreiras comunicacionais, integram o conjunto de competências do EE.

Segundo a CIPE®, a comunicação é entendida como um “comportamento interativo”, que envolve o dar e receber de informação através de comportamentos verbais e não verbais, podendo ocorrer presencialmente ou por meio de tecnologias, de forma síncrona ou assíncrona (OE, 2018b). Para Sequeira (2014, p.1), “a comunicação é importante em qualquer contexto de saúde”, pois permite o desenvolvimento de uma relação entre o profissional de saúde e o doente.

A equipa do SMI implementou estratégias estruturadas de facilitação da comunicação, reconhecendo o impacto das barreiras comunicacionais associadas à situação crítica. Foram utilizados quadros de comunicação com imagens e pictogramas, direcionados para objetos essenciais e necessidades frequentes (dor, sede, posicionamento e conforto), enquanto recurso de comunicação aumentativa e alternativa. Esta abordagem permitiu colmatar limitações expressivas, promovendo a participação ativa da pessoa no processo de cuidados e favorecendo a tomada de decisão partilhada.

A par destas estratégias, a comunicação foi continuamente adaptada à complexidade do estado

de saúde, recorrendo a mensagens curtas, linguagem simples, validação frequente da compreensão, contacto visual, leitura da comunicação não verbal e adequação do ritmo à condição clínica, particularmente em situações de falência orgânica iminente. Simultaneamente, promoveu-se a envolvimento da família/cuidador como mediadores do processo comunicacional e suporte emocional, sempre que apropriado, respeitando os princípios de autonomia e confidencialidade.

Estas intervenções evidenciam conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação terapêutica, em consonância com as recomendações da WHO (2016), que salienta a comunicação centrada na pessoa como determinante da segurança e da qualidade assistencial. A postura empática, a escuta ativa e a validação emocional foram integradas de forma sistemática, promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, essencial em contextos de elevada vulnerabilidade.

Perante a instalação súbita da doença crítica, a família é frequentemente confrontada com um processo abrupto, sem tempo suficiente para adaptação, potenciando sentimentos de incerteza, ansiedade e vulnerabilidade emocional. Neste contexto, o acolhimento da PSC deve estender-se de forma sistemática à família/cuidador, reconhecendo-os como parceiros no processo terapêutico. Compete ao EE assegurar uma comunicação clara, progressiva e individualizada, adequando a informação ao momento clínico, à idade e às características cognitivas, sociais e culturais da pessoa e da sua família. Esta preocupação esteve presente em todos os contextos formativos. Na UDIC, as informações aos familiares eram prestadas em ambiente calmo e privado, garantindo tempo adequado para esclarecimento de dúvidas. No SU, reconhecendo que a família não pode acompanhar a pessoa nos momentos iniciais após a entrada na SE, a equipa procurava, após estabilização clínica, informar os familiares sobre a situação e plano de cuidados, com o objetivo de reduzir a ansiedade associada ao momento, possibilitando, sempre que oportuno, o contacto presencial. Destaca-se ainda a existência de uma sala própria para comunicação de más notícias, cuja utilização é fundamental para assegurar privacidade, dignidade e apoio emocional. No SMI, verificou-se igualmente uma atenção particular ao primeiro contacto da família, frequentemente marcado por maior carga emocional. A equipa demonstrava disponibilidade para escuta, esclarecimento de dúvidas e acompanhamento, dispondo também de um espaço reservado para a transmissão de informação clínica. Estas práticas contribuíram para a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança,

promovendo cuidados centrados na pessoa e na família em contextos de elevada vulnerabilidade.

No domínio da comunicação terapêutica, destaca-se a comunicação de más notícias, uma realidade frequente tanto no SU como no SMI, constituindo um momento particularmente exigente do ponto de vista emocional e relacional. Trata-se de uma intervenção complexa, geradora de elevado impacto psicológico não só para a pessoa e família, mas também para o profissional de saúde, sobretudo quando envolve diagnósticos graves, perda funcional, necessidade de tratamentos invasivos, internamentos inesperados, procedimentos de risco ou situações de fim de vida. Nestes contextos, torna-se evidente a relevância das competências comunicacionais do EE, sendo essencial o desenvolvimento contínuo de capacidades específicas para transmitir informação sensível de forma ética, empática e estruturada. Embora não existam fórmulas universais para este processo, a literatura reconhece a utilidade de modelos orientadores que apoiam o profissional na organização da comunicação.

Um dos referenciais mais utilizados é o protocolo SPIKES, que organiza a comunicação de más notícias em seis etapas: *Setting* - preparação do ambiente, *Perception* - avaliação da perceção prévia da pessoa, *Invitation* - identificação do grau de informação desejado, *Knowledge* - transmissão gradual do conhecimento, *Emotions* - gestão das respostas emocionais e *Strategy* - definição conjunta de estratégias futuras. Este modelo facilita uma abordagem centrada na pessoa, promovendo compreensão, contenção emocional e planeamento terapêutico partilhado (Girardi et al., 2024). Este protocolo possibilita a identificação das crenças, valores e expectativas da PSC e da família, bem como a transmissão estruturada da informação clínica. Para além disso, constitui um suporte fundamental para o EE na gestão das respostas emocionais emergentes durante a comunicação da má notícia, favorecendo uma abordagem assertiva, empática e centrada na pessoa. Adicionalmente, facilita a planificação do acompanhamento subsequente, nomeadamente em consultas de follow-up e na continuidade dos cuidados. Nos contextos de estágio — SU e SMI — verificou-se a aplicação consistente do protocolo.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível desenvolver competências fundamentais no cuidado à PSC e respetiva família, nomeadamente na resposta à emergência, antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, gestão de protocolos terapêuticos complexos, controlo da dor e promoção do bem-estar. Paralelamente, destacou-se a importância

da comunicação terapêutica e do estabelecimento de uma relação de confiança, bem como do apoio emocional à pessoa e família em momentos de elevada vulnerabilidade. Estas experiências permitiram consolidar uma prática centrada na pessoa, humanizada e tecnicamente fundamentada, evidenciando a aquisição da competência de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, presume-se que o EEEMCPSC detenha competências na área da intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe, em conformidade com os respetivos planos de emergência. Espera-se ainda que seja capaz de avaliar, planear e executar intervenções adequadas em resposta a estas ocorrências, sem nunca descuidar a eventual existência de indícios de crime, assegurando a preservação da cadeia de custódia (OE, 2018d).

Uma situação de emergência caracteriza-se pela ocorrência de uma agressão súbita e violenta a um indivíduo, provocada por um fator externo que resulta na perda repentina de saúde e compromete a integridade de um ou mais órgãos essenciais, podendo colocar a vida da vítima em perigo. Nestes casos, a prestação de assistência à pessoa afetada deve ser imediata. Por outro lado, uma situação de exceção ocorre quando existe um desfasamento entre as exigências impostas por um evento e os recursos disponíveis para lidar com ele, exigindo uma gestão eficaz e coordenada dos meios humanos e técnicos (OE, 2018d). Já a catástrofe, segundo o disposto na Lei de Bases da Proteção Civil (Lei n.º 80/2015), é entendida como um acidente grave — ou uma sequência de acidentes graves — com potencial para causar danos materiais significativos e, possivelmente, vítimas, afetando de forma intensa as condições de vida e o funcionamento socioeconómico de regiões ou de todo o território nacional.

As catástrofes e os eventos com grande número de vítimas constituem situações inesperadas que originam um aumento abrupto da procura de cuidados de saúde urgentes, podendo rapidamente ultrapassar a capacidade de resposta das unidades hospitalares. Face a esta realidade, torna-se essencial reforçar a preparação das instituições e dos seus profissionais, bem

como estruturar planos de emergência adequados, com vista a otimizar a prestação de cuidados e a reduzir os índices de morbilidade e mortalidade.

Com o objetivo de antecipar e mitigar potenciais situações críticas, a DGS (2010) emitiu a Orientação n.º 7/2010, na qual recomenda que todas as unidades do SNS desenvolvam planos de emergência, tendo como base o *Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*.

Em consonância com estas diretivas, o Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018d) integra esta preocupação nas competências específicas do EEEMCPSC, salientando que o EE deve dominar os diferentes planos de emergência e catástrofe, bem como participar ativamente na sua construção e implementação.

Em contextos de emergência e catástrofe, a principal preocupação centra-se sempre nas vítimas em perigo iminente de vida. Quando existe apenas uma vítima, mobilizam-se todos os meios disponíveis para assegurar a melhor assistência possível. Já perante cenários com múltiplas vítimas, torna-se indispensável definir prioridades e otimizar os recursos, de modo a prestar cuidados eficazes ao maior número de pessoas. A implementação de protocolos institucionais, nomeadamente planos de emergência, contribui para estruturar a intervenção das equipas, promovendo uma atuação coordenada, organizada e atempada.

O desenvolvimento contínuo de competências, aliado a uma formação e treino adequados dos enfermeiros, tem impacto direto na qualidade das intervenções, no desempenho profissional e na capacidade de resposta em contextos críticos. Embora um plano de emergência hospitalar possa estar tecnicamente bem estruturado, a sua eficácia depende da realização regular de exercícios e simulações, que permitem avaliar a sua aplicabilidade prática e identificar oportunidades de melhoria (Silva et al., 2015).

Ao longo dos três estágios, com o propósito de aprofundar o conhecimento sobre as diferentes componentes dos planos de resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, procedi à consulta da documentação disponível nos respetivos contextos de prática. Esta análise permitiu-me compreender a abrangência e a estrutura destes planos, bem como reconhecer o seu papel na organização da resposta institucional perante cenários críticos.

A vivência do apagão nacional de abril de 2025, durante o estágio na UDIC, constituiu uma

experiência particularmente significativa para o meu desenvolvimento profissional, permitindo a observação direta e a reflexão crítica sobre a atuação do EE perante uma situação de exceção. Este episódio evidenciou, de forma clara, a importância da preparação prévia, do conhecimento dos planos de emergência e da capacidade de adaptação rápida face a contextos imprevisíveis. A atuação do enfermeiro responsável evidenciou a aplicação prática destas competências, nomeadamente ao assumir de imediato a coordenação da situação, promover a articulação da equipa multidisciplinar e garantir a gestão eficaz dos recursos humanos, materiais e técnicos. Foram claramente definidas prioridades de atuação, assegurando-se a interrupção ou conclusão segura dos procedimentos em curso, bem como o encaminhamento adequado dos doentes que aguardavam intervenção, tanto para os serviços de origem ou para o domicílio, após esclarecimento da situação a estes e aos seus familiares. Simultaneamente, procedeu-se à verificação da operacionalidade dos geradores e à implementação de medidas preventivas relativamente aos equipamentos diferenciados do serviço, incluindo a desconexão de alguns dispositivos da corrente elétrica. A liderança exercida traduziu-se também na atribuição de responsabilidades individuais, ficando cada profissional encarregue da gestão dos procedimentos e equipamentos da respetiva sala. A sistematização das ações, a atribuição de responsabilidades individuais e a supervisão contínua da dinâmica da equipa permitiram garantir a segurança dos doentes e a continuidade dos cuidados, apesar das limitações impostas pela interrupção do fornecimento elétrico.

Destaca-se ainda a manutenção de comunicação contínua com o enfermeiro gestor do serviço de cardiologia, permitindo alinhar a resposta local com as orientações superiores, bem como a avaliação permanente da dinâmica da equipa e a adequação das intervenções face à evolução incerta da situação. Este momento permitiu-me compreender a relevância da comunicação eficaz em situações críticas, tanto no contacto com outras entidades coordenadoras como na transmissão de informação aos doentes e familiares, contribuindo para a redução da ansiedade e para a manutenção da confiança nos profissionais. Paralelamente, tornou-se evidente o papel do EE na gestão emocional da equipa, reconhecendo o impacto pessoal e profissional associado a contextos de elevada incerteza.

Do ponto de vista da aprendizagem, esta experiência evidenciou a importância do planeamento prévio, da divulgação eficaz dos planos de emergência e da preparação contínua das equipas, bem como do treino regular e da realização de simulações. Reforçou ainda a necessidade de

desenvolver competências de tomada de decisão em tempo real, salientando o papel central do EE na liderança, coordenação e gestão dos cuidados em situações de exceção.

Durante o estágio no SU, não se registaram ocorrências de catástrofe ou situações multivítimas, pelo que não foi possível vivenciar, de forma direta, a resposta operacional a este tipo de eventos. Ainda assim, a aquisição e consolidação das competências associadas à preparação para emergências exigiu um trabalho intencional de aprofundamento, concretizado através da análise dos planos de catástrofe existentes ao nível institucional. Esta exploração permitiu compreender os pressupostos de planeamento, os circuitos de coordenação e a atuação expectável dos profissionais e das equipas, bem como o papel da instituição na resposta a emergências e catástrofes, quer com origem interna quer decorrentes de eventos externos, incluindo a forma como o SU se articula nesse processo.

O plano de catástrofe do SU constitui, neste âmbito, um referencial estruturante, ao possibilitar a identificação de riscos e vulnerabilidades institucionais e a definição dos meios e recursos a mobilizar. Estabelece, igualmente, critérios e procedimentos operacionais para atuação em cenário de catástrofe, orienta a articulação entre recursos internos e entidades externas de apoio e socorro e prevê medidas para a recuperação progressiva do funcionamento habitual. Adicionalmente, contempla a formação e o treino do pessoal, reconhecendo a importância da preparação contínua para uma resposta eficaz e segura.

De acordo com este plano, os riscos institucionais organizam-se, de forma geral, em dois grandes grupos: (i) riscos internos, como incêndios nas instalações, explosões, derrames de substâncias perigosas e falhas críticas no fornecimento de água, eletricidade ou gases; e (ii) riscos externos, incluindo queda de aeronaves, sismos, fenómenos meteorológicos adversos com inundações, incêndios urbanos e ocorrências associadas a atividades conflituosas, subversivas e/ou terroristas.

A notícia da ocorrência de uma catástrofe ou de um incidente externo ao hospital pode chegar por diferentes vias, nomeadamente através da comunicação do INEM/CODU, dos Bombeiros, da Proteção Civil, das Forças de Segurança, dos Órgãos de Comunicação Social ou, ainda, com a chegada das primeiras vítimas à instituição. Perante esta informação, inicia-se a primeira fase do Plano de Emergência Externa (PEE): a fase de alerta.

A fase de alarme, correspondente à segunda fase de ativação do PEE, caracteriza-se pela reunião do gabinete de crise, estrutura onde são organizadas e coordenadas todas as ações dirigidas à gestão e resolução do acontecimento, de acordo com o nível de resposta declarado.

A terceira e última fase de ativação do PEE, designada fase de execução, consiste na notificação, por parte do gabinete de crise, das diferentes áreas do hospital relativamente à situação em curso, bem como na transmissão de instruções específicas para a implementação dos procedimentos de emergência externa adequados a cada área funcional.

A ativação do PEE processa-se segundo diferentes níveis de resposta, definidos em função da magnitude do evento emergente e dos critérios que condicionam estratégias de atuação diferenciadas. O Nível I é ativado perante um número de vítimas inferior a 25, incluindo até 5 vítimas críticas. Neste cenário, verifica-se uma reorganização do SUMC, em função da tipologia da catástrofe, nomeadamente de foro cirúrgico/trauma, médico ou pediátrico. As vítimas triadas como pretas são orientadas para a casa mortuária, utilizando o percurso habitual. O chefe de equipa/diretor do SU define os coordenadores médicos de cada zona, enquanto o enfermeiro responsável de turno/enfermeiro gestor designa os coordenadores de enfermagem das zonas vermelha, amarela e verde. A triagem de Manchester mantém-se nos locais habitualmente definidos. O Nível II é ativado perante um número de vítimas entre 25 e 40, incluindo entre 5 e 10 vítimas críticas. Para além da reestruturação prevista no Nível I, este nível pressupõe a organização, orientação e mobilização dos recursos humanos, a derivação de doentes, o alargamento da capacidade do SU e a comunicação às autoridades competentes. Neste contexto, o chefe de equipa do SU assume a coordenação geral, deixando de prestar cuidados diretos, à semelhança do enfermeiro responsável de turno, que assume igualmente funções de coordenação geral sem atividade assistencial direta. Em cada zona definida existe um coordenador médico e um coordenador de enfermagem, que acumulam funções de coordenação com a prestação de cuidados, devendo manter comunicação permanente com a coordenação geral. Os recursos adicionais são alocados de forma sequencial às zonas vermelha, amarela e verde. Deve ainda ser previsto um reforço concomitante dos recursos humanos na zona verde, destinada aos doentes não provenientes da catástrofe, com o objetivo de reduzir o impacto da sua afluência na gestão global da situação. O Nível III é ativado quando o número total de vítimas é superior a 40, incluindo mais de 10 vítimas críticas, ou sempre que o número de doentes críticos exceda a capacidade dos recursos humanos adicionais recrutados ou

previstos no Nível II. Neste nível, toda a estrutura organizativa definida para os níveis I e II encontra-se já instalada, sendo adaptada ao elevado número de utentes. As zonas assistenciais mantêm-se definidas conforme preconizado no Nível II, podendo, contudo, ser utilizados espaços adjacentes ao SU para aumentar a capacidade física de resposta. Sempre que possível, a coordenação geral é assumida pelo diretor do SU, ou pelo seu substituto, e a coordenação geral de enfermagem pelo enfermeiro gestor, ou pelo seu substituto. Os coordenadores de zona deixam, sempre que possível, de acumular funções assistenciais. Paralelamente, as atividades programadas da Consulta Externa, Hospital de Dia, Bloco Operatório ou de outras áreas poderão ser progressivamente canceladas — pela ordem indicada e salvaguardando sempre as intervenções urgentes ou inadiáveis —, sendo os respetivos recursos humanos e estruturais mobilizados para a resposta à emergência externa. Este nível exige ainda um reforço da equipa de segurança, de forma a assegurar um encaminhamento mais eficaz dos utentes à entrada do SU.

De acordo com cada nível de resposta, encontram-se previamente estabelecidas a distribuição de funções e a definição das competências dos diferentes profissionais, bem como as responsabilidades associadas à gestão e coordenação das várias áreas de intervenção e das tarefas específicas a assegurar por cada interveniente. Para a presente reflexão, assume particular relevância destacar as funções atribuídas aos enfermeiros. Estes marcam presença na Comissão de Catástrofe, através do enfermeiro gestor do SU, bem como no gabinete de crise, nomeadamente no desempenho da função de coordenador de recursos humanos, assegurada pelo elemento responsável pela equipa de enfermagem em serviço, cargo reservado a um EEEMC. Da análise destas funções, ressalta a centralidade do EEEMC na resposta institucional a situações de exceção e catástrofe, designadamente pela coordenação operacional da intervenção, assegurando a distribuição de tarefas, a gestão de equipas e a mobilização de recursos humanos e logísticos de forma adequada às necessidades emergentes. A imprevisibilidade, a incerteza e o carácter eminentemente dinâmico destes cenários exigem do enfermeiro um conjunto robusto e integrado de competências técnicas, organizacionais, comunicacionais e humanas, indispensáveis para uma tomada de decisão célere, segura e ajustada ao contexto (Hugelius & Adolfsson, 2019).

Neste enquadramento, a resposta deve orientar-se por princípios de maximização do benefício coletivo, procurando promover a sobrevivência e o bem-estar do maior número de pessoas

possível, mediante a utilização criteriosa e eficiente dos recursos disponíveis. Reconhece-se que é precisamente em contextos de catástrofe que o planeamento prévio e uma abordagem inicial às vítimas — organizada, sequencial e sustentada por procedimentos bem definidos — assumem um papel decisivo, podendo traduzir-se em ganhos significativos em termos de sobrevivência e preservação de vidas (INEM, 2012). Atendendo à limitação de recursos que frequentemente caracteriza as situações de catástrofe, em função do elevado número de vítimas e da pressão assistencial associada, destaca-se como competência determinante a capacidade de prestar intervenções a um conjunto alargado de pessoas. Tal implica assegurar cuidados essenciais, conforto e segurança, recorrendo a processos estruturados de priorização e triagem, de forma a orientar a resposta para as necessidades mais urgentes e maximizar os ganhos em saúde no contexto disponível (Hugelius & Adolfsson, 2019).

Quando o SU é chamado a responder a situações de exceção e/ou catástrofe, a triagem assume características distintas da realizada no contexto hospitalar habitual. Trata-se de uma abordagem concebida para cenários com potencial multivítimas, nos quais a desproporção entre necessidades e recursos disponíveis impõe uma lógica de decisão diferente.

Nestes contextos, a triagem orienta-se para a gestão coletiva do risco e para a maximização da sobrevivência, procurando identificar prioridades assistenciais de forma rápida e pragmática. Assim, a seleção efetuada em cenário de catástrofe visa, em última instância, determinar quem deverá receber tratamento imediato, quem pode aguardar e, em determinadas circunstâncias, quem poderá não beneficiar de intervenção terapêutica, face às limitações existentes (Iserson & Moskop, 2007).

Recorre-se, neste âmbito, a adoção do sistema *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) como metodologia estruturada de triagem em cenários multivítimas (INEM, 2012). Trata-se de um modelo concebido para apoiar a tomada de decisão em contexto de exceção, permitindo uma classificação rápida e operacional das vítimas, orientada para a maximização da sobrevivência com os recursos disponíveis. A metodologia START organiza-se em duas etapas complementares: triagem primária e triagem secundária (INEM, 2012). A triagem primária baseia-se em critérios simples e facilmente observáveis pelos profissionais de saúde, possibilitando a atribuição célere de uma prioridade clínica. Entre os parâmetros considerados incluem-se, por exemplo, a capacidade de marcha, a presença de respiração espontânea, a frequência respiratória e a frequência cardíaca, permitindo uma orientação inicial rápida da

resposta (INEM, 2012).

Com base nos dados recolhidos, os profissionais são apoiados na categorização das vítimas segundo a probabilidade de sobrevivência e de acordo com a necessidade de intervenção, num contexto frequentemente marcado por limitação de recursos humanos e materiais. Esta lógica distingue-se da abordagem habitual em contexto hospitalar, onde a prioridade recai, tendencialmente, sobre os doentes mais graves. Em cenário de catástrofe, a finalidade centra-se em salvar o maior número de vítimas possível, mesmo quando o funcionamento regular do SU se encontra comprometido (INEM, 2012).

Assim, a classificação é habitualmente operacionalizada em quatro categorias (INEM, 2012):

- Prioridade 1 – Vermelho: vítima emergente (necessita de intervenção imediata);
- Prioridade 2 – Amarelo: vítima grave (intervenção urgente, mas pode aguardar curto período);
- Prioridade 3 – Verde: vítima não grave (pode aguardar);
- Preto: óbito/sem possibilidade de benefício terapêutico no contexto.

Após a categorização rápida realizada na triagem primária e a consequente organização das vítimas por níveis de prioridade, dá-se início à segunda etapa do processo de triagem. Esta fase corresponde a uma reavaliação mais detalhada e objetiva, com recurso ao *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), instrumento particularmente adequado a contextos em que a resposta clínica envolve um elevado número de vítimas (INEM, 2012).

O TRTS fundamenta-se em três variáveis essenciais — estado de consciência, frequência respiratória e pressão arterial sistólica — permitindo uma apreciação mais precisa da gravidade e orientando a tomada de decisão quanto à prioridade de intervenção (INEM, 2012). A sua aplicação traduz-se numa pontuação global resultante da codificação de cada parâmetro numa escala de 0 a 4 (frequência respiratória, pressão arterial sistólica e Escala de Coma de Glasgow), obtendo-se um score total entre 0 e 12 (INEM, 2012).

Com base nesta pontuação, as vítimas são distribuídas por quatro níveis de prioridade, de acordo com os critérios preconizados: Prioridade 1 (pontuações entre 1 e 10), Prioridade 2 (11),

Prioridade 3 (12) e Morto (0) (INEM, 2012).

A operacionalização de sistemas de triagem primária, como o método START, pressupõe a disponibilidade de kits de triagem devidamente preparados e de acesso imediato. Estes kits incluem, habitualmente, etiquetas de triagem, caneta/marcador, cartões plastificados com fluxogramas de decisão e um dispositivo ou mecanismo que permita registar/contabilizar o número de vítimas, facilitando a gestão inicial do incidente (INEM, 2012).

Neste sentido, o kit de emergência/catástrofe integra o conjunto de materiais específicos necessários para assegurar a seleção, identificação e rastreabilidade das vítimas no âmbito da triagem realizada em situações de exceção. Trata-se de um recurso destinado a utilização exclusiva em cenário de ativação do Plano de Catástrofe, garantindo que o material se mantém disponível, completo e funcional para resposta imediata quando necessário. No SUMC, onde decorreu o estágio, existe um armário de catástrofe localizado à entrada do serviço, onde se encontram reunidos os protocolos de atuação, bem como os kits de triagem destinados ao atendimento em cenário de multivítimas.

Complementarmente, segundo informação fornecida pelo enfermeiro orientador, estas temáticas integram o plano anual de formação do serviço, estando prevista formação específica dirigida à atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe, incluindo o treino da aplicação do método de triagem adequado e a utilização dos kits de emergência. Esta estratégia formativa contribui para a capacitação contínua dos profissionais, reforçando a preparação da equipa e promovendo uma resposta mais eficaz e segura em contextos críticos.

O SMI acolhe doentes em estado crítico, altamente dependentes de tecnologia e da intervenção de equipas especializadas, o que o torna particularmente vulnerável em situações de emergência. Eventos como falhas no fornecimento elétrico, incêndios ou evacuações não planeadas podem comprometer gravemente a continuidade terapêutica e colocar a vida dos doentes em risco. Neste âmbito, a Society of Critical Care Medicine (s.d.) salienta a importância da preparação dos serviços de cuidados intensivos para contextos de crise, reforçando a necessidade de planeamento e organização prévia.

O desenvolvimento desta competência, neste contexto, concretizou-se sobretudo através do conhecimento e análise do plano de emergência do serviço. Este documento funciona como uma

referência essencial para uma atuação segura e coordenada, definindo procedimentos que visam garantir uma resposta rápida, estruturada e eficaz perante situações de emergência, internas ou externas. Entre os seus principais objetivos destacam-se: garantir a segurança do doente, dos profissionais e dos visitantes; assegurar uma resposta organizada e eficiente; minimizar danos materiais e impactos operacionais; estabelecer protocolos de evacuação adaptados à UCIP; reforçar a preparação das equipas de saúde; e contribuir para a melhoria contínua.

Importa ainda salientar que este plano está integrado no programa anual de formação da equipa, contemplando ações formativas específicas orientadas para a atuação em contextos de exceção ou catástrofe, o que favorece a capacitação e atualização contínua dos profissionais. Este enquadramento reforça a relevância do planeamento antecipado, da definição clara de circuitos de atuação e do treino sistemático das equipas para uma resposta mais consistente e segura.

Noutra vertente da sua área de intervenção, o EEEMCPSC detém competências específicas no domínio forense, nomeadamente na identificação, preservação e registo de vestígios associados a suspeita de prática de crime, assegurando o cumprimento rigoroso da cadeia de custódia.

A Enfermagem Forense, enquanto domínio ainda em consolidação e em progressivo reconhecimento, tem como propósito garantir uma resposta abrangente e eficaz à pessoa, à família e à comunidade em situações marcadas por violência, violações de direitos humanos, trauma e/ou ocorrências com múltiplas vítimas. Esta intervenção pressupõe uma corresponsabilização entre o setor da saúde e o sistema legal, quer no desenvolvimento do processo de cuidados, quer no apoio à investigação, assente numa lógica de atuação multidisciplinar (OE, 2021b).

Durante o de estágio no SUMC, foi possível participar e observar o procedimento legal de colheita de espécimes biológicos destinados à pesquisa de álcool, estupefacientes e outras substâncias, em doente envolvido num acidente de viação. A colheita decorreu na presença das autoridades policiais e sob acompanhamento do enfermeiro responsável, desde a admissão da vítima até à conclusão do procedimento, assegurando-se a correta identificação, o registo e a preservação dos espécimes de acordo com os requisitos de cadeia de custódia, bem como o rigor técnico, legal e ético inerente a estes cuidados.

Em reflexão com o enfermeiro orientador, apesar da existência de protocolo institucional para a colheita de espécimes em situações de suspeita de crime, constatou-se uma lacuna na formação da equipa relativamente não só à execução técnica do procedimento, mas também à preservação de indícios e à recolha e acondicionamento de material com potencial valor probatório. Esta insuficiência formativa pode traduzir-se em variabilidade de práticas e em fragilidades na identificação de sinais sugestivos de crime, na manutenção da cadeia de custódia e na documentação rigorosa dos atos, elementos centrais na intervenção de Enfermagem Forense. Deste modo, evidencia-se a necessidade de implementar formação estruturada e periódica, orientada para o reforço de competências específicas, de forma a garantir uma atuação tecnicamente consistente, legalmente fundamentada e eticamente sustentada em contextos de urgência.

O desenvolvimento destas competências ao longo do percurso formativo permitiu consolidar a intervenção do EE em contextos de elevada complexidade, reforçando a capacidade de planejar, organizar e gerir os cuidados na resposta a situações de emergência e de exceção. Em paralelo, evidenciou-se a relevância de formação específica e contínua para assegurar a uniformização de procedimentos e a consistência das práticas assistenciais. Por fim, sublinha-se a necessidade de prestar cuidados eficientes e tecnicamente rigorosos, salvaguardando, sempre que aplicável, a preservação de vestígios com potencial valor probatório, em conformidade com os requisitos legais, éticos e deontológicos.

4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018d), o EEEMCPSC deve assegurar uma resposta eficaz na prevenção e controlo da infeção e da Resistência aos Antimicrobianos (RAM). Esta intervenção torna-se particularmente relevante perante a diversidade de contextos de atuação, a elevada complexidade das situações clínicas e a diferenciação dos cuidados, frequentemente associados à necessidade de medidas invasivas, de natureza diagnóstica e

terapêutica, indispensáveis à manutenção da vida e à gestão de situações de falência orgânica.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade reforça que é responsabilidade do EEEMCPSC procurar continuamente a excelência do exercício profissional, promovendo práticas que maximizem a prevenção e o controlo da infeção (OE, 2015b). Para tal, destaca-se a sua participação na conceção e implementação de planos de prevenção e controlo de infeção, o desenvolvimento de estratégias preventivas adequadas ao contexto e a capacitação das equipas multidisciplinares, através de ações formativas orientadas para a melhoria do desempenho nesta área.

A IACS é definida como uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p. 4.).

De acordo com o relatório Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (2024), em 2020, 12,7% dos doentes que permaneceram internados por mais de dois dias em unidades de cuidados intensivos desenvolveram pelo menos uma IACS, traduzindo-se num aumento de 5,3% face a 2019.

No contexto nacional, a prevalência de IACS situava-se nos 7,8% em 2017, sendo amplamente reconhecido pelas instituições de saúde que estas infeções implicam encargos significativos, não só a nível financeiro e económico, mas também nas dimensões social e individual (Gonçalves & Carmo, 2022). Ainda no nosso país, a incidência destas infeções, bem como a prevalência de bactérias multirresistentes, particularmente em meio hospitalar e, de forma mais acentuada, nas unidades de cuidados intensivos, tem gerado preocupação crescente. Segundo o Relatório Anual de 2022 do PPCIRA, o país continua a apresentar taxas elevadas de infeções associadas a dispositivos invasivos (DGS, 2022a). Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, a RAM mantém um impacto significativo na morbilidade, na mortalidade e nos custos associados ao internamento.

A IACS e a RAM configuram um problema de saúde pública com tendência de agravamento a nível global DGS (2017b). Este fenómeno associa-se a piores resultados clínicos, incluindo maior mortalidade e morbilidade, bem como ao prolongamento do tempo de internamento, com impacto significativo para as pessoas e para as organizações de saúde. Por essa razão, a sua

prevenção e controlo devem integrar as prioridades institucionais.

Neste enquadramento, em 2013 foi edificado o PPCIRA, resultante da articulação entre o Programa Nacional de Controlo de Infecção e o Programa de Prevenção da Resistência Antimicrobiana (DGS, 2017b).

O PPCIRA orienta-se para a diminuição das IACS, promovendo simultaneamente a utilização criteriosa de antimicrobianos, com impacto na redução da seleção e disseminação de microrganismos multirresistentes. Esta linha de ação é reforçada pelo PNSD 2021–2026, que integra, entre os seus eixos estratégicos, a redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos, estabelecendo como meta, até 2026, uma diminuição mínima de 30% na incidência das principais IACS associadas a dispositivos invasivos.

Neste enquadramento estratégico, a atuação do PPCIRA baseia-se numa abordagem integrada e sustentada em práticas baseadas na evidência científica, articulando a prevenção da infeção com a contenção da RAM. Neste contexto, é promovida a utilização criteriosa de antibióticos, associada à implementação de medidas destinadas a reduzir o risco de transmissão cruzada e a interromper as cadeias de contágio nos cuidados de saúde. Assim, o controlo da infeção e a prevenção da resistência antimicrobiana assumem-se como dimensões interdependentes, que partilham estratégias comuns e se complementam na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados.

Para garantir cuidados seguros e de qualidade, o PPCIRA estabelece a aplicação sistemática das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), que englobam a correta colocação dos doentes, a higiene das mãos, a adoção da etiqueta respiratória, a utilização adequada de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa e dos resíduos, a adoção de práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, bem como a prevenção da exposição ocupacional a agentes microbiológicos (DGS, 2017b).

Considerando a diversidade de patologias, a cadeia epidemiológica da infeção e as diferentes vias de transmissão, o PPCIRA preconiza a articulação das PBCI com as Precauções Dependentes das Vias de Transmissão, que podem ser aplicadas por contacto, gotículas ou via aérea, devendo ser rigorosamente cumpridas por todos os profissionais de saúde na prestação

de cuidados à PSC sempre que clinicamente indicado.

O GCL-PPCIRA das ULS onde decorreram os estágios desenvolve, de forma sistemática, normas, protocolos e procedimentos dirigidos aos diferentes serviços, assegurando também a realização regular de ações de formação e auditorias às práticas assistenciais, com vista à promoção da segurança do doente e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Em cada um destes serviços existe um elemento de ligação ao GCL-PPCIRA, que assume um papel central na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde — médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e outros — promovendo a adoção de práticas seguras. Paralelamente, é responsável pela realização de auditorias internas e pela elaboração de relatórios com os respetivos resultados, contribuindo para a monitorização das práticas assistenciais.

Em contexto de PSC, o risco de infeção encontra-se significativamente aumentado, quer pela gravidade do quadro clínico, quer pela necessidade frequente de procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, que podem constituir vias de entrada para microrganismos. Neste cenário, o EEEMCPSC assume um papel determinante na prevenção e controlo das IACS, orientando a sua intervenção por referenciais técnico-científicos atualizados.

A prática deve alinhar-se com os princípios definidos na Norma n.º 029/2012, atualizada em outubro de 2013, relativa às PBCI (DGS, 2013), bem como com os feixes de intervenção preconizados pela DGS para a prevenção das principais IACS associadas a procedimentos e/ou dispositivos invasivos. Compete ao EEEMCPSC promover a capacitação contínua da equipa e incentivar a adesão consistente às orientações institucionais, contribuindo para a padronização de práticas seguras.

Durante o estágio no SUMC, foram identificadas situações preocupantes de incumprimento das PBCI, com potencial impacto negativo na segurança de doentes e profissionais de saúde. Um dos aspetos observados prende-se com a circulação pouco controlada dos acompanhantes ao longo das diferentes áreas do SU, sem que seja assegurada uma orientação sistemática relativamente às medidas de prevenção da transmissão de agentes microbiológicos. Verificou-se igualmente que a descontaminação das unidades nem sempre é realizada de forma rigorosa, situação frequentemente justificada pela elevada rotatividade de doentes e pela sobrelotação do serviço, fatores que dificultam o cumprimento integral das normas de controlo de infeção. A estes fatores associa-se ainda a limitação do espaço físico, que inviabiliza o distanciamento

mínimo aceitável entre pessoas, dificultando a mitigação da propagação da infeção. Concomitantemente, o intervalo temporal entre a admissão do doente e a confirmação da sua eventual colonização ou infeção constitui um elemento adicional de risco, favorecendo a disseminação de agentes infecciosos no contexto assistencial.

Como medidas facilitadoras da adesão às práticas de controlo de infeção, destaca-se a disponibilização de doseadores de SABA, estrategicamente distribuídos pelos diferentes espaços assistenciais, promovendo a higienização das mãos em momentos oportunos. Acresce ainda o facto de as normas institucionais se encontrarem acessíveis através da intranet da instituição, bem como a existência, como já referido, de formação periódica dirigida aos profissionais de saúde, orientada para a correta aplicação das medidas de prevenção e controlo da infeção. A participação ativa dos EE assume particular importância, atendendo ao seu contributo na implementação e monitorização de protocolos de prevenção, na formação das equipas e na sensibilização para boas práticas. Destaca-se ainda o seu papel na identificação precoce de sinais de infeção e na promoção de uma cultura de segurança. (Blot et al., 2022; Ministério da Saúde, 2022).

No SMI, o incumprimento das PBCI revela-se pontual, sendo evidente a atenção e o compromisso de todos os intervenientes na prestação de cuidados. Na admissão, todas as PSC são submetidas a rastreio de microrganismos multirresistentes, nomeadamente *Staphylococcus aureus* resistente à metilina e enterobactérias produtoras de carbapenemases. O protocolo de vigilância inclui a colheita de secreções traqueobrônquicas em doentes com tubo endotraqueal, urocultura em doentes algaliados, e sempre que indicado, procedem-se ainda a colheitas em feridas, úlceras de pressão, exsudados cutâneos ou locais de inserção de dispositivos invasivos. Até à confirmação dos resultados microbiológicos, os cuidados são prestados segundo precauções específicas dirigidas à pessoa com critérios de isolamento.

De acordo com as orientações institucionais gerais e específicas da unidade, o SMI dispõe de diversos recursos que facilitam a prevenção das IACS, nomeadamente fardamento próprio, SABA disponível em todas as unidades e locais estratégicos do serviço e um carro central com equipamento de proteção individual. A utilização destes recursos é adequadamente ajustada em função da presença ou suspeita de infeção ou colonização por microrganismos epidemiologicamente relevantes.

A adesão consistente à higiene das mãos, em conformidade com a Norma n.º 7/2019 da DGS (DGS, 2019a), bem como à descontaminação das superfícies e à correta gestão dos resíduos, constitui um aspeto distintivo deste serviço. Esta adesão parece ser favorecida por características estruturais e organizacionais, como a existência de quartos de isolamento, espaços físicos mais amplos, maior previsibilidade clínica e uma organização dos cuidados mais eficiente, aliadas à realização regular de auditorias às PBCI. Estes fatores contribuem, de forma integrada, para o desenvolvimento e consolidação de uma cultura de segurança mais robusta.

Durante os períodos de visita, os familiares são previamente orientados quanto à dinâmica específica da unidade de internamento e às medidas de prevenção da infeção a adotar. Antes do contacto com a pessoa internada, é-lhes solicitada a higienização das mãos com SABA, bem como a colocação de luvas e bata descartável de mangas compridas. No final da visita, os equipamentos de proteção individual são removidos junto da unidade do doente, seguindo-se nova desinfeção das mãos com SABA. A supervisão do cumprimento rigoroso destes procedimentos é assegurada pelos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde do SMI, garantindo a adesão às normas estabelecidas e contribuindo para a redução do risco de transmissão cruzada.

Na UDIC, verifica-se um cumprimento consistente das disposições institucionais relativas à prevenção e controlo das IACS. A organização da unidade reflete uma preocupação contínua com a segurança, traduzida na utilização de fardamento próprio, no controlo rigoroso do acesso, que pressupõe o uso exclusivo de calçado destinado apenas à unidade ou, em alternativa, a utilização de proteções de calçado descartáveis. Acresce ainda a obrigatoriedade do uso de touca em toda a área da unidade, reforçando as medidas de barreira e minimizando o risco de contaminação. Estas práticas, integradas na rotina assistencial, demonstram uma adesão efetiva às normas vigentes e contribuem para a manutenção de um ambiente controlado e seguro, adequado à especificidade dos procedimentos invasivos aí realizados.

Nesta unidade, para além das medidas de controlo ambiental previamente descritas, evidencia-se uma atenção particular à preparação e desinfeção do local cirúrgico, realizada de forma criteriosa e em conformidade com as normas institucionais e com a Norma Clínica n.º 020/2015 da DGS, atualizada a 17/11/2022. Paralelamente, é assegurado o cumprimento rigoroso dos protocolos relativos à administração de antibioterapia profilática pré-procedimento, de acordo com a Norma da DSG sobre profilaxia antibiótica cirúrgica (DGS, 2023b),

nomeadamente no que respeita à seleção do antibiótico e aos tempos de administração recomendados. Esta sistematização das práticas traduz uma abordagem preventiva estruturada, orientada para a redução do risco de Infecção do Local Cirúrgico (ILC), refletindo uma cultura de segurança consolidada e a integração da evidência científica na prestação de cuidados à pessoa submetida a procedimentos invasivos.

Em todos os contextos de estágio, tive oportunidade de executar e acompanhar procedimentos invasivos que exigem o cumprimento escrupuloso da técnica asséptica, nomeadamente colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central, cateter arterial, cateteres de técnica dialítica, cateterização vesical, pressão arterial invasiva e cateterização venosa periférica. Para assegurar a conformidade das práticas, procedi à consulta sistemática dos protocolos, normas e procedimentos internos dos serviços, bem como das orientações da DGS. Considerando a relevância e o impacto das IACS, bem como a necessidade de implementar estratégias eficazes para a sua prevenção, a DGS procedeu, em 2015, ao reforço da norma das PBCI através da introdução de quatro feixes de intervenção direcionados para as principais infeções associadas ao contexto hospitalar, os quais foram alvo de atualização em 2022. Estes feixes de intervenção incidem sobre a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical (DGS, 2022c), da infeção do local cirúrgico (DGS, 2022e), da infeção relacionada com o cateter vascular central (DGS, 2022b) e da pneumonia associada à intubação (PAI) (DGS, 2022d).

O EEEMCPSC assume um papel central, não apenas na aplicação rigorosa das normas clínicas em vigor, mas também na promoção da sua implementação efetiva, através da dinamização das equipas e do reforço da adesão às boas práticas. Esta intervenção contribui de forma determinante para a consolidação de uma cultura de segurança, para a mitigação do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e para a melhoria contínua da qualidade assistencial. Paralelamente, a incorporação sistemática destas medidas na prática clínica evidencia a relevância de uma abordagem sustentada na evidência científica, reforçando a responsabilidade do EE na garantia da qualidade técnica dos cuidados, na segurança da PSC e no cumprimento das orientações institucionais.

Nos contextos clínicos do estágio, nomeadamente SMI e no SU, foi possível observar o grau de cumprimento das normas previamente descritas, identificar oportunidades de melhoria das práticas assistenciais e discutir estas questões com os enfermeiros orientadores e restantes elementos da equipa multidisciplinar.

No contexto do SMI, a prevenção da PAI assume particular relevância, considerando a elevada proporção de pessoas submetidas a ventilação invasiva. Observou-se uma adesão consistente às recomendações da DGS (2022d), nomeadamente no que respeita à monitorização contínua da pressão do cuff, mantida entre 20–30 cmH₂O, garantindo simultaneamente a pressão mínima eficaz para prevenir microaspirações e evitando valores excessivos suscetíveis de provocar lesões da mucosa traqueal. Complementarmente, era assegurada a elevação da cabeceira a, pelo menos, 30 graus, medida essencial na redução do risco de aspiração. Relativamente à higiene oral, esta era realizada de acordo com a periodicidade recomendada, associada à ação mecânica e à utilização de octenidina, com o objetivo de reduzir a colonização da cavidade oral, prevenir a formação de biofilme e minimizar o risco de microaspiração. O filtro humidificador (permutador de calor e humidade) e o espaço morto eram substituídos a cada 24 horas ou sempre que se encontravam visivelmente contaminados. Era ainda atribuída especial atenção à adequada fixação do tubo orotraqueal, à aspiração de secreções subglóticas — prática corrente na unidade, reconhecida pela sua eficácia na redução da incidência de PAI — e à aspiração endotraqueal realizada com técnica assética. A integração sistemática destas intervenções reflete uma abordagem estruturada e baseada na evidência, orientada para a prevenção de complicações respiratórias associadas à ventilação invasiva.

Relativamente ao SU, a presença de pessoas intubadas encontrava-se, de um modo geral, limitada à SE, não constituindo a prevenção da PAI uma prioridade assistencial neste contexto. Contudo, nas diferentes áreas de cuidados era frequente a presença de pessoas sob oxigenoterapia de baixo fluxo, bem como sob VNI, verificando-se uma menor valorização da higiene oral enquanto medida preventiva de complicações respiratórias. Observou-se que a administração de terapêutica inalatória ocorria frequentemente sem a realização prévia ou posterior da higiene da cavidade oral, situação igualmente verificada aquando da administração de medicação por via oral. Esta prática evidencia uma lacuna na integração sistemática da higiene oral como intervenção relevante na prevenção da colonização orofaríngea e do risco de aspiração, salientando-se a necessidade de maior sensibilização das equipas para a sua importância, mesmo em contextos assistenciais marcados por elevada pressão e imprevisibilidade.

Relativamente à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, foi possível identificar, em ambos os serviços, situações de incumprimento no que respeita à fixação do

cateter urinário. Esta intervenção assume particular relevância, uma vez que a fixação adequada previne a tração e o deslocamento do dispositivo, reduzindo pontos de fricção uretral que podem evoluir de desconforto para dor, provocar lesões tecidulares e aumentar o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (Stevens et al., 2022).

No SU, a elevada rotatividade de doentes e a indisponibilidade de dispositivos de fixação apropriados foram apontadas pelos profissionais como principais fatores justificativos do incumprimento da norma. Já no SMI, encontrava-se em curso uma fase de testagem de dispositivos específicos de fixação, evidenciando uma preocupação institucional em alinhar as práticas com as recomendações baseadas na evidência. Este contraste entre contextos reforça a influência dos constrangimentos organizacionais na adesão às boas práticas e sublinha a importância do envolvimento das equipas na implementação de soluções facilitadoras da qualidade e segurança dos cuidados.

A ILC é caracterizada como uma complicação que pode surgir até 30 dias após a realização de um procedimento cirúrgico, ou até um ano nos casos em que são colocados implantes. A avaliação do risco de desenvolvimento desta infeção deve abranger todo o percurso cirúrgico da pessoa, contemplando as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória, incluindo o período subsequente à alta dos cuidados agudos, uma vez que múltiplos fatores podem influenciar o seu aparecimento (International Surgical Wound Complications Advisory Panel, 2020). Este feixe de intervenção, conforme previamente referido, assume particular relevância na UDIC, onde se observa o seu cumprimento rigoroso e sistemático. Em contraste, no SU, um aspeto que mereceu especial atenção foi a ausência da inclusão do banho pré-cirúrgico na preparação da pessoa para cirurgia, contrariamente ao que se verifica no SMI. Importa salientar que esta observação não se aplica a situações emergentes, mas sim a pessoas cujo tempo de espera permitiria a implementação desta medida preventiva. Esta lacuna evidencia a influência dos constrangimentos organizacionais e da pressão assistencial na adesão às boas práticas, reforçando a necessidade de maior sensibilização das equipas para a importância da preparação cutânea pré-operatória enquanto estratégia relevante na redução do risco de ILC.

A utilização do cateter venoso central (CVC) constitui uma prática frequente no SMI, sendo um dos dispositivos invasivos mais utilizados neste contexto. Durante o estágio, constatou-se uma adesão consistente ao feixe de intervenção preconizado para a prevenção da infeção relacionada com o CVC. Esta adesão refletiu-se na inspeção diária do local de inserção e da pele

circundante, com o objetivo de identificar precocemente sinais inflamatórios, infecção ou exsudação, bem como na utilização preferencial de pensos semipermeáveis transparentes. Observou-se igualmente o cumprimento das recomendações relativas à identificação dos sistemas de perfusão, com registo e agendamento da substituição dos sistemas e prolongadores, tanto em suporte físico como informático, integrando o plano de trabalho diário da equipa. A desinfecção dos pontos de acesso ao CVC era realizada por fricção com solução antisséptica, respeitando o tempo de secagem recomendado, constituindo uma prática sistemática. No que respeita à permeabilidade do cateter, era prática corrente a lavagem do lúmen do CVC com volumes iguais ou superiores a 10 ml de solução de cloreto de sódio a 0,9% após a administração de terapêutica, bem como a lavagem do sistema, com o objetivo de prevenir a obstrução do lúmen. Destaca-se ainda a utilização regular do kit de pensos para os cuidados de manutenção ou manipulação, conforme recomendado nas normas em vigor.

Em contraste, no SU, a utilização do CVC ocorria predominantemente na SE, sendo identificadas fragilidades no cumprimento do feixe de intervenção, sobretudo no que respeita à desinfecção dos pontos de conexão e à lavagem adequada do lúmen após a administração de fármacos. Estas diferenças evidenciam a influência do contexto assistencial e da pressão clínica na adesão às boas práticas, reforçando a importância da vigilância contínua e do papel do EE na promoção da segurança e qualidade dos cuidados.

Em síntese, a experiência adquirida nos diferentes contextos clínicos permitiu consolidar competências avançadas na prevenção, intervenção e controlo da infeção e RAM junto da PSC, evidenciando a centralidade de uma prática sustentada na evidência científica, na vigilância contínua e na resposta atempada às necessidades emergentes. A observação crítica das dinâmicas assistenciais, aliada à participação ativa na implementação de medidas preventivas, reforçou a compreensão da complexidade inerente a estes contextos e da necessidade de intervenções estruturadas, sistemáticas e multidisciplinares.

Neste percurso, o EE assume-se como elemento-chave na promoção de uma cultura de segurança, atuando simultaneamente como referência técnica, agente dinamizador das equipas e facilitador da adesão às boas práticas, contribuindo de forma determinante para a qualidade dos cuidados e para a mitigação do risco de IACS em situações de elevada vulnerabilidade clínica.

A intervenção qualificada do EE em contexto crítico é determinante para potenciar a eficácia das estratégias de prevenção e controlo de infeção, sobretudo em ambientes de elevada complexidade clínica, como as unidades de cuidados intensivos. A sua atuação baseia-se numa prática sustentada na evidência científica, na avaliação sistemática do risco e na tomada de decisão clínica diferenciada, permitindo adequar as medidas de controlo às necessidades específicas de cada doente e da unidade.

Para além da aplicação rigorosa de *bundles* de prevenção associados a dispositivos invasivos, o EE desempenha um papel central na auditoria de práticas, na monitorização de indicadores de qualidade e na implementação de ações corretivas. A formação contínua das equipas, a promoção da adesão às normas de higiene das mãos, a correta utilização de equipamentos de proteção individual e a gestão adequada de antimicrobianos constituem igualmente áreas de intervenção prioritárias.

Acresce que a sua capacidade de liderança e de trabalho colaborativo favorece a consolidação de uma cultura de segurança, incentivando a notificação de incidentes e a aprendizagem organizacional. Deste modo, a intervenção especializada contribui não só para a redução da incidência de IACS e da RAM, mas também para a diminuição de eventos adversos, da duração do internamento, dos custos em saúde e da mortalidade associada.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica constitui um processo estruturado e sistemático de produção de conhecimento, orientado para responder a questões que exigem análise rigorosa e aprofundada. A articulação entre teoria e investigação assume um papel central nesse processo, uma vez que a construção teórica fornece o enquadramento conceptual necessário para interpretar os fenómenos, enquanto a investigação empírica permite testar, validar ou reformular esses mesmos constructos teóricos. Assim, teoria e investigação desenvolvem-se num movimento contínuo e interdependente, no qual o aprofundamento teórico conduz à identificação de novas problemáticas e, simultaneamente, os resultados da pesquisa contribuem para o avanço e consolidação do conhecimento científico (Fortin, 2009).

No campo da enfermagem, a investigação assume particular relevância, dado o seu contributo para a fundamentação de práticas clínicas sustentadas em evidência. Trata-se de um processo rigoroso, controlado e metódico, que visa gerar conhecimento fiável e aplicável ao cuidado, promovendo a qualidade, segurança e eficácia das intervenções de enfermagem. A natureza sistemática da investigação reflete-se na organização sequencial das suas etapas — formulação da questão de investigação, revisão da literatura, definição do enquadramento teórico, desenho metodológico, recolha e análise de dados, interpretação e disseminação dos resultados — assegurando a coerência entre os objetivos definidos e as opções metodológicas adotadas.

A relação dialética entre teoria e prática investigativa torna-se particularmente evidente na enfermagem. A teoria cumpre a função de orientar o olhar do investigador, clarificando os fenómenos em estudo e sustentando a seleção de variáveis, conceitos e hipóteses. Por sua vez, a investigação empírica possibilita a avaliação, o ajustamento e o desenvolvimento de teorias alinhadas com os contextos reais de prestação de cuidados. Esta interação contínua contribui para o fortalecimento da disciplina, promovendo um corpo de conhecimento científico que apoia a tomada de decisão clínica e impulsiona a evolução da prática profissional (Néné & Sequeira, 2022).

1. *Debriefing* como instrumento de aprendizagem e segurança em contexto de urgência

Os cuidados de saúde à PSC, aquela que se encontra numa condição clínica de instabilidade grave, caracterizada pela falência instalada ou iminente de uma ou mais funções vitais, colocando em risco imediato a sua sobrevivência, exigem da equipa multidisciplinar uma célere intervenção com o intuito de garantir a sua reversão, estabilização e tratamento, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação total.

Por conseguinte, os cuidados de enfermagem dirigidos à PSC assumem um elevado grau de diferenciação técnica, científica e relacional. São cuidados prestados de forma contínua, sistemática e integrada, orientados para a identificação precoce de alterações hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas ou metabólicas, bem como para a implementação célere de intervenções que visem estabilizar a pessoa. Para além da resposta imediata às necessidades afetadas, estes cuidados procuram assegurar a manutenção das funções vitais, prevenir complicações secundárias, minimizar sequelas e promover, sempre que possível, a recuperação funcional e a reintegração da pessoa no seu contexto de vida (OE, 2018d).

Importa salientar que, embora fortemente ancorados na tecnologia e na monitorização avançada, os cuidados à PSC não se esgotam na dimensão técnico-instrumental. Exigem uma abordagem holística, centrada na pessoa e na sua família, reconhecendo a vulnerabilidade inerente à condição crítica e a necessidade de suporte emocional, comunicação clara e tomada de decisão partilhada.

A compreensão da PSC permite enquadrar cenários em que a instabilidade clínica atinge o seu grau máximo de gravidade, como ocorre na Paragem Cardiorrespiratória (PCR) em contexto de SU. A PCR é um acontecimento súbito que consiste na interrupção ou falência súbita das funções cardíaca e respiratória (INEM, 2020). Neste ambiente, marcado pela imprevisibilidade e pela necessidade de decisões rápidas, a PCR configura uma emergência, impondo uma intervenção imediata, altamente diferenciada e sustentada por competências técnico-científicas especializadas.

A PCR é reconhecida como uma das emergências médicas mais críticas e ameaçadoras da vida.

A sua abordagem exige que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados para a identificação precoce e intervenção imediata, quer em contexto intra-hospitalar, quer no âmbito pré-hospitalar, assegurando uma resposta eficaz e baseada na evidência científica disponível (Pereira et al., 2021).

No contexto intra-hospitalar, a PCR distingue-se, em regra, daquela que ocorre em meio extra-hospitalar, na medida em que raramente corresponde a um acontecimento verdadeiramente inesperado. Frequentemente, constitui o desfecho de um processo de deterioração fisiológica gradual e progressiva, marcado por alterações como hipoxia e hipotensão, que podem não ser atempadamente identificadas pelos profissionais de saúde ou, quando reconhecidas, não receber uma intervenção adequada e eficaz (INEM, 2020).

De acordo com o *European Resuscitation Council* a incidência anual de PCR intra-hospitalar situa-se entre 1,5 e 2,8 por cada 1000 internamentos (Gräsner, et al., 2021). No entanto, a sobrevida do doente após a alta hospitalar encontra-se ainda em valores pouco satisfatórios, cerca de 10,7%, sendo de extrema importância a atuação de equipas com formação em SAV (INEM, 2020). Gräsner et al. (2021) apontam uma panóplia de fatores que podem contribuir diretamente para o sucesso da abordagem às situações de PCR intra-hospitalar, tais como: a dinâmica das equipas, o tempo de resposta e a qualidade do tratamento proporcionado pelos profissionais de saúde, comprovando a necessidade de incrementar planos de melhoria contínua para otimização das dinâmicas.

A complexidade inerente à abordagem da PSC, nomeadamente em PCR, demonstra a necessidade de momentos de reflexão crítica sobre a atuação desenvolvida, enquanto estratégia promotora da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Neste sentido, a análise sistematizada da intervenção realizada poderá contribuir para a identificação de barreiras na abordagem, lacunas na formação e oportunidades de melhoria, favorecendo a definição de soluções viáveis face aos problemas identificados (Kam et al., 2022).

O conceito de *debriefing* tem vindo a ganhar algum destaque ao longo dos últimos anos dentro das equipas de saúde que dão respostas a situações de emergência em contexto intra ou extra-hospitalar, sendo uma ferramenta bastante importante para ser aplicada após situações de PCR (Kam et al., 2022).

Diversos autores têm conceptualizado o *debriefing* como uma estratégia estruturada de reflexão orientada, particularmente relevante em contextos de elevada complexidade e exigência, como é o caso das situações de emergência. Dufrene e Young (2014) descrevem-no como um processo de reflexão guiada que, no âmbito da emergência, pode assumir a forma de uma comunicação estruturada entre os elementos da equipa multidisciplinar acerca dos cuidados prestados. Nesta perspetiva, o *debriefing* adquire especial importância enquanto mecanismo promotor da melhoria do desempenho profissional, através da análise crítica conjunta e da partilha de experiências.

Em consonância com esta perspetiva, Coutinho et al. (2014) descrevem o *debriefing* como uma metodologia estruturada que apoia os profissionais no processo de reflexão crítica sobre a ação desenvolvida. Mais do que uma simples revisão de acontecimentos, trata-se de um momento intencional de análise e partilha, que favorece a consolidação de aprendizagens, a identificação de aspetos a melhorar e a reformulação de práticas que se revelem menos ajustadas, contribuindo, assim, para o aperfeiçoamento contínuo do desempenho profissional. De forma convergente, Mullan et al. (2014) entendem o *debriefing* como uma discussão sistematizada acerca das intervenções realizadas após um evento, centrada na análise dos processos e na otimização do desempenho individual e coletivo. Estes autores enquadram o *debriefing* na teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb, salientando duas fases fundamentais: uma etapa inicial de observação reflexiva, na qual os profissionais analisam criticamente a experiência vivida, seguida de uma fase de conceptualização, que permite a construção de novos referenciais teóricos a aplicar em situações futuras. Assim, o *debriefing* configura-se como um processo de reconstrução do conhecimento com impacto direto na transformação da prática.

Mais recentemente, Cheng et al. (2023) e Greif et al. (2021) definem *debriefing* como um momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho, com o objetivo de obter *insights* que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, identificando possíveis áreas do conhecimento que careçam de formação.

No domínio específico da reanimação, Perkins et al. (2011) referem que a implementação do *debriefing* após eventos de emergência está associada a uma maior adesão aos algoritmos internacionalmente recomendados e atualizados, reforçando a qualidade e a segurança da intervenção. Hale et al. (2020) reforçam que a reflexão estruturada no período pós-reanimação

assume um papel relevante na abordagem à PSC, encontrando-se recomendada pelas diretrizes nacionais e internacionais de reanimação. Esta prática tem demonstrado benefícios no desempenho das equipas, na comunicação durante a atuação e na redução do stress e ansiedade dos intervenientes, repercutindo-se igualmente em melhores resultados para os utentes acometidos por PCR.

Para além da dimensão técnico-científica, o *debriefing* assume particular relevância no suporte emocional das equipas. Neste sentido, Berchtenbreiter et al. (2023) destacam que este momento estruturado favorece não só a identificação de pontos fortes e áreas de melhoria, mas também a expressão e o processamento das emoções associadas ao evento crítico, prevenindo sentimentos de culpa ou autorresponsabilização, particularmente em situações de desfecho desfavorável. Paralelamente, Lavoie et al. (2011) destacam o seu contributo enquanto estratégia preventiva do stress pós-traumático em enfermeiros que exercem funções em contextos de urgência, sublinhando o seu potencial impacto na saúde mental dos profissionais.

Importa igualmente salientar que o *debriefing* deve ser entendido como uma revisão sistemática e construtiva dos acontecimentos, e não como um momento de crítica individualizada. Bresolin et al. (2022) defendem que a sua finalidade central reside na análise objetiva dos processos, promovendo um ambiente de segurança psicológica e respeito mútuo.

Sob o ponto de vista organizacional, Brindle et al. (2018) atribuem ao *debriefing* um papel determinante na promoção da comunicação eficaz, na coesão das equipas e na consolidação de uma cultura de segurança. A sua implementação sistemática poderá contribuir para a redução de incidentes relacionados com a segurança do doente, com potencial impacto na diminuição da morbilidade e mortalidade associadas à prática clínica. Neste sentido, o *debriefing* assume-se como um instrumento estratégico para o aumento da eficiência institucional e para a elevação dos padrões de segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Entre os principais benefícios associados à sua realização, Berchtenbreiter et al. (2023) salientam: a promoção de uma análise crítica da situação vivenciada, com identificação de pontos fortes e oportunidades de melhoria ao nível individual e coletivo; o estímulo à aprendizagem interprofissional e à atualização de conhecimentos; a promoção da saúde e do bem-estar dos profissionais expostos a eventos potencialmente traumáticos; a prevenção de sentimentos de culpa e de autorresponsabilização excessiva em desfechos desfavoráveis; e a

facilitação do processamento emocional associado às diferentes fases da intervenção (pré, intra e pós-evento).

A literatura mais recente reforça a necessidade de estruturar adequadamente este processo. Lin et al. (2024) sublinham a importância de definir metodologias claras para a sua condução, atendendo ao impacto significativo que pode exercer na performance das equipas.

Kessler et al. (2015) referem que o principal objetivo do *debriefing* em cuidados de saúde consiste em estimular a reflexão estruturada sobre a prática, facilitar a discussão das ações desenvolvidas e promover a assimilação de comportamentos mais adequados. Nesta perspetiva, os mesmos autores defendem que o *debriefing* deve estruturar-se em torno de seis questões fundamentais: porquê, o quê, quem, como, quando e onde.

O “porquê” remete para a finalidade da prática: identificar aspetos de bom desempenho e áreas de melhoria, numa lógica de aprendizagem e de aperfeiçoamento contínuo, excluindo qualquer intenção de culpabilização. A compreensão das causas subjacentes a erros ou dificuldades permite a redefinição de estratégias e a otimização de intervenções futuras.

O “o quê” refere-se aos conteúdos a abordar, que devem incluir não apenas a performance técnica individual e da equipa, mas também fatores processuais e sistémicos passíveis de melhoria. Embora a PCR constitua um dos eventos mais frequentemente sujeitos a *debriefing*, também incidentes relacionados com falhas de comunicação, dinâmicas interpessoais disfuncionais ou problemas organizacionais podem e devem ser alvo de reflexão estruturada.

Relativamente ao “quem”, recomenda-se a participação ativa de todos os profissionais envolvidos no evento clínico. Habitualmente, a liderança da sessão é assumida pelo elemento mais diferenciado ou pelo líder da equipa; contudo, o facilitador deve possuir formação específica em *debriefing*, fatores humanos, segurança do doente e metodologias de melhoria da qualidade, de modo a evitar enviesamentos ou inibição da participação.

O “como” implica a criação de um ambiente seguro, caracterizado por diálogo honesto, utilização de questões abertas e linguagem objetiva. A abordagem centrada na análise do que correu bem, do que pode ser melhorado e das estratégias a implementar constitui o modelo mais frequentemente descrito.

No que concerne ao “quando”, o *debriefing* pode ser classificado, segundo Kessler et al. (2015), em três modalidades:

- *Hot debriefing* – realizado imediatamente após o evento crítico;
- *Warm debriefing* – realizado minutos ou horas após a ocorrência;
- *Cold debriefing* – realizado dias ou semanas depois.

As modalidades “*hot*” e “*warm*” apresentam como vantagem a presença da maioria dos intervenientes e a minimização do viés de memória, permitindo a identificação célere de oportunidades de melhoria. O “*cold debriefing*”, por sua vez, possibilita a inclusão de profissionais que não participaram diretamente no evento e a integração de dados clínicos adicionais, nomeadamente indicadores quantitativos de qualidade (por exemplo, parâmetros objetivos de reanimação), favorecendo uma análise mais aprofundada.

Quanto ao “onde”, o local deve ser selecionado em função do contexto e dos objetivos da sessão. Idealmente, poderá decorrer no espaço onde ocorreu o evento, facilitando a análise de fatores ambientais, recursos e processos. Contudo, em áreas como a SE — que deve manter-se operacional — poderá ser necessário recorrer a um espaço alternativo que assegure privacidade, conforto e ausência de interrupções.

A documentação das sessões constitui igualmente um aspeto relevante. Kessler et al. (2015) salientam que o registo estruturado do *debriefing* permite monitorizar a implementação desta estratégia e avaliar os ganhos obtidos, devendo, todavia, ser salvaguardada a confidencialidade dos participantes.

No plano metodológico, a estrutura do *debriefing* encontra-se amplamente validada. Sawyer et al. (2016) descrevem três etapas essenciais. A primeira fase, designada por reação, incide sobre os profissionais envolvidos no evento, permitindo-lhes descrever de forma breve o que ocorreu, expressando também o impacto emocional experienciado. Esta etapa inicial visa criar um ambiente seguro e propício à expressão emocional, funcionando como um ponto de partida essencial para a análise subsequente. Segue-se a fase da análise, na qual se procede à revisão crítica do episódio, centrando-se no desempenho da equipa, nas decisões tomadas, e nos fatores que influenciaram positiva ou negativamente o decurso da intervenção. Este processo

analítico é sustentado pela confrontação dos acontecimentos com as diretrizes clínicas mais recentes, permitindo uma avaliação baseada na evidência e nos *standards* de qualidade assistencial. Por fim, a fase de síntese visa consolidar o conhecimento adquirido através da identificação das principais aprendizagens decorrentes da situação analisada. Esta sequência lógica e coerente entre emoção, reflexão e integração do conhecimento constitui a base de uma abordagem pedagógica eficaz, com comprovada relevância para o desenvolvimento profissional e a segurança do doente (Sawyer et al., 2016).

A International Liaison Committee on Resuscitation (2022) preconiza a implementação do *debriefing* após eventos de PCR, ainda que reconheça a existência de evidência limitada relativamente ao impacto direto nos *outcomes* clínicos dos doentes. Não obstante, esta entidade sustenta que os potenciais benefícios ao nível do desempenho das equipas, da qualidade da prestação de cuidados e, consequentemente, da segurança do doente, justificam a sua integração na prática clínica. Acresce que não foram identificados efeitos adversos associados à sua aplicação, reforçando a sua aceitabilidade enquanto intervenção organizacional.

Importa igualmente salientar, segundo a organização supramencionada, que o *debriefing* constitui uma estratégia de baixo custo ou mesmo sem custos diretos significativos, facto que potencia um rácio custo-benefício favorável e poderá facilitar a sua aceitação pelas administrações hospitalares. Considerando o atual enquadramento de racionalização de recursos em saúde, intervenções com reduzido impacto financeiro e potencial elevado de melhoria da qualidade assumem particular relevância estratégica.

Também a American Heart Association recomenda, desde 2010, a realização de *debriefing* após a abordagem a todas as situações de PCR assistidas por profissionais de saúde em contexto hospitalar (Gilmartin et al., 2020). Ainda assim, e apesar do reconhecimento alargado da sua relevância, a implementação desta prática na realidade clínica mantém-se limitada, implementado em apenas 25% das situações, sendo ainda reconhecida, pela maioria dos profissionais de saúde, a importância de formação formal para sustentar a condução deste processo de apreciação crítico-reflexiva (Kam et al., 2022).

Esta discrepância entre o conhecimento teórico e a aplicação prática revela uma incongruência preocupante, sobretudo à luz da evidência científica que destaca os múltiplos benefícios associados à implementação sistemática desta estratégia, tanto ao nível da aprendizagem como

da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Berchtenbreiter et al., 2023).

Importa salientar que as equipas que participam em momentos de *debriefing* estruturados e adequadamente conduzidos, orientados para a adaptação e evolução conjunta, apresentam um desempenho superior ao das equipas que não recorrem a este formato (Walker et al., 2020).

Neste enquadramento, o EEEMCPCS, assume um compromisso ético, legal e profissional significativo na salvaguarda da segurança dos doentes, desempenhando um papel crucial na prevenção de erros em saúde. A garantia de cuidados seguros requer o empenho coletivo de todos os intervenientes no sistema de saúde, devendo ser promovido um ambiente propício à formação contínua, à aprendizagem a partir dos erros e à implementação de estratégias e práticas baseadas na evidência (Barroso et al., 2021), como é exemplo a utilização do *debriefing*.

Face ao exposto, torna-se pertinente aprofundar a compreensão das barreiras que dificultam a implementação do *debriefing* em contexto real de prática clínica, sobretudo em ambientes de elevada complexidade e exigência, como o SU. A identificação e clarificação das barreiras associados à adoção do *debriefing* permitirá compreender de forma mais consistente os fatores que condicionam a transposição das recomendações teóricas para a prática assistencial. Paralelamente, poderá fundamentar o desenvolvimento de estratégias institucionais ajustadas à realidade organizacional, orientadas para a superação dessas barreiras e para a integração sustentada do *debriefing* enquanto instrumento estruturante de aprendizagem, reflexão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

2. Tipo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido com recurso a uma *Scoping Review* (ScR), de acordo com as orientações metodológicas propostas pelo Joanna Briggs Institute (JBI) *Manual for Evidence Synthesis* (Peters et al., 2024). A apresentação e o relato dos resultados foram estruturados em conformidade com a checklist PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018).

Este tipo de revisão constitui uma abordagem de síntese de evidência particularmente adequada para mapear conceitos, clarificar definições na literatura, identificar a natureza e a extensão da investigação disponível e evidenciar lacunas no conhecimento relativamente a determinado fenómeno. Caracteriza-se pela sua utilidade em áreas emergentes ou pouco exploradas, permitindo compreender o panorama global da investigação existente, independentemente do desenho metodológico dos estudos incluídos, destacado mundialmente na área de síntese de evidências em saúde, com notável crescimento na última década (Peters et al., 2020). Trata-se de um método de revisão inicialmente proposto por Arksey and O'Malley (2005) e posteriormente aprimorado pelo JBI em 2015, 2020 e 2024, que expandiu o modelo original ao definir orientações metodológicas rigorosas para a condução de revisões do tipo *scoping*.

A ScR foca-se no mapeamento da amplitude da evidência e na identificação de lacunas no conhecimento, prescindindo, habitualmente, da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, de modo a privilegiar a abrangência do mapeamento (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018).

As etapas de uma ScR, conforme preconizado no *JBI Manual for Evidence Synthesis* (2024), envolvem um percurso sequencial e interdependente que orienta e assegura a robustez de todo o processo. Este inicia-se com o desenvolvimento de um protocolo à *priori*, seguido da formulação da questão de investigação através da estratégia PCC, que permite delimitar com precisão o campo de análise. As fases subsequentes compreendem a definição dos critérios de inclusão e exclusão, a operacionalização de uma estratégia de pesquisa tripartida e sensível e a seleção sistemática da evidência, mediante triagem de títulos, resumos e leitura integral. O processo culmina na extração, organização e análise descritiva dos dados, permitindo a síntese e a discussão crítica do mapeamento realizado, com vista à identificação de lacunas no conhecimento e à formulação de implicações para a prática clínica e para a investigação futura (Peters et al., 2024; Tricco et al., 2018).

A transparência e o rigor do relato são garantidos pela aplicação da extensão PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Este instrumento estabelece os requisitos essenciais para a comunicação dos resultados, promovendo a padronização e assegurando que o processo de síntese seja auditável e claro para a comunidade científica.

No contexto desta investigação, a adoção desta metodologia justifica-se pela necessidade de

mapear as barreiras à implementação do *debriefing*, fornecendo uma base diagnóstica sobre as condicionantes que influenciam esta prática nos serviços de urgência.

O protocolo desta revisão foi previamente registrado na plataforma Open Science Framework e encontra-se disponível em: <https://osf.io/fe8zs>.

2.1. Objetivo e finalidade do estudo

A formulação de objetivos rigorosos constitui uma etapa estruturante no desenvolvimento de uma ScR, uma vez que delimita o âmbito da investigação e assegura a consistência metodológica na identificação, seleção e análise crítica da evidência disponível (Apóstolo, 2017; Peters et al., 2024).

Deste modo, com o intuito de garantir a coerência científica de todo o percurso investigativo, definiu-se como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde na implementação do *debriefing* em SU.

A finalidade deste estudo reside na necessidade de clarificar o estado atual do conhecimento sobre o fenómeno, permitindo identificar lacunas teóricas e empíricas que justifiquem futuras investigações. No plano profissional, este trabalho pretende sustentar a reflexão crítica sobre a gestão de cuidados à PSC, fornecendo bases teóricas que possam apoiar o desenvolvimento de estratégias institucionais orientadas para a superação das barreiras identificadas e para a promoção de uma cultura de segurança e aprendizagem contínua nos SU.

2.2. Questão de revisão

A formulação de uma questão de revisão constitui um passo fundamental na construção de qualquer estudo científico, assumindo particular relevância no contexto de uma ScR, na medida em que norteia todo o processo de identificação, seleção e síntese da literatura (Peters et al., 2024). A definição rigorosa da questão assegura a coerência entre o objetivo do estudo e os

procedimentos metodológicos adotados, permitindo mapear o estado do conhecimento sobre um determinado fenómeno e identificar lacunas que carecem de investigação adicional (Munn et al., 2018).

No presente estudo, a questão de revisão que sustenta o percurso metodológico foi formulada de acordo com a metodologia proposta pelo JBI, que estabelece critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC — População, Conceito e Contexto. A utilização desta estrutura garante precisão conceptual e adequação ao carácter exploratório da ScR, permitindo delimitar o foco do estudo e orientar de forma sistemática a identificação e seleção da evidência disponível, assegurando consistência e clareza no desenvolvimento das etapas subsequentes da revisão.

A tabela 1 apresenta a questão de revisão segundo o método PCC.

Tabela 1 - *Questão de revisão segundo o método PCC*

P	População	Profissionais de saúde
C	Conceito	Barreiras à implementação do <i>debriefing</i>
C	Contexto	Serviços de Urgência
Questão de revisão		
Que barreiras enfrentam os profissionais de saúde na implementação do <i>debriefing</i> em serviços de urgência?		

Fonte: Elaboração própria

2.3. Seleção de termos de pesquisa

Em conformidade com as diretrizes do JBI, a estratégia de pesquisa numa revisão deve ser construída de forma a localizar e reunir a maior quantidade possível de evidência pertinente à questão de revisão, assegurando simultaneamente amplitude e rigor à síntese de conhecimento. Para tal, é essencial planear cuidadosamente o processo de pesquisa, recorrendo a múltiplas fontes de informação, diferentes combinações de descritores, operadores booleanos e filtros adequados, identificar todos os estudos relevantes, reduzindo potenciais vieses e fortalecendo a robustez dos resultados da revisão. A operacionalização da busca bibliográfica estruturou-se

numa estratégia de pesquisa tripartida — uma pesquisa inicial exploratória, seguida de uma pesquisa sistemática e estruturada e, por fim, uma pesquisa adicional nas listas de referências — assegurando um refinamento progressivo e sistemático na identificação da evidência (Peters et al., 2024).

A primeira etapa do processo, realizada em maio de 2025, consistiu numa pesquisa preliminar nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCOhost). Nesta etapa, utilizou-se uma combinação preliminar de termos livres ("*debrief*" AND ("*barrier*" OR "*obstacle*") AND "*medical emergency team*" AND "*emergency department*"), com o objetivo de analisar as palavras de texto contidas nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação (descritores) utilizados nos artigos recuperados. Este procedimento foi fundamental para mapear a terminologia específica e fundamentar a construção de uma estratégia de pesquisa mais sensível.

Na segunda fase, procedeu-se à consulta sistemática dos vocabulários estruturados *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), de forma a identificar termos controlados relevantes e assegurar uma adequada correspondência entre a terminologia utilizada na pesquisa e os vocabulários estruturados utilizados na indexação das bases de dados. Desta análise resultou a identificação de descritores controlados pertinentes que foram integrados na estratégia de pesquisa como termos controlados. Verificou-se que alguns conceitos centrais ao estudo não possuíam indexação direta nos vocabulários MeSH/DeCS, facto que justificou a inclusão adicional de termos livres, sinónimos, variações terminológicas e formas truncadas, de modo a captar a diversidade de expressões utilizadas na literatura científica.

A combinação de descritores controlados com termos livres teve como finalidade tornar a pesquisa simultaneamente abrangente e sensível, reduzindo o risco de omissão de estudos relevantes. Para reforçar a precisão e especificidade das equações de busca, foram utilizados operadores booleanos (AND e OR), permitindo a articulação lógica entre os diferentes termos e a inclusão de múltiplas variações lexicais, nomeadamente através do uso da truncatura "*".

Como resultado do processo descrito anteriormente, obteve-se a seguinte expressão booleana:

("health personnel" OR "health care professional*" OR "health care provider*" OR "healthcare provider*" OR "healthcare worker*") AND (barrier* OR obstacle* OR challenge* OR limitation* OR

*difficultie**) AND (*debriefing* OR "*clinical debriefing*" OR "*post-event debriefing*" OR "*hot debriefing*" OR "*cold debriefing*" OR *feedback* OR "*formative feedback*" OR "*constructive feedback*") AND ("*emergency department*" OR "*emergency service*" OR "*emergency room*" OR "*urgent care*" OR "*emergency service, hospital*")

Esta estratégia de pesquisa foi posteriormente adaptada às especificidades de indexação e sintaxe de cada base de dados, reconhecendo-se que cada plataforma recorre ao seu próprio vocabulário controlado e apresenta particularidades ao nível da indexação. As bases de dados incluídas nesta fase foram MEDLINE (via PubMed), MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection (via EBSCOhost) e Scopus. Estas bases de dados foram escolhidas por constituírem fontes de referência na área da saúde, facultando o acesso à evidência científica atual, relevante e assente em critérios de rigor metodológico. Adicionalmente, procedeu-se à pesquisa de literatura cinzenta, com recurso a palavras-chave, incluindo o repositório da Universidade do Minho, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e o Google Académico, com o objetivo de identificar trabalhos académicos e documentos não indexados em bases de dados tradicionais, contribuindo para uma revisão mais completa e abrangente.

Finalmente, na terceira fase, realizou-se a pesquisa descendente, através da análise das listas de referências bibliográficas dos estudos selecionados para leitura integral, com o objetivo de identificar fontes adicionais de relevância que não tivessem sido captadas na pesquisa inicial.

2.4. Seleção dos estudos

A definição rigorosa dos critérios de elegibilidade constitui uma etapa estruturante para assegurar a coerência, a transparência e a reprodutibilidade de uma ScR (Peters et al., 2024). Estes critérios foram delineados com base nos elementos do modelo PCC e no objetivo previamente definido, permitindo delimitar as fronteiras do mapeamento da evidência.

Na presente revisão foram incluídos estudos que cumprissem cumulativamente os seguintes pressupostos:

- Participantes: profissionais de saúde envolvidos na prestação direta de cuidados;
- Conceito: estudos que abordem o *debriefing*, realizado em situações reais de prestação de cuidados, independentemente do tipo ou formato, e que explorem barreiras, dificuldades ou outros fatores relacionados com a sua implementação;
- Contexto: estudos realizados em SU, em contextos reais de prática clínica;
- Tipologia de Evidência: estudos que respondam à questão de partida sem restrições quanto ao seu desenho;
- Limites Cronológicos e Linguísticos: publicações dos últimos dez anos (2016-2026), redigidas em português ou inglês e disponíveis em texto integral de acesso livre.

Foram excluídos os estudos que:

- abordassem o *debriefing* em contextos de simulação clínica, treino, ensino académico ou formação profissional, por não refletirem as barreiras do contexto assistencial real;
- incidissem sobre contextos assistenciais distintos do SU, sempre que os resultados não possam ser claramente atribuídos a este contexto específico;
- explorassem predominantemente a eficácia ou os benefícios do *debriefing*, sem identificação de barreiras, dificuldades ou fatores que limitem a sua implementação;
- se centrassem na perspetiva de estudantes ou de equipas não diretamente envolvidas na prestação de cuidados em SU;
- constituíssem documentos de natureza opinativa, não empírica ou sumária (editoriais, comentários, cartas ao editor, textos de opinião, protocolos de estudo, resumos de conferências ou comunicações breves;
- apresentassem acesso incompleto ao conteúdo, impossibilitando a extração e análise rigorosa dos dados.

Para a gestão e seleção das fontes de evidência, foi utilizada a plataforma tecnológica Rayyan®. Esta ferramenta permitiu a organização sistemática dos registos, a remoção automática de duplicados e a condução do processo de triagem em "modo cego", minimizando o risco de viés de seleção (Tricco et al., 2018).

Em conformidade com as recomendações do JBI (2024), a seleção decorreu em duas fases independentes realizadas por dois revisores. Numa primeira fase, procedeu-se à triagem de títulos e resumos face aos critérios de inclusão definidos. Numa segunda fase, os estudos

potencialmente relevantes foram sujeitos a leitura integral. Para garantir a objetividade e a uniformidade nesta etapa, recorreu-se à utilização de uma Ferramenta de Análise de Elegibilidade especificamente adaptada (Quadro 1), que permitiu validar a inclusão de cada artigo com base nos elementos do PCC e na tipologia de evidência.

Quadro 1 - Ferramenta de Análise de Relevância/ Elegibilidade adaptada à investigação

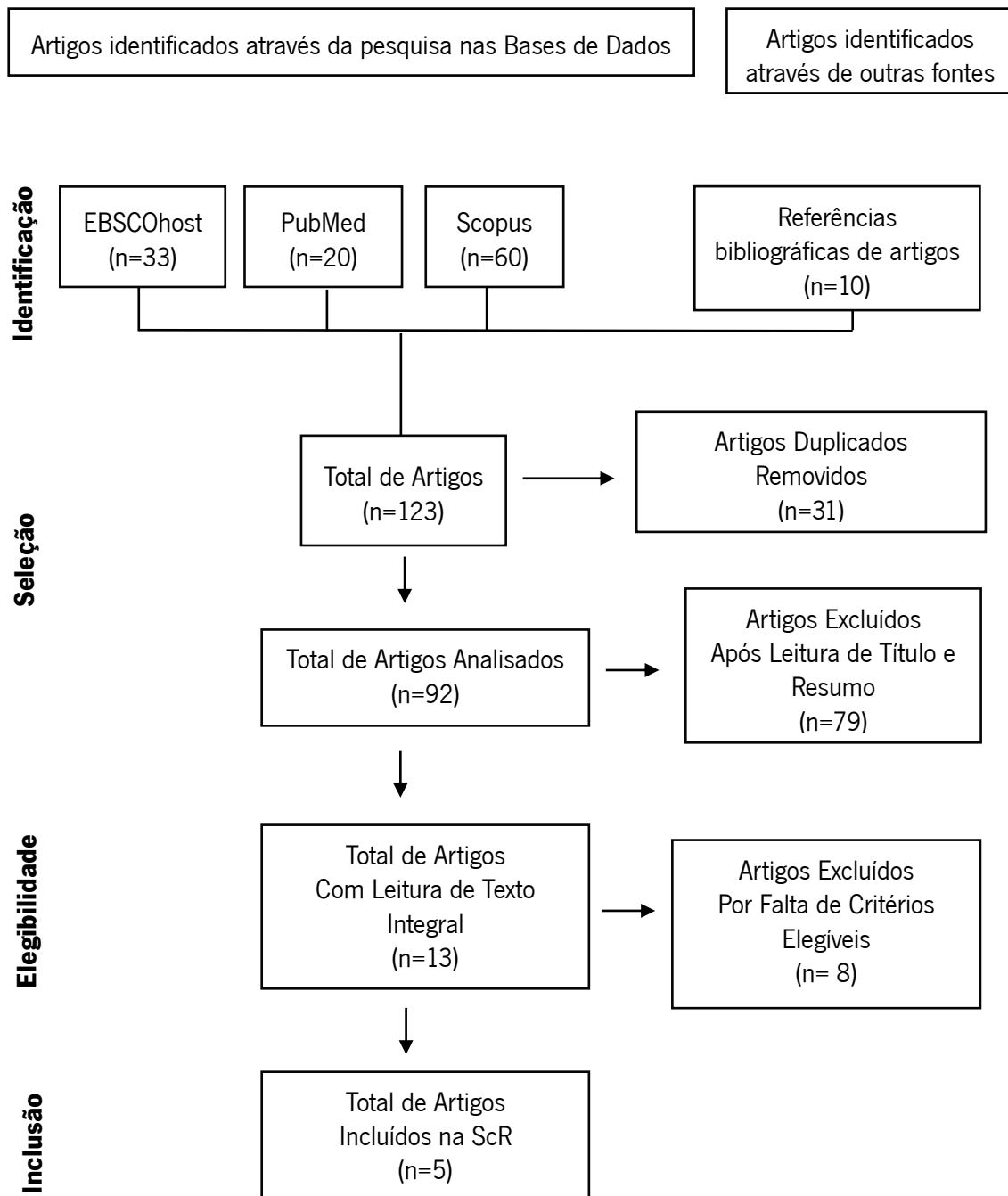
PCC	Questão		Sim	Não
População	1	Inclui exclusivamente profissionais de saúde?		
Conceito	2	Aborda o <i>debriefing</i> em cuidados de saúde a adultos?		
Conceito	3	Explora barreiras, dificuldades ou fatores de implementação do <i>debriefing</i> ?		
Contexto	4	Refere-se ao Serviço de Urgência, em contexto real de prática clínica?		
Crítérios de elegibilidade	5	Foi publicado nos últimos dez anos, está redigido em português ou inglês e disponível em texto integral de acesso livre?		

Fonte: Elaboração própria

Os estudos que não cumpriram os critérios definidos foram excluídos após a leitura integral do texto. Eventuais divergências entre os revisores durante o processo de seleção foram resolvidas através de discussão e consenso.

Após a seleção final, procedeu-se ainda à análise das referências bibliográficas dos estudos incluídos, com o propósito de identificar fontes complementares consideradas pertinentes. Todo o fluxo de seleção, desde a identificação inicial até à inclusão final, encontra-se documentado no fluxograma adaptado do modelo PRISMA-ScR, que se apresenta de seguida.

Figura 1 - Fluxograma adaptado ao modelo PRISMA-ScR



O fluxograma PRISMA-ScR apresentado sintetiza o percurso metodológico seguido ao longo das fases de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos considerados nesta ScR.

Na fase inicial de identificação, foram obtidos 123 artigos através da pesquisa nas bases de dados previamente selecionadas, bem como por outras fontes, designadamente a consulta das referências bibliográficas de artigos considerados relevantes. Após a exportação dos dados para a plataforma Rayyan®, identificaram-se e removeram-se 31 artigos duplicados, resultando em 92 artigos para a fase subsequente.

Na fase de seleção, foram analisados os títulos e resumos dos 92 artigos, confrontando-os com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Desta etapa resultou a exclusão de 79 artigos, por não cumprirem os pressupostos metodológicos da revisão, permanecendo 13 estudos para avaliação detalhada.

Seguidamente, na fase de elegibilidade, os 13 artigos remanescentes foram sujeitos a leitura integral e crítica. Após esta análise, foram excluídos 8 artigos, por incumprimento dos critérios de elegibilidade específicos.

Por fim, na fase de inclusão, foram integrados 5 artigos nesta ScR, por reunirem todos os critérios previamente estabelecidos.

Em suma, o fluxograma PRISMA-ScR mostra de forma transparente e auditável todo o percurso metodológico, garantindo a rastreabilidade do processo de seleção e reforçando a credibilidade científica da evidência sintetizada nesta revisão.

2.5. Apresentação dos resultados

A sistematização dos resultados extraídos consubstancia-se no presente subcapítulo, através da exposição detalhada e da síntese narrativa dos dados selecionados, organizada de forma a proporcionar uma leitura integrada e sistemática da evidência científica mapeada. Em conformidade com as diretrizes do JBI (2024), esta apresentação visa responder diretamente à questão de investigação, demonstrando a natureza e a extensão do conhecimento atual sobre as barreiras à implementação do *debriefing*.

Com o propósito de operacionalizar a análise e facilitar a consulta sistemática dos dados, a informação foi organizada num quadro de síntese que integra, por um lado, a caracterização dos estudos incluídos — contemplando o título, a autoria, o ano de publicação, o país de origem, a caracterização dos participantes e o objetivo do estudo — e, por outro, o mapeamento dos conteúdos e resultados, com enfoque na extração específica das barreiras identificadas pelos profissionais de saúde relativamente à implementação do *debriefing* em SU. Esta metodologia de apresentação permite uma visão panóptica da literatura analisada, favorecendo a identificação de padrões de convergência, especificidades contextuais e lacunas na evidência disponível, assegurando que a síntese dos resultados constitua uma base fidedigna e rigorosa para a discussão crítica que se segue, integrando os contributos científicos de forma coerente com os objetivos delineados para esta ScR.

Quadro 2 - *Estudos incluídos na revisão*

Estudo 1	Título	Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings			
	Autores	Stuart C. Rose; Netanya Asna Ashari; Jan M. Davies; Lorena Solis; Thomas A. O'Neill			
	País	Ano	População	Objetivo	Resultados
	Canadá	2022	30 profissionais de saúde do serviço de urgência	Explorar as percepções dos profissionais do serviço de urgência sobre o impacto do <i>debriefing</i> clínico interprofissional (INFO) na prática clínica, no stress e no bem-estar.	Neste estudo, os profissionais de saúde identificaram como principais barreiras à implementação do <i>debriefing</i> em serviços de urgência os constrangimentos temporais, descritos por todos os participantes como o principal obstáculo, bem como a escassez de profissionais, as mudanças de turno, o elevado volume de doentes e as exigências assistenciais concorrentes. Adicionalmente, a ausência de integração formal do <i>debriefing</i> na estrutura de trabalho, a sua não realização no período imediato pós-evento e a menor valorização desta prática em situações percebidas como menos traumáticas, mais frequentes ou com desfecho esperado limitaram a sua

					realização regular.
--	--	--	--	--	---------------------

Estudo 2	Título	Bolstering clinician resilience through an interprofessional, web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic			
	Autores	Desiree R. Azizoddin; Kristen Vella Gray; Andrew Dundin; Demian Szyld			
	País	Ano	População	Objetivo	Resultados
	Estados Unidos	2020	81 profissionais de saúde interprofissionais do serviço de urgência	Implementar um programa interprofissional de <i>debriefing</i> online para reforçar a resiliência dos profissionais de saúde	O estudo permite identificar fatores dificultadores à implementação do <i>debriefing</i> , nomeadamente a comunicação interprofissional fragmentada e a ausência de um plano institucional orientado para as necessidades das equipas. Importa considerar que estes achados decorrem de um contexto muito específico — um programa de <i>debriefing</i> opcional, virtual e noturno, implementado em dois serviços de urgência durante a pandemia de COVID-19.

Estudo 3	Título	Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department			
	Autores	Stuart Rose; Adam Cheng			
	País	Ano	População	Objetivo	Resultados
	Canadá	2018	Equipas interprofissionais de três serviços de urgência, com mais de 1300 profissionais participantes em 254 sessões de <i>debriefing</i>	Desenvolver e implementar um programa de <i>debriefing</i> clínico facilitado por enfermeiros-chefes em serviços de urgência.	As barreiras à implementação do <i>debriefing</i> em serviços de urgência prendem-se sobretudo com a falta de facilitadores devidamente treinados, a predominância de modelos centrados na facilitação médica e os constrangimentos operacionais do contexto assistencial, nomeadamente limitações de tempo, exigências assistenciais contínuas e acumulação

					de doentes em espera, que reduzem a disponibilidade dos médicos para coordenar o processo. O estudo assinala ainda que, a ausência prévia de um modelo estruturado de implementação, com definição clara de responsáveis, o que contribuía para a realização irregular dos <i>debriefings</i> .
--	--	--	--	--	---

Estudo 4	Título	STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department			
	Autores	Craig Andrew Walker; Laura McGregor; Cameron Taylor; Sara Robinson			
	País	Ano	População	Objetivo	Resultados
	Reino Unido	2020	Profissionais do serviço de urgência; amostra de inquéritos: 40 profissionais na avaliação inicial, 30 aos 6 meses e 41 aos 18 meses	Desenvolver e avaliar o modelo de hot <i>debriefing</i> STOP5 para casos de reanimação no serviço de urgência.	Os profissionais de saúde referiram como principais barreiras à realização do <i>debriefing</i> em serviços de urgência a falta de tempo, a elevada carga assistencial e a existência de outras exigências clínicas imediatas, que frequentemente obrigavam a adiar ou a omitir este momento de reflexão. Foram ainda identificadas a ansiedade de desempenho, a dificuldade em garantir um ambiente psicologicamente seguro para a partilha entre os profissionais e a dispersão precoce da equipa após os episódios de reanimação. Acresce que a necessidade de aguardar o regresso de outras especialidades envolvidas no evento dificultava a realização do <i>debriefing</i> no momento oportuno, podendo levar ao seu atraso, à participação incompleta da equipa ou mesmo à sua não realização.

Estudo 5	Título	Promoting hot debriefing in an emergency department			
	Autores	Stephen Gilmartin; Laura Martin; Siobhain Kenny; Ian Callanan; Nigel Salter			
	País	Ano	População	Objetivo	Resultados
	Reino Unido	2020	Profissionais de saúde do serviço de urgência: 20 e mais de 60 enfermeiros	Introduzir e avaliar a implementação de hot <i>debriefing</i> após paragens cardiorrespiratórias no serviço de urgência	As principais barreiras à implementação do <i>hot debriefing</i> no serviço de urgência foram a limitada familiaridade com o processo, o aumento da carga de trabalho, o receio de reconhecer falhas pessoais, a dependência da presença de profissionais que promoviam ativamente a sua realização, a elevada rotatividade médica e o esquecimento da sua realização durante o turno. Embora a pressão temporal tenha sido inicialmente apontada como possível obstáculo, os participantes consideraram o instrumento breve e adequado, sugerindo que os principais desafios à sua implementação se relacionaram sobretudo com o conhecimento do processo, a adesão dos profissionais e a sua sustentabilidade organizacional, mais do que com a duração do <i>debriefing</i> em si.

Fonte: Elaboração própria

2.6. Discussão dos resultados

A análise integrada das evidências extraídas desta ScR revela que a implementação do *debriefing* em SU é condicionada por uma teia complexa de barreiras interdependentes, que se manifestam a níveis organizacional, operacional e individual. Em consonância com o enquadramento conceptual do estudo, o *debriefing* configura-se como uma reflexão guiada, que visa a análise sistemática das intervenções clínicas e o suporte emocional das equipas, assumindo um papel determinante na promoção da cultura de segurança e na melhoria contínua do desempenho profissional (Coutinho et al., 2014; Dufrene & Young, 2014; Hale et al., 2020).

A barreira mais consensual e transversal entre os achados reside nos constrangimentos temporais e na elevada carga assistencial, fatores que emergem como o principal impedimento à reflexão pós-evento em quase todos os contextos analisados (Rose et al., 2022; Walker et al., 2020; Gilmartin et al., 2020). Esta pressão cronológica é frequentemente exacerbada pela escassez de recursos humanos, pelo elevado volume de doentes e pela necessidade de responder a exigências clínicas imediatas e concorrentes, o que força a omissão ou o adiamento sistemático do *debriefing* (Rose & Cheng, 2018; Rose et al., 2022; Walker et al., 2020). Esta interrupção precoce do ciclo de aprendizagem, logo na sua etapa de observação reflexiva (Mullan et al., 2014), inviabiliza a operacionalização de uma estratégia que a American Heart Association considera determinante para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Gilmartin et al., 2020).

No entanto, importa notar uma nuance relevante introduzida pela evidência de que a duração do processo em si pode não ser o problema fundamental se forem utilizados instrumentos breves e estruturados, neste sentido, a perceção da falta de tempo pode estar mais relacionada com a falta de sustentabilidade organizacional e com o desconhecimento do processo do que com a exequibilidade real da prática (Gilmartin et al., 2020).

A nível institucional, verifica-se uma ausência de integração formal do *debriefing* nas rotinas de trabalho, o que, aliado à falta de protocolos claros e de modelos estruturados de implementação, contribui para uma realização irregular e dependente da iniciativa individual (Rose & Cheng, 2018; Rose et al., 2022). Esta fragilidade estrutural é alimentada pela escassez de facilitadores

com formação específica - contrariando o pressuposto de Kessler et al. (2015), que identificam a formação formal do facilitador como um imperativo metodológico inalienável para assegurar a condução de sessões estruturadas que promovam a reflexão crítica sem inibir a participação da equipa - e pela predominância de modelos de facilitação excessivamente centrados na figura médica, o que pode inibir a participação plena da equipa multidisciplinar e comprometer a continuidade da prática face à elevada rotatividade dos profissionais (Gilmartin et al., 2020; Rose & Cheng, 2018).

Adicionalmente, a falta de apoio das lideranças e a inexistência de planos institucionais orientados para as necessidades reais das equipas refletem uma cultura organizacional onde o *debriefing* é muitas vezes percecionado como uma atividade opcional ou secundária, especialmente em situações clínicas consideradas rotineiras ou menos traumáticas (Azizoddin et al., 2020; Rose et al., 2022).

No plano da dinâmica operacional do SU, marcada por uma elevada densidade assistencial e pela alternância rápida entre cenários de emergência, reflete-se na dificuldade em estabilizar a equipa para o *debriefing*. A dispersão precoce dos profissionais após episódios críticos e a dificuldade em reunir elementos de diferentes especialidades, que necessitam de regressar rapidamente aos seus serviços de origem, dificultam sobremaneira a realização do *debriefing* no período imediato (*hot debriefing*), resultando em participações incompletas ou no esquecimento da tarefa durante o turno (Gilmartin et al., 2020; Walker et al., 2020). Estas dificuldades logísticas são agravadas por falhas na comunicação interprofissional e por mudanças de turno que interrompem o fluxo de trabalho (Azizoddin et al., 2020; Rose et al., 2022).

Por fim, as barreiras de cariz psicológico e emocional assumem um papel determinante, destacando-se a dificuldade em garantir um ambiente de segurança psicológica onde os profissionais se sintam confortáveis para partilhar experiências sem receio de julgamento, crítica ou punição (Walker et al., 2020). Apesar de a fundamentação teórica postular a premência de uma atmosfera de segurança psicológica e respeito mútuo, pautado pela análise objetiva dos processos e pela confiança interpessoal (Bresolin et al., 2022), a realidade é marcada pelo receio do julgamento, pela ansiedade de desempenho, o medo de admitir falhas pessoais perante os pares. O impacto emocional direto do evento crítico manifestado através de stress, tristeza ou luto, pode levar os profissionais, particularmente os mais jovens ou menos experientes, a evitar o momento de reflexão (Gilmartin et al., 2020; Walker et al., 2020).

Em última análise, os resultados sugerem que a transposição das barreiras ao *debriefing* exige uma abordagem sistémica que ultrapasse a mera gestão do tempo. É imperativo o desenvolvimento de uma cultura de segurança que valorize a aprendizagem coletiva, garanta formação específica aos facilitadores, a criação de protocolos adaptados à urgência e proteja o tempo de reflexão como uma dimensão indissociável da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à PSC.

2.7. Limitações do estudo, implicações para a prática clínica e investigação

Não obstante a robustez das evidências mapeadas, a interpretação destes resultados deve ser enquadrada por algumas limitações metodológicas e contextuais inerentes ao processo de revisão. Desde logo, o reduzido corpo de evidência identificado ($n=5$) reflete a elevada especificidade do tema e a escassez de investigação primária focada estritamente nas barreiras em contexto real de urgência. Adicionalmente, o viés geográfico para contextos de sistemas de saúde anglo-saxónicos exige cautela na transposição direta das conclusões para a realidade do SNS em Portugal, onde os modelos de dotação e a cultura organizacional podem apresentar matizes distintos.

Em conformidade com as diretrizes metodológicas do JBI (Peters et al., 2024), a presente ScR não procedeu à avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que tal procedimento não integra o objetivo deste tipo de revisão, cujo propósito é mapear a extensão e natureza da evidência disponível e não hierarquizá-la segundo critérios de qualidade. Esta opção, metodologicamente fundamentada, não invalida os achados, mas deve ser considerada na leitura e interpretação dos resultados.

No que concerne às implicações para a prática clínica, os resultados desta revisão sugerem que a superação das barreiras ao *debriefing* em SU não pode ser alcançada através de intervenções pontuais ou isoladas. A evidência aponta, de forma convergente, para a necessidade de uma abordagem sistémica e culturalmente sustentada, que envolva simultaneamente os profissionais, as equipas de gestão e as lideranças institucionais. A criação de uma cultura de segurança psicológica, onde o erro é encarado como oportunidade de aprendizagem e não como motivo de julgamento ou punição, emerge como condição prévia e indispensável para a viabilização de

qualquer modelo de *debriefing* estruturado. Neste sentido, a implementação de protocolos breves e adaptados à realidade operativa do SU representa uma estratégia concreta e exequível, que demonstrou ser capaz de integrar o *hot debriefing* na rotina assistencial sem comprometer a capacidade de resposta das equipas.

A formação específica de facilitadores constitui, igualmente, uma implicação central desta revisão. A evidência sugere que a dependência excessiva da figura médica como facilitador único fragiliza a sustentabilidade da prática, pelo que a capacitação de EE para a condução de sessões de *debriefing* afigura-se como uma estratégia de elevado impacto. Neste domínio, o EEEMCPSC ocupa uma posição privilegiada, não apenas pela sua proximidade permanente à equipa e ao doente crítico, mas também pela sua formação avançada em gestão de situações de alta complexidade, comunicação interprofissional e liderança clínica (OE, 2018d). A sua intervenção como facilitador de *debriefing* poderá, assim, contribuir para a democratização desta prática, tornando-a menos dependente da disponibilidade médica e mais integrada na cultura de cuidados de enfermagem especializados.

Quanto às implicações para a investigação futura, os resultados desta revisão evidenciam lacunas significativas que merecem ser colmatadas. A ausência de estudos realizados no contexto do SNS português representa uma limitação que urge superar, uma vez que as especificidades do modelo de organização dos SU em Portugal, nomeadamente os rácios de dotação, a estrutura das equipas multiprofissionais e a cultura organizacional vigente, podem determinar um perfil de barreiras distinto do identificado na literatura internacional. Investigações futuras que explorem as perceções dos profissionais de saúde portugueses sobre o *debriefing* em contexto de urgência, contribuiriam de forma determinante para o desenvolvimento de modelos de implementação culturalmente adaptados e clinicamente sustentáveis. Adicionalmente, estudos que avaliem o impacto de programas de formação de facilitadores sobre a frequência e a qualidade do *debriefing* realizado constituem uma prioridade de investigação identificada por esta revisão.

2.8. Considerações éticas

A investigação em enfermagem, independentemente da sua tipologia metodológica, deve reger-

se por elevados padrões de integridade científica e ética, assegurando o respeito pela dignidade humana e a credibilidade dos resultados produzidos (Cabral et al., 2015). No contexto desta investigação, reconhece-se a responsabilidade ética e profissional do enfermeiro enquanto investigador, cujo papel se orienta para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para o avanço do conhecimento científico na área da PSC (International Council of Nurses, 2021).

A condução desta ScR pautou-se pelo estrito cumprimento dos princípios éticos e deontológicos que regem a investigação científica. Em conformidade com o Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (All European Academies, 2018) e as diretrizes metodológicas do JBI, o processo foi orientado pelos pilares da fiabilidade, honestidade e responsabilidade intelectual.

Ao longo das etapas de seleção e extração de dados, garantiu-se a total isenção e inexistência de conflitos de interesse, uma vez que não se verificavam vínculos de natureza financeira, pessoal ou institucional entre os investigadores e os autores dos estudos incluídos. Na análise e discussão dos resultados, privilegiou-se a fidedignidade da evidência, assegurando a devida referência e a salvaguarda da integridade do conteúdo original, de modo a evitar qualquer enviesamento ou desvirtuamento do discurso dos autores primários.

Por se tratar de um estudo de síntese de evidência assente exclusivamente em dados secundários de domínio público, não foi necessária a submissão ou aprovação por um Comité de Ética, cumprindo-se, no entanto, todas as normas de transparência e auditabilidade inerentes aos desafios práticos e intelectuais desta tipologia de investigação.

CONCLUSÃO

A prestação de cuidados à PSC inscreve-se num dos domínios mais exigentes e complexos da prática de enfermagem, onde a imprevisibilidade clínica, a densidade tecnológica e a intensidade emocional convergem num mesmo espaço e num mesmo momento, exigindo do profissional não apenas competência técnica, mas uma capacidade de resposta integrada, reflexiva e profundamente humana. É precisamente neste contexto de elevada exigência que a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, adquire todo o seu sentido e relevância, constituindo um compromisso com a excelência que transcende o domínio do gesto clínico e se estende à produção de conhecimento, à liderança de equipas e à promoção de uma cultura de segurança sustentada.

A elaboração do presente relatório de estágio constitui o culminar de um percurso formativo de elevada exigência e densidade, marcando a transição para um exercício profissional especializado e cientificamente sustentado. Este percurso, marcado pela articulação entre a componente clínica e a componente de investigação, permitiu uma consciencialização progressiva dos diferentes domínios de intervenção do EEEMCPSC.

Na componente clínica, as 600 horas de estágio desenvolvidas em contextos de elevada complexidade — Unidade de Diagnóstico, Intervenção e Terapêutica, Serviço de Urgência e Medicina Intensiva — foram estruturantes para a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas. A imersão nestes contextos assistenciais permitiu o desenvolvimento de uma capacidade de resposta atempada e diferenciada, onde a monitorização avançada e a tecnologia se aliaram a uma tomada de decisão clínica fundamentada. Contudo, para além da destreza técnico-instrumental, este percurso clínico reforçou a premissa de que o cuidado ao doente crítico deve ser profundamente humanizado. A vulnerabilidade extrema da PSC e da sua família exige do especialista não apenas o domínio dos algoritmos de reanimação ou da ventilação mecânica, mas também uma presença ética, empática e capaz de garantir o respeito pela dignidade humana no limiar da vida.

A componente de investigação, materializada na realização da ScR sobre as barreiras à implementação do *debriefing* em serviços de urgência, surgiu como uma resposta direta às inquietações despertadas pela prática clínica. A evidência mapeada revelou que, embora

o *debriefing* seja reconhecido como uma estratégia vital para a segurança do doente e para a resiliência das equipas, a sua operacionalização enfrenta obstáculos severos de ordem organizacional, operacional e psicológicas. A identificação dos constrangimentos temporais, da falta de modelos estruturados e do receio de julgamento entre pares permitiu compreender que a excelência dos cuidados não depende apenas de competências individuais, mas de uma cultura institucional que proteja e valorize o tempo de reflexão como dimensão indissociável da prática clínica especializada.

Os resultados desta ScR evidenciam que a implementação do *debriefing* em SU constitui uma estratégia vital para a reflexão sobre a prática, a aprendizagem coletiva a partir de eventos críticos e a promoção da segurança do doente e do bem-estar emocional das equipas multidisciplinares. As dimensões das barreiras identificadas — organizacionais, operacionais e psicológicas — exigem do EE competências avançadas de liderança, facilitação e gestão de dinâmicas interpessoais, sustentadas na compreensão dos fatores humanos e nos princípios de segurança que regem a prática em ambientes de elevada complexidade e imprevisibilidade.

O EEEMCPSC assume, neste contexto, um papel determinante na desconstrução destas barreiras, ao integrar e operacionalizar o *debriefing* como uma dimensão estruturante da prestação de cuidados. A sua atuação enquanto facilitador e promotor de um ambiente de segurança psicológica contribui para a humanização e qualificação da resposta assistencial, transformando o erro e a dificuldade em oportunidades de melhoria contínua e de suporte genuíno entre pares.

Este relatório traduz um processo de crescimento multidimensional. A integração dos achados da investigação na prática clínica permitiu compreender que o EE deve atuar como um agente de mudança, capaz de desconstruir barreiras e de promover dinâmicas de aprendizagem coletiva.

A especialização na área da PSC não se esgota no "saber-fazer", impõe um compromisso permanente com a produção de conhecimento, com a liderança responsável e com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Reconhecer o *debriefing* não como uma atividade opcional ou acessória, mas como um pilar da excelência clínica e da resiliência das equipas, é precisamente o tipo de mudança cultural que o EE deve liderar.

O desenvolvimento de protocolos estruturados e adaptados à dinâmica da urgência ancorados nas competências específicas do EE, representa um investimento direto na segurança do doente e na sustentabilidade do sistema de saúde face às exigências complexas da assistência à PSC.

Ao concluir este ciclo de estudos, reafirma-se o compromisso ético e profissional de prestar cuidados especializados que honrem a complexidade do ser humano em situação crítica. Este percurso, aqui documentado, não representa um fim, mas sim o início de um exercício profissional pautado pela busca incessante da excelência, onde a ciência, a técnica e a humanidade convergem para a salvaguarda da vida e da dignidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgências* (RT 11/2015). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2022). *Circular normativa n° 11/2022: Termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como pouco urgentes, não urgentes ou encaminhamento inadequado nos serviços de urgência hospitalares para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas* (Circular normativa). https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2022/08/Circular_Normativa_11_2022.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência – RT 14/2019*. UIE/DRS/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos – RT 13/2019*. UIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- All European Academies. (2018). *Código europeu de conduta para a integridade da investigação* (Edição revista). https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Lusodidacta
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Azizoddin, D. R., Vella Gray, K., Dundin, A., & Szyld, D. (2020). Bolstering clinician resilience through an interprofessional, web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic. *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), 711–715. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1813697>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora
- Berchtenbreiter, K., Innes, K., Watterson, J., Nickson, C., & Wong, P. (2023). Intensive care unit nurses' perceptions of debriefing after critical incidents: A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.06.002>
- Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C. E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Povoas, P., Bouadma, L., Timsit, J. F., & Zahar, J. R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>
- Bresolin, P., Martini, J. G., Maffissoni, A. L., Sanés, M. S., Riegel, F., & Unicovsky, M. A. (2022). Debriefing em simulação clínica de enfermagem: Uma análise baseada na teoria de

- aprendizagem experiencial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20220152. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220152>
- Brindle, M. E., Henrich, N., Foster, A., Marks, S., Rosa, M., Galès, R., & Berry, W. (2018). Implementation of debriefing programs in surgery in large health systems: An exploratory qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 18, 220. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3003-3>
- Cabral, I. E., Egry, E. Y., & Barbosa, D. A. (2015). Integrity and ethics in research and scientific communication: Issues for nursing considerations. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 710–715. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500001>
- Cartolano, F. D. C., Moreira, J. S., & Hoher, J. A. (2009). Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de monitorização na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(3). <https://www.scielo.br/j/rbti/a/3ys6dNyCy4KrKY7JPQJhJw/?lang=pt>
- Cheng, A., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-Hilaire, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed debriefing for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus*, 14, 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100401>
- Coimbra, N. (Coord.). (2021). *Enfermagem de urgência e emergência*. Lidel – Edições Técnicas. ISBN 978-9897525742
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Parecer CJ/20-2001: Sobre passagem de turno junto aos doentes em enfermarias*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A., & Pereira, M. F. C. R. (2014). Construção e validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 41–50. <https://doi.org/10.12707/RIII1392>
- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R. D., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). *Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro* [Importance of evidence-based practice in nurse's work processes]. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2), 1–6. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304/20831>
- Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: A qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0281-3>
- Deutschman, C. S., & Neligan, P. J. (2019). *Evidence-based practice of critical care*. Elsevier.
- Dimmer, A., Baird, R., & Puligandla, P. (2024). *Role of practice standardization in outcome optimization for CDH*. *World Journal of Pediatric Surgery*, 7(2), e000783. <https://doi.org/10.1136/wjps-2024-000783>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003: A dor como 5.º sinal vital – registo sistemático da intensidade da dor*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010, de 6 de outubro: Plano de*

- emergência interno das unidades de saúde.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI) (Norma n.º 029/2012).* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Medicamentos de alerta máximo (Norma n.º 014/2015).* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Norma n.º 001/2017).* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA).* https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018a). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata (Norma n.º 002/2018).* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Utilização clínica de concentrado eritrocitário no adulto (Norma n.º 011/2018).* Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/utilizacao-clinica-de-concentrado-eritrocitario-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Higiene das mãos nas unidades de saúde (Norma n.º 007/2019).* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional para a segurança dos doentes 2021–2026.* Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário PPCIRA, 2021.* <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infeco-es-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Feixe de intervenções de prevenção da infeção associada a cateter venoso central (Norma n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022).* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Feixe de intervenções de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (Norma n.º 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022).*

- https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). *“Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação (Norma n.º 021/2015, atualizada a 17 de novembro de 2022)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022e). *Norma clínica n.º 020/2015, de 15 de dezembro de 2015: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico (atualizada a 17 de novembro de 2022)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Medicamentos de alta vigilância: norma n.º 008/2023, de 19 de dezembro de 2023*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023b). *Profilaxia antibiótica cirúrgica na criança e no adulto (Norma n.º 031/2013, atualizada a 29 de março de 2023)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2026). *NOTIFICA – Segurança do Doente*. Direção-Geral da Saúde. <https://notifica.dgs.min-saude.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (PNCI)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Dufrene, C., & Young, A. (2014). *Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review*. *Nurse Education Today*, 34(3), 372–376. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.026>
- Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 6-8.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Consentimento informado*. <https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- Escoval, A., & Rodrigues, A. T. (2025). *Indicadores da qualidade em saúde*. In *Qualidade: Multidisciplinaridade, lateralidade, perspetivas e desenvolvimento* (pp. 841–861). Riquál. https://publicacoes.riqual.org/wp-content/uploads/2025/08/edespl_25_841_861.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units: Annual epidemiological report for 2020* (Surveillance report). <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-infections-intensive-care-units-annual-epidemiological-report-2020.pdf>
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização* (5.ª ed.). Décarie

- Fuchita, M., Pattee, J., Le, D., To, T., Mucharraz, C., Knippa, S., Keyworth, A., Blaine, C., & Lindroth, H. (2025). Inter-rater agreement of Richmond Agitation Sedation Scale assessments in adult patients receiving mechanical ventilation in the ICU: A cross-sectional study. *Critical Care Explorations*, 7(9), e1302. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001302>
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000913>
- Girardi, J. M., Andrade, B. A. M. de, Leão, F. R. de C., Protazio, M. M., Oliveira, M. P. de, & Chaves, C. S. (2024). O protocolo SPIKES na comunicação de más notícias em saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 14(1), 142–150. <https://doi.org/10.18378/rebes.v14i1.10218>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Gräsner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., ... Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Greaves, J., Goodall, D., Berry, A., Shrestha, S., Richardson, A., & Pearson, P. (2018). *Nursing workloads and activity in critical care: A review of the evidence*. *Intensive & Critical Care Nursing*, 48, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.06.002>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaglen, P., Kuzovlev, A., ... Monsieurs, K. G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual do formando* (2.^a ed.). Grupo Português de Triagem.
- Grupo Português de Triagem. (2011). *Triagem de Manchester e as vias verdes*. <https://grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Gupta, A., Arya, S., Yadav, P., Gupta, A., Raj, A., Maurya, T., & Kaur, P. (2025). Barriers, challenges, and facilitators experienced by healthcare professionals in providing immediate and efficient care in the emergency department: A mixed-methods study. *Cureus*, 17(6), e86089. <https://doi.org/10.7759/cureus.86089>
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). *SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians*. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167–175. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(06\)32022-3](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(06)32022-3)
- Hale, S. J., Parker, M. J., Cupido, C., & Kam, A. J. (2020). Applications of postresuscitation debriefing frameworks in emergency settings: A systematic review. *AEM Education and Training*, 4(3), 223–230. <https://doi.org/10.1002/aet2.10444>
- Hoogendoorn, M. E., Margadant, C. C., Brinkman, S., Haringman, J. J., Spijkstra, J. J., & de Keizer, N. F. (2020). *Workload scoring systems in the intensive care and their ability to*

- quantify the need for nursing time: A systematic literature review. International Journal of Nursing Studies, 101*, 103408. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103408>
- Hugelius, K., & Adolfsson, A. (2019). The HOPE model for disaster nursing: A systematic literature review. *International Emergency Nursing, 45*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.03.007>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção: Manual TAS* (1.^a ed.). <http://bvabrant.es.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaislnem/manualSE.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP. (2020). *Hemovigilância*. <https://www.ipst.pt/index.php/pt/sph-hmv>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf
- International Liaison Committee on Resuscitation. (2022). *Debriefing of clinical resuscitation performance (EIT 6307 TF SR)*. <https://costr.ilcor.org/document/debriefing-of-clinical-resuscitation-performance-eit-6307-tf-sr>
- International Surgical Wound Complications Advisory Panel. (2020). *Recomendações internacionais de boas práticas para a identificação precoce e a prevenção de complicações de feridas cirúrgicas*. Wounds International. <https://iswcap.org/wp-content/uploads/2021/09/A-IDENTIFICACAO-PRECOCE-E-A.pdf>
- Iserson, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine, 49*(3), 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>
- Joint Commission International. (2018). *Improving patient and worker safety: Effective communication strategies*. Joint Commission Resources
- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., ... Parker, M. J. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: A comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. *BMC Emergency Medicine, 22*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
- Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Annals of Emergency Medicine, 65*(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Limungi, G. M., Simon, K., Tóth, L., Horvath, E., Szőllősi, A., Galgalo, D. A., Maté, O., & Siket, A. U. (2024). Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. *Em BMC Health Services Research* (Vol. 24, Número 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12003-x>
- Krel, C., Vrbnjak, D., Bevc, S., Štiglic, G., & Pajnikihar, M. (2022). *Technological competency as caring in nursing: A description, analysis and evaluation of the theory*. *Slovenian Journal of Public Health, 61*(2), 115–123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0016>
- Lavoie, S., Talbot, L. R., & Mathieu, L. (2011). Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: Their perspective and a ‘tailor-made’ solution. *Journal of Advanced Nursing, 67*(7), 1514–1522. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x>

- Lee, S. E., Hyunjie, L., & Sang, S. (2023). Nurse Managers' Leadership, Patient Safety, and Quality of Care: A Systematic Review. Em *Western Journal of Nursing Research* (Vol. 45, Número 2, pp. 176–185). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/01939459221114079>
- Lei n.º 15/2014. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, Série I*, n.º 57. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 80/2015. (2015). Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República, Série I*, n.º 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/80-2015-69927759>
- Lei n.º 95/2019 (2019). Lei de bases da saúde. *Diário da República, Série I*, n.º 169. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lin, Y., Lockey, A., Greif, R., & Cheng, A., *et al.* (2024). *The effect of scripted debriefing in resuscitation training: A scoping review. Resuscitation Plus*, 18, 100581. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100581>
- McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., & Compher, C. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- Mendes, J. M. G. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. *Revista Servir*, 45(1), 6–15.
- Ministério da Saúde (2004). Carta dos Direitos do Doente Internado. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Ministério da Saúde. (2002). *Despacho Normativo n.º 11/2002: Cria o Serviço de Urgência Hospitalar. Diário da República*, n.º 55, Série I-B. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014. Diário da República*, 2.ª série (153), 20673–20678. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015. Diário da República*, 2.ª série, n.º 101. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministério da Saúde. (2018). *Despacho n.º 9639/2018. Diário da República*, 2.ª série, n.º 198. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Ministério da Saúde. (2021). *Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República*, 2.ª série, n.º 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Ministério da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022. Diário da República*, 2.ª série, n.º 174, 93–99. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

- Mororó, D. D. S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). *Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://www.scielo.br/j/ape/a/KkrK5LqytwSghLpg3vFzvbj/?lang=pt>
- Mullan, P. C., Kessler, D. O., & Cheng, A. (2014). Educational opportunities with postevent debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333–2334. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.15741>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, Article 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Nascimento, E. R. P., & Trentini, M. (2004). *O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 250–257. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>
- Neves, M. C. P., & Soares, J. (2018). *Ética aplicada: Saúde* (1.ª ed.). Edições 70.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de informação de enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem (edição portuguesa)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, Série II, n.º 123*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 61/2017: Atribuição de tempo para a passagem de turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Circular normativa n.º CN-CD/2018/2: Obtenção do título*

- profissional de enfermeiro especialista — Procedimentos e orientações.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd-02_18102018_obtenção-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Classificação internacional para a prática de enfermagem.*
<https://doi.org/10.1002/9783527809080.catatz03655>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018d). *Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e crónica. Diário da República, Série II, n.º 135.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, Série II, n.º 26.*
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, Série II, n.º 184.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer n.º 2/2020: Rácio de enfermeiros em serviços de medicina intensiva – COVID.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Regulamento n.º 728/2021: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. Diário da República, Série II, n.º 151.*
<https://dre.pt/application/conteudo/169107949>
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.*
https://ordemenfermeiros.pt/media/34807/af-estatuto-da-oe-2024_vis.pdf
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos, M. de L. de Souza, L. Sousa, L. Mónico, & F. H. do Prado (Orgs.), *Gestão nas organizações de saúde: Volume 2. Pessoas, formação e desenvolvimento profissional* (pp. 147–194). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103–109.

- Peixoto, N. M. S. M., e Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. out./nov./dez. de 2016, Vols. Série IV - n.º 11, pp. 121-132.
- Pereira, E., Souza, V., Broca, P., Silva, M., Silva, T., Guilherme, F., Hanzelmann, R., & Rocha, R. (2021). Cuidados de enfermagem ao paciente pós-parada cardiorrespiratória: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(4), e9310413861. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13861>
- Pereira, F. (2019). *Enfermagem avançada e desenvolvimento profissional*. Lidel.
- Perkins, G. D., Davies, R. P., Quinton, S., Woolley, S., Gao, F., Abella, B., Stallard, N., & Cooke, M. W. (2011). The effect of real-time CPR feedback and post-event debriefing on patient- and process-focused outcomes: A cohort study trial protocol. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 58. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-58>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). *Scoping reviews*. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Pinno, C., Taschetto, C. F., Freitas, E. O., Nunes, L. M., Menezes, J. A. L., Petry, K. E., & Camponogara, S. (2020). Carga de trabalho numa unidade de internamento hospitalar de acordo com o Nursing Activities Score. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20047. <https://doi.org/10.12707/RV20047>
- Rahu, M. A., Grap, M. J., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elswick, R. K., Jr. (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 514–523. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015832>
- Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida: adaptação e validação da Escala de Jefferson. *Cadernos De Saúde*, 5(1-2), 71-77. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2831>
- Rose, S. C., Ashari, N. A., Davies, J. M., Solis, L., & O'Neill, T. A. (2022). Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(7), 695–701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>
- Rose, S., & Cheng, A. (2018). Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 20(5), 781–785. <https://doi.org/10.1017/cem.2018.369>
- Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V., & Cheng, A. (2016). More than one way to debrief: A critical review of healthcare simulation debriefing methods. *Simulation in Healthcare*, 11(3), 209–217. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000148>
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (12), 6–8.
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Investigação em enfermagem: teoria e prática*. Lidel.

- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva* (p. 6). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Unidade Local de Saúde do Alto Ave*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-alto-ave/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Plano de Emergência da Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/06/Plano-de-Emergencia-da-Saude.pdf>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020). *SClínico: Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Silva, G. T. R. da, Varanda, P. A. G., Santos, N. V. C. dos, Silva, N. S. B. da, Salles, R. S., Amestoy, S. C., Teixeira, G. A. da S., & Queirós, P. J. P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0070>
- Silva, R. C. da, Ferreira, M. de A., Apostolidis, T., & Brandão, M. A. G. (2015). *Um quadro conceitual do cuidado clínico de enfermagem em terapia intensiva*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 837–845. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0501.2622>
- Silva, R. M., Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium: Revista Internacional de Riscos*, (22), Artigo 19. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- Soares, C. F., Viana, V. M. O., Viana, V. A. O., Silva, M. J., Silva, V. R., Pacheco, E. S., Santos, M. A. R., Silva, D. H., Marques, J. S., & Gomes, A. T. (2020). *The importance of nursing records for health care from the perspective of nurse auditors*. *Research, Society and Development*, 9(7), 1–13. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4007>
- Society of Critical Care Medicine. (s.d.). *Crisis response*. <https://www.sccm.org/clinical-resources/globalhealth/crisis-response>
- Stevens, C. M., Malone, K., Champaneri, D., Gavin, N., & Harper, D. (2022). *A primer and literature review on internal and external retention mechanisms for catheter fixation*. *Cureus*, 14(4), e24616. <https://doi.org/10.7759/cureus.24616>
- Swearingen, S. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. *Nursing Clinics of North America*, 44(4), 489–502
- Teixeira, J. M. F., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: escalas e indicadores. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(97), 514–523. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral*

- sobre a Proteção de Dados). *Jornal Oficial da União Europeia*, L119, 1–88.
- Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro. (s.d.). *Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro*. <https://ulsts.min-saude.pt>
- Vieira, J. V., & Santos, M. R. (2021). *Conceptual models of nursing in critical care: Contributions to clinical decision-making*. *Journal of Nursing Science*, 25(3), 45–53. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7981178/>
- Vincent, J.-L., Rhodes, A., Perel, A., Martin, G. S., Rocca, G. D., Vallet, B., Pinsky, M. R., Hofer, C., Teboul, J.-L., Boode, W., Scolletta, S., Vieillard-Baron, A., De Backer, D., Walley, K. R., Maggiorini, M., & Singer, M. (2011). Clinical review: Update on hemodynamic monitoring—A consensus of 16. *Critical Care*, 15, 229. <https://doi.org/10.1186/cc10291>
- Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: A hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 7, 259–266. <https://doi.org/10.15441/ceem.19.086>
- Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A., Hoffmann, F., Frey, L., Böttiger, B. W., Brenner, S., ... van den Hooven, T. (2023). Recommendations on the structure, personnel, and organization of intensive care units. *Frontiers in Medicine*, 10, Article 1196060. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1196060>
- World Health Organization. (2007). *Communication during patient handovers*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf>.
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services (A69/39)*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf
- World Health Organization. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>

APÊNDICES

Apêndice I - Revisão do procedimento Cardioversão Elétrica

	PROCEDIMENTO	Código: XXXXXXXXXX Data Elaboração: XX/0X/2025 Próxima Revisão: XX/0X/2028 Edição: XX Revisão: XX
CARDIOVERSÃO ELÉTRICA		
ÂMBITO: Serviço de Cardiologia		

1. OBJETIVO:

- Uniformizar critérios de atuação no procedimento cardioversão elétrica.

2. DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros e Médicos

3. RESPONSÁVEL:

Serviço da Cardiologia

4. PALAVRAS-CHAVE:

Cardioversão elétrica, Serviço Cardiologia

5. RESUMO DAS ALTERAÇÕES:

Inclusão do material e da terapêutica necessários ao procedimento. Modificações são de caráter pontual e não implicam mudanças significativas na abordagem clínica prévia.

6. DEFINIÇÕES:

ECG – Eletrocardiograma

FC - Frequência Cardíaca

J – Joules

O2 – Oxigénio

SpO2 - Saturações periféricas de Oxigénio

TA – Tensão Arterial

TSDT - Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA	Código: XXXXXXXXXX Edição: XX
------------------------------	--

Cardioversão implica a aplicação de uma descarga elétrica expressa em Joules, pré-determinada e dada, precisamente, aquando da onda R (despolarização ventricular). Isto é possível apenas se o sinal de eletrocardiográfico for transmitido ao cardioversor de modo que a onda R se possa emitir.

7. DESCRIÇÃO:

A cardioversão elétrica induz uma redefinição aguda e difusa do potencial de ação dos cardiomiócitos auriculares e ventriculares, permitindo a restauração do ritmo sinusal.

De acordo com o Conselho Europeu de Ressuscitação (2021), a cardioversão elétrica sincronizada é recomendada com até 3 choques consecutivos e a energia recomendada para cada tipo de arritmia é a seguinte:

Fibrilhação Auricular	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque entre 150J e 200J
Taquicardia Ventricular com Pulso	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque entre 120J e 150J, seguido de incremento de energia
Taquicardia supraventricular/Flutter Auricular	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque entre 70J e 120J, seguido de incremento de energia

No que respeita ao posicionamento das pás, uma meta-análise de 2023 demonstrou não haver evidência de superioridade da posição ântero-lateral relativamente à posição ântero-posterior, nem desta em relação à primeira.

Utiliza-se a posição ântero-posterior em doentes portadores de Dispositivos Eletrónicos Cardíacos Implantáveis, para evitar interferência ou dano do dispositivo e dos seus elétrodos e lesões térmicas no endocárdio.

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA	Código: XXXXXXXXXX Edição: XX
------------------------------	--

Material:
• Desfibrilhador • Eléttodos, q.b • Placas de gel • Placas multifunções • Eletrocardiógrafo • Cânula nasal e fonte de O2 • Tubo de Guedell (tamanho adequado ao doente) • Insuflador manual com máscara conectada • Cânula rígida de aspiração • Material necessário para cateterização de veia periférica • Material necessário para preparação de terapêutica

Terapêutica:
• Frasco de Soro fisiológico 0.9% 500ml • 1 ampola de Propofol 10mg/ml (ampola de 20ml) • 1 ampola de Midazolam 5mg/ml (ampola de 3ml) • 1 ampola de Etomidato 2mg/ml (ampola de 10ml)

7.1 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Nº	Ação	Responsável pela execução
1	Efetuar dupla identificação do doente, em cumprimento com o disposto no PRO.057.HSOG.	Enfermeiro
2	Informar a pessoa sobre o procedimento a realizar.	Médico e Enfermeiro
3	Confirmar a existência de consentimento informado assinado	Médico e Enfermeiro
3	Despir o doente.	Enfermeiro
4	Retirar próteses e adornos.	Enfermeiro
5	Confirmar o jejum – o doente deve ter pelo menos 6 horas de jejum.	Enfermeiro
6	Posicionar o doente em decúbito dorsal.	Enfermeiro
7	Avaliar a necessidade de realizar tricotomia.	Enfermeiro
	Monitorizar o doente com monitor/desfibrilhador: ECG; FC; TA; SpO2. (monitor colocado à direita do doente)	Enfermeiro
8	Realizar ECG.	TSDT

3 / 5

9	Inserir cateter venoso periférico no membro superior esquerdo.	Enfermeiro
10	Iniciar perfusão de SF 0,9%	Enfermeiro
11	Colocar O2 por cânula nasal 2l/mint	Enfermeiro
12	Verificar o sistema e aspiração de secreções (colocação da sonda de aspiração na tubuladura)	Enfermeiro
12	Contactar médico anestesista, se necessário.	Médico
13	Preparar fármacos (de acordo com indicação do médico)	Enfermeiro
14	Aplicar as placas de gel ou colocar placas multifunções	Enfermeiro / Médico
15	Administrar fármacos anestésicos prescritos	Enfermeiro
16	Desligar fonte de oxigénio.	Enfermeiro
17	Monitorizar parâmetros vitais e estado de consciência.	Enfermeiro / Médico
18	Definir a carga (confirmar se botão de "sincronização" no desfibrilhador está ativado)	Médico
19	Aplicar carga.	Médico
20	Ligar fonte de oxigénio após cardioversão elétrica.	Enfermeiro
21	Realizar ECG.	TSDT
22	Otimizar a ventilação.	Enfermeiro / Médico
23	Manter monitorização de parâmetros vitais e do estado de consciência durante 2 horas após procedimento; Manter oxigenoterapia só se necessário	Enfermeiro
24	Colocar o doente em semi-fowler	Enfermeiro
25	Administrar dieta líquida, quando bem acordado	Enfermeiro
26	Suspender soroterapia	Enfermeiro
27	Efetuar registos do procedimento no processo de enfermagem (SClínico®)	Enfermeiro
28	Se doente com alta para domicílio após procedimento, verificar presença de acompanhante. Efetuar ensinamentos relativos ao procedimento.	Enfermeiro

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

Código XXXXXXXXXX

Edição: 01

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Nguyen, S. T., Belley-Côté, E. P., Ibrahim, O., Um, K. J., Lengyel, A., Adli, T., Qiu, Y., Wong, M., Sibilio, S., Benz, A. P., Wolf, A., Whitlock, N. J., Acosta, J. G., Healey, J. S., Baranchuk, A., & McIntyre, W. F. (2023). Techniques improving electrical cardioversion success for patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Europace*, 25(2), 318–330. <https://doi.org/10.1093/europace/euac199>

Ollitrault, P., & Fischer, M.-O. (2023). Electrical cardioversion in critical care patients: Actual guidelines and new methods for better outcomes? *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 42(4), 101212. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2023.101212>

Park, J., Seol, S. H., Kim, D. K., et al. (2022). Safety concern with electrical cardioversion of persistent atrial fibrillation with slow ventricular response. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 45(8), 963–967. <https://doi.org/10.1111/pace.14483>

Perkins, G. D., Graesner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., & European Resuscitation Council Guideline Collaborators. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>

9. DOCUMENTOS RELACIONADOS:

PRO.057.HSOG.

Elaborado por:	Validado por:		Aprovado por:	
Nome do Serviço:	Nome do Serviço:	Data:	Data:	Vogal do CA (responsável ou responsáveis pela área do documento)
Ass. / Nº Mec	Ass. / Nº Mec			

Apêndice II – Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no âmbito da Vigilância Transfusional

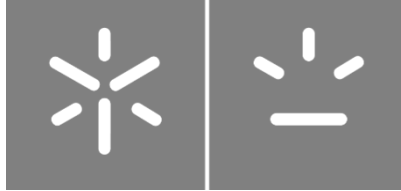


Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Cátia Daniela Sampaio Ferreira, PG 56876

**Programa de Melhoria Contínua da
Qualidade dos Cuidados de
Enfermagem no âmbito da Vigilância
Transfusional**



Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Cátia Daniela Sampaio Ferreira, PG 56876

**Programa de Melhoria Contínua da
Qualidade dos Cuidados de
Enfermagem no âmbito da Vigilância
Transfusional**

Contexto da Prática Clínica - Serviço de Urgência – Unidade Local de
Saúde Tâmega e Sousa

Introdução	174
Programa de melhoria contínua da qualidade	176
1. <i>Identificar e descrever o problema.....</i>	<i>176</i>
2. <i>Perceber o problema e dimensioná-lo.....</i>	<i>177</i>
3. <i>Formular objetivos iniciais.....</i>	<i>179</i>
4. <i>Perceber as causas.....</i>	<i>180</i>
5. <i>Planear e executar as tarefas/atividades.....</i>	<i>182</i>
6. <i>Verificar os resultados.....</i>	<i>186</i>
7. <i>Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa</i>	<i>187</i>
8. <i>Reconhecer e partilhar o sucesso</i>	<i>188</i>
Considerações Finais	190
Referências bibliográficas.....	191
Apêndices	194

Lista de Abreviaturas e Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* (Análise das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)

TI – Tecnologias da Informação

ULSTS – Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

5W2H – Ferramenta de planeamento baseada em sete questões orientadoras (*What, Why, Where, When, Who, How, How much*)

Lista de Figuras

Figura 1 - Diagrama do processo de hemovigilância	177
Figura 2 - Diagrama de Ishikawa	181
Figura 3 - Análise SWOT	182

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Planeamento das ações segundo a metodologia 5W2H **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 2 - Distribuição de responsabilidades e cronograma —————184

Tabela 3 - Indicadores e standards de qualidade do projeto —————185

Tabela 4 - Grelha de Avaliação - Instrumento de Avaliação da Qualidade e Conformidade dos Registos Transfusionais —————196

Tabela 5 - Questionário de Satisfação Profissional —————197

Lista de Apêndices

Apêndice A - Instrumento de Avaliação da Qualidade e Conformidade dos Registos Transfusionais

28

Apêndice B - Questionário de Satisfação Profissional

30

Introdução

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde constituem pilares fundamentais das organizações hospitalares contemporâneas, representando uma responsabilidade ética, profissional e institucional dos enfermeiros enquanto agentes de mudança e promotores de melhoria contínua. A Organização Mundial da Saúde (2025) enfatiza que a melhoria da qualidade em saúde deve assentar em processos sistemáticos, sustentados na evidência científica e orientados para a segurança do doente, a eficiência organizacional e a satisfação dos profissionais.

No contexto dos serviços de urgência, marcados pela elevada complexidade assistencial, volume de atendimentos e necessidade de resposta célere, a segurança transfusional assume um papel de particular relevância. A administração de hemoderivados constitui um procedimento clínico de risco acrescido, exigindo uma vigilância rigorosa e uma documentação precisa, conforme preconizado pela Norma da DGS n.º 038/2012 (DGS, 2012) e pelas orientações do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2020). Contudo, a utilização de registos em suporte papel permanece uma prática comum, originando limitações significativas ao nível da legibilidade, rastreabilidade e acessibilidade da informação, comprometendo a integridade e a qualidade dos dados clínicos.

A informatização dos processos de registo clínico surge, assim, como uma estratégia essencial para garantir a fiabilidade da informação, otimizar a monitorização dos cuidados e reforçar a segurança do doente. Diversos estudos evidenciam que a transição para sistemas eletrónicos de documentação contribui para a redução de erros, a padronização das práticas e a melhoria da eficiência operacional (Campanella et al., 2016; Naamneh & Bodas, 2024).

Neste enquadramento, e no âmbito da Unidade Curricular “Opção” – Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, 2025/2026, foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua da qualidade. A necessidade de intervenção emergiu da constatação, durante o estágio no serviço de urgência da Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa (ULSTS), de que o processo de registo da vigilância na administração de hemoderivados se realiza em formato papel.

Este projeto propõe a aplicação da metodologia PDCA (Plan–Do–Check–Act), de Deming (1986), para orientar e estruturar o processo de informatização do registo da vigilância transfusional. Pretende-se, deste modo, promover a modernização dos métodos de documentação, contribuir

para a segurança do doente, aumentar a rastreabilidade e padronizar práticas de enfermagem, alinhando-se com os princípios de qualidade e segurança que norteiam os cuidados em saúde.

Programa de melhoria contínua da qualidade

O processo de melhoria contínua da qualidade constitui uma abordagem cíclica e repetitiva orientada para o aperfeiçoamento contínuo de produtos, pessoas e serviços, tendo sido desenvolvido por Walter Shewhart em 1924 e posteriormente reconhecido através do trabalho de William Deming (Barras, 2016). Por ser uma metodologia estruturada e fundamentada, promove que o controlo interno seja potenciado e alcance um patamar satisfatório. O ciclo Plan-Do-Check-Act é descrito como recurso para auxiliar o diagnóstico, a análise e o prognóstico de problemas organizacionais, extremamente útil para solucionar problemas das unidades de saúde (Silva et al., 2021).

Na área da enfermagem, com vista numa melhor interpretação e aplicação deste ciclo, foi utilizada uma adaptação sugerida por Pedro Salvada, para melhor responder às necessidades específicas desta profissão. Esta adaptação transformou o ciclo para oito fases: (i) identificar e descrever o problema; (ii) perceber o problema e dimensioná-lo; (iii) formular objetivos iniciais; (iv) perceber as causas; (v) planear e executar as tarefas/atividades; (vi) verificar os resultados; (vii) propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa e, por último, (viii) reconhecer e partilhar o sucesso (Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros, 2013).

1. Identificar e descrever o problema

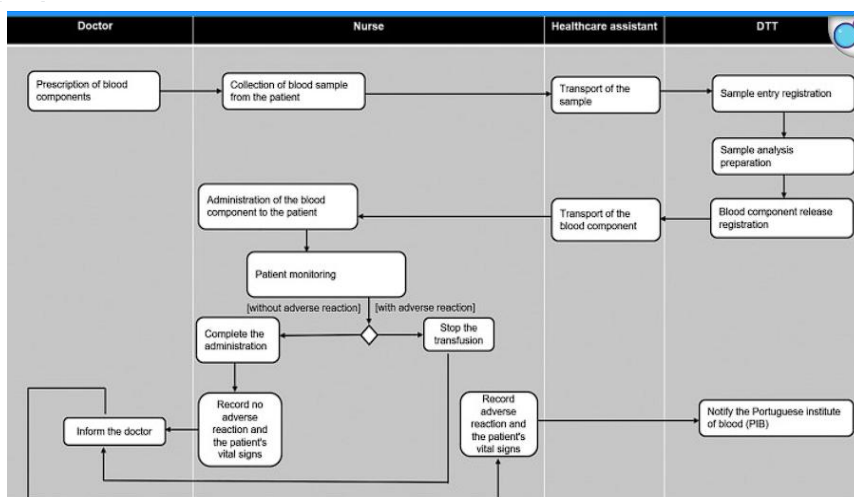
A transfusão de componentes sanguíneos é, atualmente, uma terapêutica de uso comum na prática clínica hospitalar, em concreto no serviço de urgência, quer pela sua insubstituibilidade e eficácia, quer pela especificidade de atuação de alguns dos seus componentes (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2011).

De acordo com o relatório do IPST (2024), cerca de 16% das transfusões foram realizadas no serviço de urgência no ano 2023.

O circuito de hemovigilância envolve vários processos no interior de um hospital, conforme ilustrado na imagem da Figura 1. Inicia-se com o médico, que prescreve e solicita os hemocomponentes para o doente. O enfermeiro procede à colheita da amostra de sangue do doente. De seguida, o técnico auxiliar de saúde transporta a amostra para o laboratório do serviço de imuno-hematologia, onde o técnico de análises clínicas recebe a amostra e realiza os exames pré-transfusionais necessários. Este técnico regista também o envio dos

hemocomponentes, que serão posteriormente administrados pelo enfermeiro. Compete ainda ao enfermeiro monitorizar os sinais vitais e sintomas do doente durante a transfusão, bem como notificar o laboratório do serviço de imuno-hematologia caso ocorra alguma reação adversa. Em caso de reação adversa, o enfermeiro deve alertar o médico, que decidirá se deve continuar ou interromper o processo, e informar o técnico de análises clínicas, responsável por reportar o incidente ao IPST.

Figura 2 - Circuito do sistema eletrónico de segurança



Fonte: Haro et al. (2025)

O conjunto destes processos, conforme descrito no diagrama referido, na ULSTS mantém atualmente um sistema de registo de hemovigilância em suporte papel, o que impõe limitações como: risco de perda ou deterioração dos registos; dificuldade no acesso rápido à informação; possibilidade de erros na transcrição; dificuldade na monitorização de indicadores de qualidade relacionados com transfusões, factos que dificultam o processo de gestão da informação, resultando em menor eficiência de trabalho e maior potencial de erro.

Assim, foi identificado o seguinte problema: a ausência de informatização do processo de registo de hemovigilância no serviço de urgência.

2. Perceber o problema e dimensioná-lo

Hemovigilância é definida como um conjunto de procedimentos que verificam toda a cadeia transfusional e que recolhe informação sobre as reações/efeitos indesejados, através das notificações elaboradas pelos profissionais de saúde (IPST, 2020).

O Sistema Português de Hemovigilância foi implementado em Portugal em 2008 dando cumprimento ao disposto nos artigos 14º, 15º e 16º do Decreto-Lei 267/2007 de 24 de julho que transpõe para a ordem jurídica interna as Diretivas Europeias 2002/98/EC do Parlamento Europeu e do Conselho e a Diretiva 2005/61/EC da Comissão Europeia.

O processo transfusional é considerado complexo, pois envolve múltiplos intervenientes. A segurança do doente na transfusão de sangue depende tanto da segurança dos componentes derivados como da segurança de todo o processo, o qual envolve uma série de etapas interligadas: pedido e prescrição de componentes sanguíneos; identificação do doente; colheita e identificação das amostras de sangue do doente; procedimentos de compatibilidade pré-transfusional e distribuição do sangue; recolha e transporte das unidades de sangue dentro do hospital; manuseamento das unidades de sangue na área clínica; administração do sangue; monitorização do doente; e gestão de eventos adversos transfusionais (Haro et al., 2025).

O enfermeiro desempenha um papel imprescindível em diversas etapas do processo transfusional, por duas razões principais: em primeiro lugar, o processo de transfusão é amplamente constituído por responsabilidades inerentes à prática de enfermagem; em segundo lugar, os enfermeiros representam o último elo na cadeia do processo transfusional. Desta forma, a sua atuação deve ser baseada na evidência científica mais atual, promovendo a melhoria contínua da qualidade de cuidados aos seus clientes (Bielby et al., 2011)

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o foco é “uma área de atenção relevante para a enfermagem” (CIPE, 2019, p.34). Consultando a versão de 2019, “Sangue” é um foco de atenção, com o código 10003319. Os recursos englobam “Sangue e Derivados”, código 10003357. Já as intervenções, estão associadas à prescrição de intervenções iniciadas por outros técnicos da equipa multidisciplinar, reportando a colaboração ou a responsabilidade pela sua implementação ao enfermeiro (CIPE, 2019).

Apesar de não constar no resumo mínimo de dados e no *core* de indicadores de enfermagem, a hemovigilância enquadra-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, particularmente nos enunciados descritivos relativos à prevenção de complicações — que destacam o papel essencial do enfermeiro na identificação, referenciação e gestão de complicações associadas à transfusão, bem como na garantia de um processo transfusional rigoroso, seguro e de qualidade — e à organização dos cuidados de enfermagem, que preconiza

a existência de sistemas de registo de hemovigilância capazes de refletir as reais necessidades do cliente, sobretudo em contextos de urgência e emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Na última década, houve um aumento global na integração de Tecnologias da Informação (TI), tendência que também se verificou em Portugal, onde têm sido desenvolvidos e integrados diversos sistemas digitais no âmbito do Serviço Nacional de Saúde para melhorar a gestão da informação clínica e a qualidade dos cuidados prestados. De destacar que a implementação de um sistema de informação bem mantido, abrangente e continuamente atualizado levaria a uma melhoria sustentável nos indicadores de qualidade e segurança dos cuidados (Douma et al., 2024).

Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) são essenciais na prática clínica contemporânea, promovendo a transição dos registos tradicionais em papel para sistemas de documentação eletrónica. Os objetivos dos SIE incluem o registo dos cuidados de enfermagem e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, resultando num acesso mais fácil à informação em saúde, melhor legibilidade dos documentos de enfermagem, prevenção de repetições no processo de documentação, maior exatidão da informação, padronização no registo, maior apoio ao fluxo de trabalho e melhor cumprimento das normas e princípios legais (Pinto, 2009).

As aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) e, além disto, devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, por forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A informatização dos registos clínicos é uma prioridade das instituições de saúde, sendo essencial para a segurança transfusional, qualidade dos cuidados, rastreabilidade e auditoria. A implementação de um registo eletrónico das vigilâncias de hemoderivados permitirá otimizar o processo, reduzir o risco de erro humano e garantir um acesso rápido e seguro à informação.

3. Formular objetivos iniciais

Neste programa de melhoria contínua da qualidade, tendo por vista contribuir para a otimização dos cuidados de enfermagem prestados, os objetivos são:

Objetivo principal:

Informatizar o processo de registo da vigilância transfusional no serviço de urgência.

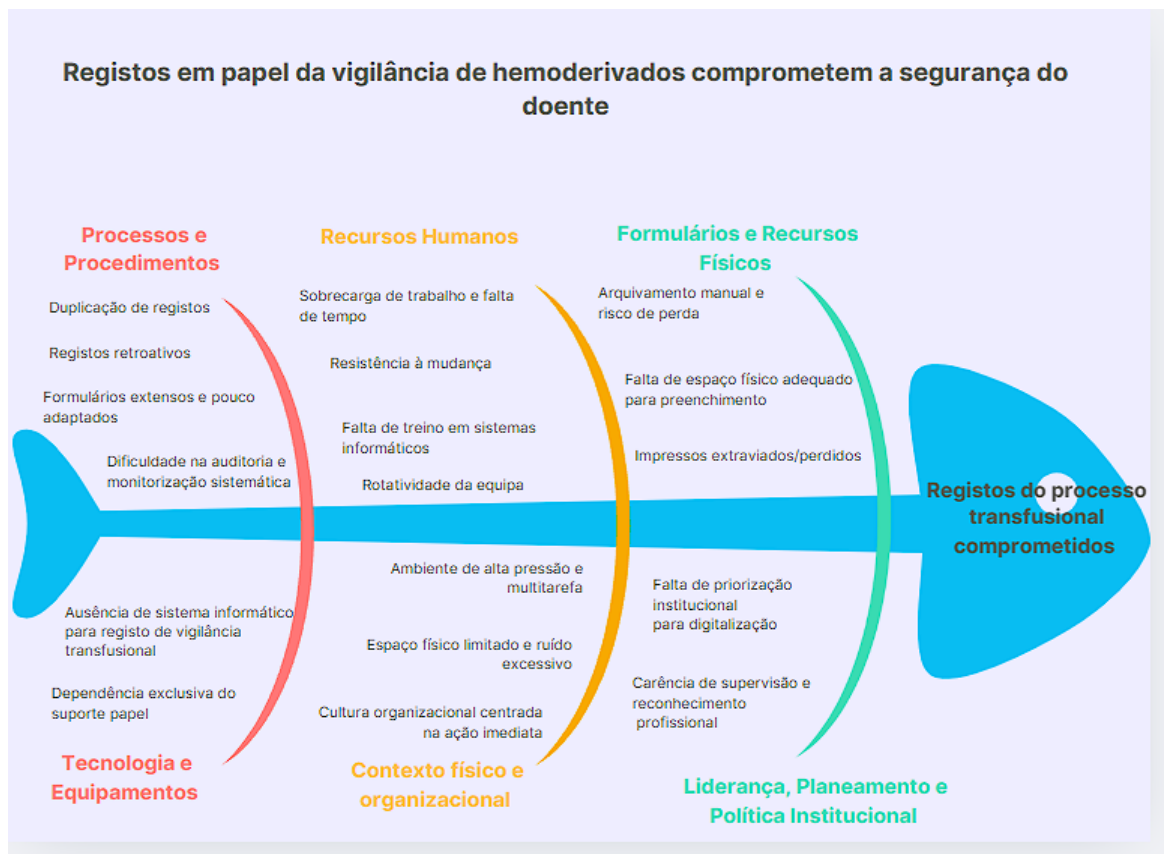
Objetivos específicos:

- Integrar o registo da vigilância transfusional no sistema informático hospitalar
- Aumentar a satisfação dos enfermeiros com o processo de documentação
- Garantir capacitação de toda a equipe de enfermagem e suporte técnico contínuo ao sistema.
- Reduzir as falhas no preenchimento dos parâmetros obrigatórios
- Melhorar o acesso à informação e a rastreabilidade da informação dos dados transfusionais
- Facilitar o processo de auditoria e a monitorização da qualidade do processo transfusional
- Incluir o tema da segurança transfusional no plano anual de formação do serviço de urgência

4. Perceber as causas

Com os dados obtidos pela literatura, experiências próprias e através da observação da prática dos profissionais de saúde, foram detetados os seguintes problemas apresentados no diagrama de Ishikawa (Figura 2). Criado pelo engenheiro químico Kaoru Ishikawa em 1943, o Diagrama de Ishikawa, também conhecido como Diagrama de Causa-efeito, serve o propósito de organizar o raciocínio em discussões à cerca de um problema principal. O objetivo desta técnica é descobrir, organizar e resumir conhecimento de um grupo a respeito das possíveis causas que contribuem para um determinado efeito (Ishikawa, 1990).

Figura 3 - Diagrama de Ishikawa

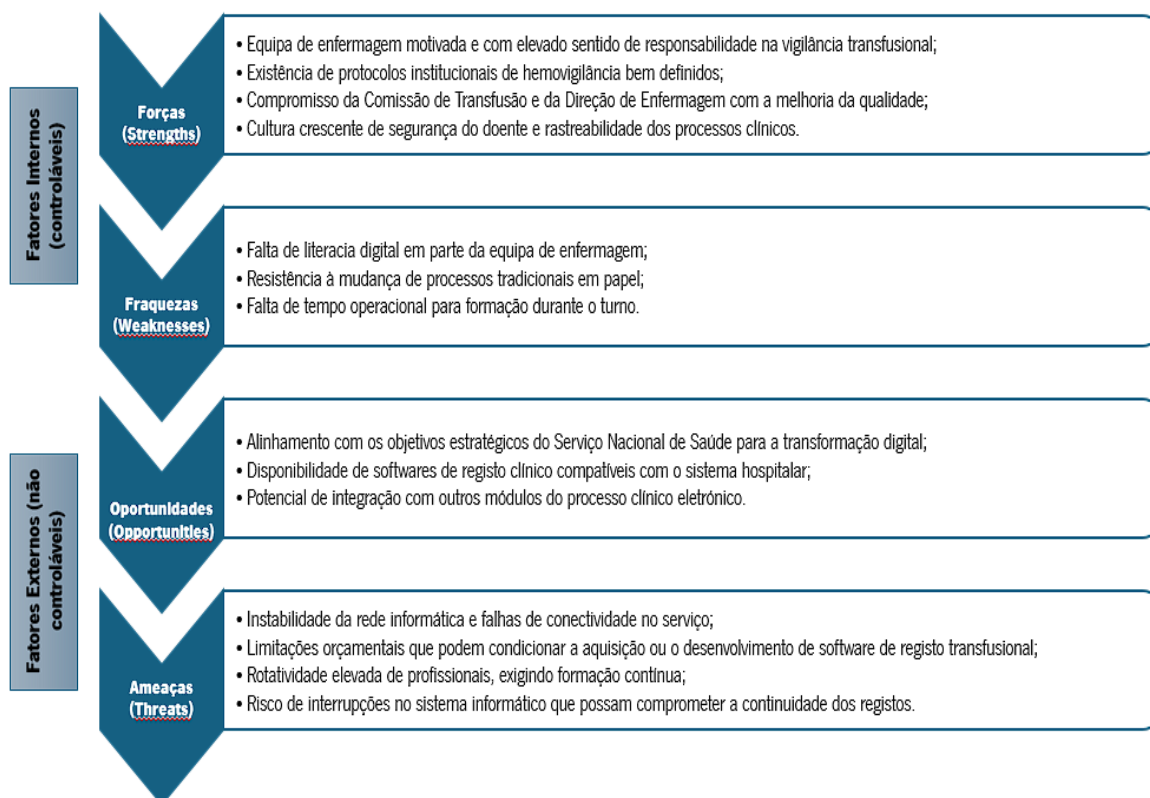


Fonte: Elaboração própria

A análise evidencia que a origem do problema é multifatorial, exigindo uma intervenção sistémica que contemple infraestrutura, capacitação e mudança cultural.

Após a identificação das causas do problema, procedeu-se à realização de uma análise SWOT (Figura 3), com o objetivo de identificar os fatores internos e externos que podem influenciar o sucesso da informatização dos registos transfusionais. Esta análise complementa a etapa de diagnóstico, permitindo fundamentar o planeamento das ações a desenvolver.

Figura 4 - Análise SWOT



Fonte: Elaboração própria

A análise evidenciou que o projeto apresenta forças significativas, como a motivação da equipa e o alinhamento com as estratégias de segurança transfusional, mas enfrenta fraquezas e ameaças que requerem mitigação, nomeadamente a necessidade de formação e o risco de constrangimentos técnicos. Estes elementos foram considerados na definição do plano de ação subsequente.

5. Planear e executar as tarefas/atividades

No seguimento da identificação do problema e respetiva análise das suas causas, foi concebido um plano de ação estruturado, com o objetivo de implementar um sistema de registo informatizado da monitorização da administração de hemoderivados no contexto do serviço de urgência. Um planeamento cuidadoso revela-se fundamental para assegurar que a solução delineada seja eficaz na resposta às causas diagnosticadas, tendo sempre em consideração os recursos disponíveis, o enquadramento organizacional e os objetivos estratégicos em causa.

O planeamento foi desenvolvido com base nos resultados das fases anteriores e nas oportunidades e ameaças identificadas na análise SWOT. Para estruturar de forma sistemática as ações, responsabilidades e recursos, recorreu-se à metodologia 5W2H (*What, Why, Where,*

When, Who, How, How much) (Tabela 1), amplamente utilizada em projetos de melhoria contínua na área da saúde.

Tabela 2 -Planeamento das ações segundo a metodologia 5W2H

Elemento	Questão orientadora	Aplicação no projeto
what (o quê?)	O que será realizado?	Implementação de um sistema de registo informatizado da vigilância na administração de hemoderivados, substituindo gradualmente o formato em papel.
why (porquê?)	Por que é necessário?	Porque o registo manual apresenta falhas de legibilidade, risco de perda de dados e ausência de rastreabilidade, comprometendo a segurança transfusional e a qualidade dos cuidados.
where (onde?)	Onde será desenvolvido?	No Serviço de Urgência da ULSTS
when (quando?)	Quando será implementado?	Entre janeiro e junho de 2026: planeamento (jan.–fev.), fase piloto (mar.–abr.) e implementação total (mai.–jun.).
who (quem?)	Quem será responsável?	Equipa de enfermagem, Serviço de Imunohemoterapia e Serviço de Tecnologias de Informação.
how (como?)	Como será concretizado?	Definição de requisitos funcionais, adaptação do software hospitalar, formação da equipa, implementação piloto, recolha e análise de dados.
how much (quanto?)	Que recursos estão envolvidos?	Recursos humanos: enfermeiros, técnico análises clínicas, técnicos de TI; custo associado à aquisição ou adaptação da sistema informático e à formação inicial.

Tendo definido as ações prioritárias para a implementação do projeto, tornou-se necessário proceder à distribuição clara de responsabilidades, definindo quem executa, supervisiona e avalia cada etapa do processo. A literatura sobre gestão da qualidade em saúde sublinha que a clarificação de papéis e prazos constitui um elemento essencial para garantir a eficácia das intervenções de melhoria contínua, promovendo o envolvimento dos profissionais e a responsabilização partilhada (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Sousa & Mendes, 2019).

Embora este projeto de melhoria contínua tenha sido concebido no âmbito da prática de enfermagem, a sua implementação requer colaboração interprofissional, nomeadamente com o

serviço de imuno-hemoterapia e o serviço de tecnologias de informação, de forma a assegurar a conformidade técnica e normativa do processo transfusional e a integração do novo sistema eletrónico com a infraestrutura digital existente.

Assim, a Tabela 2 apresenta o plano de distribuição de responsabilidades e cronograma de execução, especificando as tarefas, os responsáveis diretos, os prazos de concretização e os produtos esperados de cada etapa.

Tabela 3 - Distribuição de responsabilidades e cronograma

Tarefa	Responsável	Prazo	Resultado esperado
Levantamento de requisitos funcionais e técnicos do sistema	Serviço de Imuno-hemoterapia + Serviço de Tecnologias de Informação (TI)	Mês 1	Documento com especificações técnicas e funcionais do sistema de registo eletrónico.
Elaboração do modelo eletrónico de registo transfusional	Serviço de Tecnologias de Informação (TI) + Serviço de Imuno-hemoterapia	Mês 2 - 3	Protótipo funcional validado
Validação técnica do modelo de registo	Serviço de Imuno-hemoterapia + Direção de Enfermagem	Mês 4	Aprovação formal do modelo
Elaboração de plano de formação	Equipa de Enfermagem + Serviço de Imuno-hemoterapia	Mês 5	Plano formativo e materiais pedagógicos produzidos
Avaliação piloto e ajustes ao sistema	Equipa de Enfermagem + Serviço de Tecnologias de Informação (TI) + Serviço de Imuno-hemoterapia	Mês 6	Relatório de avaliação e propostas de ajustes
Implementação futura e monitorização	Todas as Equipas envolvidas	A definir	Sistema eletrónico de registo transfusional implementado em pleno no serviço de urgência.

Fonte: Elaboração própria

Após o planeamento das ações e a definição das responsabilidades e prazos de execução, tornou-se necessário estabelecer mecanismos objetivos de monitorização e avaliação do projeto. Na metodologia PDCA, a definição de indicadores e standards de qualidade constitui uma etapa essencial, pois permite quantificar o impacto das intervenções implementadas e verificar se as metas estabelecidas foram atingidas. De acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (2013) e os princípios da gestão da qualidade em saúde, os indicadores são instrumentos que traduzem em dados mensuráveis o desempenho e a evolução de um processo, enquanto os

standards representam os valores de referência ou metas que determinam o nível de qualidade esperado.

Assim, na seguinte Tabela 3, serão apresentados os indicadores e standards definidos para o projeto de informatização dos registos transfusionais, permitindo acompanhar a sua eficácia, eficiência e impacto na segurança do doente e na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Tabela 4 - Indicadores e standards de qualidade do projeto

Indicador	Fórmula de cálculo	Standard/meta	Periodicidade de avaliação
Percentagem de registos completos e sem erros	$(N.^\circ \text{ de registos completos} \div N.^\circ \text{ total de registos}) \times 100$	$\geq 95 \%$	Mensal
Grau de satisfação da equipa de enfermagem	% de respostas positivas em questionário de satisfação	$\geq 80 \%$	Trimestral
Incidentes de registo reportados	$(N.^\circ \text{ de incidentes} \div N.^\circ \text{ total de transfusões}) \times 100$	$\leq 5 \%$	Mensal
Profissionais formados no novo sistema	$(N.^\circ \text{ de profissionais formados} \div N.^\circ \text{ total de profissionais do serviço}) \times 100$	100 %	Durante a implementação

Fonte: Elaboração própria

A monitorização destes indicadores permitirá avaliar a eficácia da informatização no processo de registo transfusional e identificar áreas que necessitem de ajustes. Os resultados serão analisados periodicamente pela equipa de enfermagem, em articulação com o serviço de imunohemoterapia e o serviço de tecnologias de informação, garantindo a fiabilidade dos dados e a melhoria contínua do sistema. Os indicadores quantitativos possibilitam medir ganhos de eficiência e segurança, enquanto os indicadores qualitativos refletem a adesão e a satisfação dos profissionais. Os standards funcionam como valores de referência auditáveis, permitindo avaliar a sustentabilidade da intervenção ao longo do tempo.

A fase de planeamento permitiu estruturar um conjunto coerente de ações destinadas a alcançar os objetivos do projeto, definindo responsabilidades, prazos e indicadores de qualidade que asseguram a monitorização contínua do processo. De seguida, procede-se à descrição da etapa de verificação, correspondente à fase *Check* do ciclo PDCA, na qual se apresentam os mecanismos previstos de avaliação e análise dos resultados.

6. Verificar os resultados

A fase de verificação corresponde à etapa do ciclo PDCA destinada à avaliação da eficácia das ações planeadas e do grau de cumprimento dos objetivos definidos. Esta fase permite confirmar se as estratégias delineadas produzem melhorias mensuráveis na qualidade e segurança dos cuidados. De acordo com a *Ordem dos Enfermeiros* (2013), a verificação baseia-se na análise de dados objetivos e na comparação entre os resultados obtidos e os standards de qualidade previamente estabelecidos. A avaliação prevista incidirá sobre o processo de informatização dos registos de vigilância na administração de hemoderivados, tendo como referência os indicadores definidos na fase de planeamento.

A metodologia de verificação estrutura-se em três etapas: elaboração dos instrumentos de recolha, recolha sistemática da informação e tratamento dos dados. Os instrumentos de recolha de dados foram elaborados de forma a assegurar validade e fiabilidade, sustentando-se nos princípios da mensurabilidade e relevância clínica. O projeto contemplou duas ferramentas principais: (1) um instrumento de avaliação da qualidade e conformidade dos registos transfusionais, desenvolvido para comparar registos históricos em suporte papel com registos realizados após a implementação do sistema eletrónico; e (2) um questionário de satisfação profissional, destinado à equipa de enfermagem, com o propósito de avaliar a perceção, usabilidade e aceitabilidade do novo processo informatizado de registo. Estes instrumentos seriam revistos e validados por especialistas das áreas de enfermagem, hemovigilância e tecnologias de informação, garantindo a adequação terminológica e metodológica.

A recolha de dados seria contínua e estruturada, de acordo com a periodicidade definida para cada indicador. A equipa de enfermagem seria responsável pela introdução e validação dos registos, enquanto o serviço de imuno-hemoterapia e o serviço de tecnologias de informação assegurariam o suporte técnico e a extração de relatórios automáticos. Os dados relativos aos registos seriam obtidos através da análise direta do sistema eletrónico, possibilitando o acompanhamento da integralidade e da rastreabilidade da informação. Os questionários de satisfação seriam aplicados em formato digital, com garantia de anonimato e confidencialidade, respeitando as normas éticas e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

O tratamento dos dados seguiria critérios de rigor estatístico. A informação quantitativa seria analisada por estatística descritiva, utilizando medidas de frequência, média e percentagem. A comparação entre resultados e standards de qualidade permitiria identificar níveis de conformidade e áreas de melhoria. As respostas qualitativas seriam analisadas por método de

análise de conteúdo, de modo a identificar percepções e sugestões relevantes dos profissionais. A análise integrada dos dados permitirá avaliar o impacto das ações planeadas, a coerência do processo e a adequação das estratégias definidas. Os resultados seriam discutidos em equipa multidisciplinar, promovendo uma avaliação crítica e partilhada.

A fase de verificação representa um momento de controlo essencial para a gestão da qualidade. Permite confirmar a efetividade das medidas implementadas, identificar oportunidades de melhoria e fundamentar decisões para etapas subsequentes do ciclo PDCA. Garante também a criação de uma base de evidência que sustenta a prática clínica e contribui para a segurança transfusional e a excelência dos cuidados de enfermagem.

7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

A fase “Act” do ciclo PDCA corresponde ao momento de consolidação da melhoria e de implementação das ações corretivas identificadas na etapa de verificação. Esta fase visa garantir a sustentabilidade das práticas e a uniformização dos procedimentos, assegurando que as alterações introduzidas se mantêm eficazes ao longo do tempo. De acordo com *a Ordem dos Enfermeiros* (2013), esta etapa deve traduzir-se na adoção de medidas de ajustamento, na formalização das boas práticas e no desenvolvimento contínuo das competências profissionais. O objetivo é consolidar a melhoria alcançada e prevenir a reincidência de problemas.

Com base nos resultados esperados da fase de verificação, prever-se-ão ações corretivas e de padronização. Entre as principais medidas destaca-se a necessidade de otimizar a interface do sistema eletrónico, ajustando o layout e a sequência dos campos de registo em função do feedback da equipa de enfermagem. Esta adaptação garantirá uma utilização mais intuitiva e eficiente, reduzindo o tempo de preenchimento e o risco de omissões.

Seria igualmente importante reforçar o processo de formação e treino da equipa. A atualização de conhecimentos e a familiarização com o sistema constituem condições essenciais para o sucesso da informatização dos registos transfusionais. Assim, seria elaborado um plano de formação contínua, estruturado em módulos teóricos e práticos, com recurso a simulações e acompanhamento em contexto clínico. Este plano visaria garantir que todos os profissionais envolvidos dominam o sistema e aplicam corretamente os procedimentos definidos.

A uniformização das práticas seria assegurada pela elaboração de uma Instrução de Trabalho que orienta o registo eletrónico da vigilância transfusional. O documento descreveria detalhadamente o processo, as responsabilidades dos intervenientes e os mecanismos de

controle de qualidade. Esta Instrução de Trabalho passaria a estar disponível e de fácil acesso a todos os profissionais do Serviço de Urgência, promovendo a sua aplicação e o acompanhamento contínuo da conformidade das práticas. Paralelamente, seria promovida uma estratégia de monitorização sustentada dos indicadores de qualidade definidos. Esta monitorização permitiria acompanhar a evolução do processo e avaliar a eficácia das medidas implementadas, assegurando a manutenção dos resultados alcançados e a deteção precoce de eventuais desvios.

A fase “Act” representa, assim, a consolidação da melhoria contínua. A formalização dos procedimentos, o reforço da formação profissional e a revisão periódica dos indicadores de desempenho permitiriam garantir a consistência e a sustentabilidade do processo de informatização. Estas ações asseguram que a melhoria proposta se mantém integrada na prática assistencial, contribuindo para a segurança transfusional, a rastreabilidade dos cuidados e a qualidade global do serviço.

8. Reconhecer e partilhar o sucesso

A fase final do ciclo PDCA corresponde ao reconhecimento e à partilha dos resultados obtidos. Esta etapa tem como objetivo valorizar o trabalho desenvolvido, promover a disseminação de boas práticas e reforçar a cultura de qualidade e segurança na organização. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013), o reconhecimento do sucesso é um elemento essencial do processo de melhoria contínua, pois incentiva a motivação das equipas e a consolidação das mudanças alcançadas.

O reconhecimento institucional e profissional das melhorias obtidas constitui uma forma de reforçar o compromisso com a qualidade dos cuidados e de garantir a continuidade das boas práticas. Neste contexto, a valorização do contributo da equipa de enfermagem seria fundamental, reconhecendo o papel ativo dos enfermeiros na gestão do processo transfusional e na segurança do doente. Este reconhecimento poderia concretizar-se através da divulgação dos resultados em reuniões de serviço, relatórios institucionais e comunicações internas, destacando o impacto positivo da informatização dos registos transfusionais na prática clínica e na eficiência organizacional.

A partilha do sucesso deve também ultrapassar o âmbito interno da instituição. A divulgação dos resultados e das metodologias aplicadas em eventos científicos, jornadas de enfermagem e

congressos profissionais permitiria a troca de experiências e o enriquecimento do conhecimento coletivo e contribuiria para a disseminação de práticas baseadas na evidência e para a valorização do papel do enfermeiro na gestão da qualidade em saúde.

Além da divulgação formal, a partilha de resultados pode assumir uma dimensão pedagógica, integrando momentos de reflexão e aprendizagem contínua. A discussão dos resultados entre os profissionais permitiria identificar fatores de sucesso, desafios enfrentados e oportunidades de replicação da intervenção noutros contextos assistenciais. Esta prática reforçaria a aprendizagem organizacional e o desenvolvimento de competências coletivas.

A fase de reconhecimento e partilha do sucesso representa, assim, a consolidação do processo de melhoria contínua. A valorização do trabalho desenvolvido, a comunicação dos resultados e a promoção da cultura de qualidade e segurança são elementos essenciais para garantir a sustentabilidade das mudanças implementadas e para estimular novas iniciativas de melhoria nos serviços de saúde.

Considerações Finais

O presente projeto de melhoria contínua foi desenvolvido com o objetivo de informatizar os registros de vigilância na administração de hemoderivados no serviço de urgência, promovendo a rastreabilidade, a eficiência e a segurança do processo transfusional. Através da aplicação do ciclo PDCA e das orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2013), foi possível estruturar um plano de ação sistematizado, suportado em evidência científica e alinhado com os princípios da gestão da qualidade em saúde.

A análise do problema, a identificação das causas e o planeamento das atividades permitiram construir uma proposta exequível, baseada em indicadores mensuráveis e em mecanismos de avaliação contínua. As fases de verificação, correção e padronização reforçam a importância do controlo sistemático, da formação profissional e da consolidação das boas práticas, essenciais à sustentabilidade da melhoria.

Embora este projeto de melhoria contínua tenha sido proposto no âmbito da prática de enfermagem, a sua concretização exige uma estreita articulação com o serviço de imunohemoterapia, responsável pela coordenação institucional do circuito transfusional, e com o serviço de tecnologias de informação, que assegura o desenvolvimento e a integração da solução digital. Esta colaboração multiprofissional é essencial para garantir a conformidade com as normas nacionais de hemovigilância, a interoperabilidade dos sistemas de informação e a segurança de todo o processo transfusional. O trabalho conjunto entre estas áreas, sustentado na comunicação eficaz e na validação conjunta de decisões, reforça a cultura de qualidade e segurança do doente, constituindo um pilar da prática clínica moderna e baseada na evidência.

Em síntese, este projeto reflete uma proposta sólida, orientada para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e para o fortalecimento da segurança transfusional. A sua implementação futura poderá traduzir-se em ganhos efetivos para o doente, para os profissionais e para a instituição, consolidando a prática baseada na evidência e o compromisso com a excelência dos cuidados em saúde.

Referências bibliográficas

- Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion. (2024). *Guidelines for the administration of blood products* (3rd ed., revise February 2024). Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Ltd. <https://anzsbt.org.au/wp-content/uploads/2025/06/Guidelines-for-the-Administration-of-Blood-Products-revised-Feb-2024.pdf>
- Barras, P. M. N. (2016). *O ciclo PDCA no sistema de controlo interno em ambiente hospitalar no SNS* [Tese de mestrado, Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora]. Repositório Aberto da Universidade do Évora. <http://hdl.handle.net/10174/18204>
- Bielby, L., Stevenson, L., & Wood, E. (2011). The role of the transfusion nurse in the hospital and blood centre. *ISBT Science Series*, 6(2), 270–276. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2824.2011.01537>
- Campanella, P., Lovato, E., Marone, C., Fallacara, L., Mancuso, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016, fevereiro). The impact of electronic health records on healthcare quality: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26(1), 60–64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>
- Chouchene Douma, M., Ben Rejeb, M., Zardoub, N., Braham, A., Chouchene, H., Bouallegue, O., & Said Latiri, H. (2024). Impacto da implementação de registos eletrônicos de enfermagem nos indicadores de qualidade e segurança no cuidado. *Libyan Journal of Medicine*, 19(1), 2421625. <https://doi.org/10.1080/19932820.2024.2421625>
- Chouchene Douma, M., Ben Rejeb, M., Zardoub, N., Braham, A., Chouchene, H., Bouallegue, O., & Said Latiri, H. (2024). Impact of implementing electronic nursing records on quality and safety indicators in care. *Libyan Journal of Medicine*, 19(1), 2421625. <https://doi.org/10.1080/19932820.2024.2421625>
- Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 027/2012 – Utilização clínica de concentrado eritrocitário no adulto* [Norma]. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/utilizacao-clinica-de-concentrado-eritrocitario-no-adulto.pdf>

- Haro, M., Ramos, S., & Magalhães, T. (2025). Electronic transfusion safety system: Characterization of patient safety incidents. *Portuguese Journal of Public Health*, 43(2), 95–111. <https://doi.org/10.1159/000543841>
- Haro, M., Ramos, S., & Magalhães, T. (2025). Sistema Eletrônico de Segurança Transfusional: Caracterização de incidentes de segurança do paciente. *Port J Public Health*. Publicado online antes da impressão. <https://doi.org/10.1159/000543841>
- Horck, S., Fahy, N., & Greenhalgh, T. (2024). Desafios de implementação de sistemas eletrônicos de segurança para transfusão sanguínea: Lições de um estudo de caso comparativo internacional e multicêntrico. *Transfusion Medicine*, 35(1), 48–59. <https://doi.org/10.1111/tme.13095>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2020). *Hemovigilância*. <https://www.ipst.pt/index.php/pt/sph-hmv>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2024). *Relatório de atividade transfusional e sistema português de hemovigilância 2023*. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação.
- International Council of Nurses. (2020, April 1). *CIFE – Português* [ICNP 2019 Portuguese version]. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Ishikawa, K. (1990). *Introduction to quality control* (1^a ed.). Springer.
- Naamneh, R., & Bodas, M. (2024). The effect of electronic medical records on medication errors, workload, and medical information availability among qualified nurses in Israel – A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, 270. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01936-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais* [Documento oficial]. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual – enunciados descritivos*. Divulgar.

- Pinto, L. F. B. (2009). *Sistemas de informação e profissionais de enfermagem* [PDF]. Repositório da UTAD. <https://repositorio.utad.pt/server/api/core/bitstreams/aed5e7a3-ea1f-4868-88b8-674fb0707bfa/content>
- Silva, E. R., Alves, R. S. S., Silva, E. O., Santos, K. C., Lima, F. S., Feitosa, M. J. S., Rocha, L. C., & Silva, E. D. B. (2021). Gestão hospitalar: Aplicação do ciclo PDCA como estratégia de combate da COVID-19 em unidades de urgência e emergência. *Research, Society and Development*, 10(1), e379101110652. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10652>
- Sousa, P., & Mendes, W. (Orgs.). (2019). *Segurança do paciente: Criando organizações de saúde seguras* (2.^a ed. rev. e ampl.). Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
- World Health Organization. (2025). *Quality health services*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Apêndices

Apêndice A – Instrumento de Avaliação da Qualidade e Conformidade dos Registos

Transfusionais

Objetivo:

Avaliar a qualidade e a conformidade dos registos de hemovigilância realizados pelos enfermeiros, comparando registos históricos em formato papel com registos efetuados após a informatização, de modo a identificar melhorias na integralidade, correção e adesão às normas institucionais e legais.

Descrição:

O instrumento foi construído especificamente para este projeto, com base nas orientações da Direção-Geral da Saúde (Norma n.º 038/2012) e do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2020), bem como na literatura sobre qualidade documental em saúde (Sousa & Mendes, 2019). Trata-se de uma grelha de análise documental que permite avaliar cada registo transfusional segundo oito critérios: identificação do doente, identificação do profissional responsável, tipo de hemocomponente administrado, hora de início e fim da transfusão, vigilância durante o procedimento, registo de reações adversas, conformidade normativa e legibilidade/completude global. Cada item é pontuado de forma dicotómica (1 = cumpre; 0 = não cumpre), permitindo calcular uma pontuação total de 0 a 8 pontos.

Os resultados são posteriormente classificados em três níveis:

- 0–4: registo insuficiente;
- 5–6: registo parcialmente completo;
- 7–8: registo completo e conforme.

A aplicação do instrumento foi efetuada em duas fases distintas:

1. Pré-informatização: análise de uma amostra aleatória de registos em suporte papel referentes ao semestre anterior à implementação do sistema de registo digital.
2. Pós-informatização: análise de uma amostra equivalente de registos realizados no novo sistema digital.

Esta comparação permitirá identificar ganhos de qualidade e conformidade decorrentes da informatização.

Tabela 5 - Grelha de Avaliação - Instrumento de Avaliação da Qualidade e Conformidade dos Registos Transfusionais

CrITÉrio de Avaliação	Descrição / Indicador de qualidade	Cumpre (1)	Não cumpre (0)	Observações / Exemplos de inconformidades
1. Identificação do doente	Nome completo, número de processo e data de nascimento corretamente registados e legíveis.	☐	☐	
2. Identificação do profissional responsável	Nome e assinatura (papel) ou código eletrónico (sistema digital) corretamente registados.	☐	☐	
3. Tipo de hemocomponente administrado	Indicação do produto transfundido (eritrócitos, plasma, plaquetas, crioprecipitado).	☐	☐	
4. Hora de início e de fim da transfusão	Horário registado de forma completa e cronologicamente correta.	☐	☐	
5. Vigilância durante o procedimento	Registo dos parâmetros vitais (PA, FC, FR, temperatura) em momentos definidos: pré, 15 min após início, fim.	☐	☐	
6. Registo de reações transfusionais	Descrição de eventuais reações, intervenções realizadas e comunicação médica.	☐	☐	
7. Conformidade com normas e protocolo institucional	Cumpre os requisitos da DGS n.º 038/2012 e do protocolo interno de hemovigilância.	☐	☐	
8. Legibilidade e completude global	Registo globalmente coerente, sem omissões, rasuras ou campos em branco.	☐	☐	

Pontuação Total ____ / 8 pontos

Instruções de preenchimento

- Cada registo transfusional (papel ou eletrónico) é avaliado individualmente.
- Atribuir 1 ponto quando o critério é cumprido e 0 pontos quando não cumpre ou está incompleto/omisso.
- Registar observações relevantes (ex.: campos ilegíveis, informação incoerente, dados duplicados, etc.).
- A pontuação total máxima é 8 pontos.

Apêndice B - Questionário de Satisfação Profissional

Objetivo:

Avaliar a percepção e satisfação da equipa de enfermagem relativamente ao processo de informatização dos registos transfusionais, explorando dimensões como a usabilidade do sistema, o impacto na eficiência do trabalho, a segurança do doente e a satisfação global.

Instruções de preenchimento:

O questionário é de preenchimento anónimo e confidencial, destinando-se exclusivamente aos enfermeiros que participaram no processo de informatização dos registos transfusionais. As respostas devem refletir a percepção individual de cada profissional relativamente à utilização do novo sistema de registo eletrónico. Para cada afirmação apresentada, o participante deverá assinalar o grau de concordância numa escala de cinco pontos, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”. Recomenda-se que todas as questões sejam respondidas com base na experiência pessoal de utilização do sistema, de forma sincera e ponderada, não existindo respostas certas ou erradas. No final, é disponibilizado um espaço para comentário livre, onde o participante poderá indicar as principais vantagens e desafios identificados no processo de informatização.

Tabela 6 - Questionário de Satisfação Profissional

Dimensão / Item	1	2	3	4	5
Usabilidade do sistema					
1. O novo sistema de registo é fácil de utilizar.	☐	☐	☐	☐	☐
2. O sistema apresenta uma estrutura intuitiva e lógica.	☐	☐	☐	☐	☐
3. A formação recebida foi suficiente para utilizar o sistema com segurança.	☐	☐	☐	☐	☐
Eficiência e impacto no trabalho					
4. A informatização contribuiu para uma maior organização do processo de registo.	☐	☐	☐	☐	☐
5. O sistema facilita o acesso rápido à informação transfusional.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Considero que o novo sistema reduziu erros ou omissões no registo.	☐	☐	☐	☐	☐
Segurança e qualidade dos cuidados					
7. O sistema eletrónico reforça a segurança do doente no processo transfusional.	☐	☐	☐	☐	☐
8. A informação registada é mais legível e rastreável do que no formato papel.	☐	☐	☐	☐	☐
Satisfação global					

9. Estou satisfeito(a) com o processo de transição do registo em papel para o formato eletrónico.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Globalmente, considero que a informatização melhorou a qualidade dos cuidados prestados.	☐	☐	☐	☐	☐

Questão aberta: Quais considera serem as principais vantagens e desafios da informatização dos registos transfusionais no seu contexto de trabalho?

Sugestões:

Apêndice III - Instrução de trabalho - Cardioversão Elétrica

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Cardioversão Elétrica

Serviço de Medicina Intensiva
Documento para uso interno

Elaboração
Enfermeira Cátia Daniela Sampaio Ferreira
Estágio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

Janeiro 2026

1. Enquadramento

A cardioversão elétrica sincronizada é um procedimento terapêutico amplamente utilizado no Serviço de Medicina Intensiva no tratamento de arritmias cardíacas, particularmente em situações associadas a instabilidade hemodinâmica, constituindo uma intervenção de elevada prioridade em contexto de urgência e emergência. As recomendações internacionais para o suporte avançado de vida destacam a importância da realização atempada da cardioversão elétrica, da monitorização contínua e da preparação adequada da pessoa em situação crítica, de forma a reduzir a ocorrência de complicações e a aumentar a eficácia do procedimento (European Resuscitation Council, 2021).

A atuação do enfermeiro assume um papel central neste procedimento, nomeadamente na preparação do equipamento, na monitorização hemodinâmica e neurológica, na colaboração na sedação e analgesia, bem como na vigilância contínua antes, durante e após a cardioversão elétrica. A literatura de enfermagem em cuidados intensivos reforça que a sistematização das intervenções de enfermagem contribui para a redução da variabilidade da prática clínica e para o aumento da segurança da pessoa em situação crítica (Pinho, 2020).

Deste modo, a instrução de trabalho proposta visa uniformizar as intervenções de enfermagem na cardioversão elétrica, de acordo com as recomendações mais recentes, promovendo uma atuação estruturada, segura e articulada com a equipa multiprofissional, centrada na pessoa em situação crítica.

2. Objetivos

- Sistematizar as intervenções de enfermagem associadas à cardioversão elétrica
- Promover a segurança da pessoa em situação crítica submetida ao procedimento
- Apoiar a atuação do enfermeiro em contextos de emergência
- Contribuir para a uniformização das práticas de enfermagem no serviço

3. Âmbito de Aplicação

Esta instrução de trabalho aplica-se aos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva envolvidos na preparação, execução e vigilância da pessoa em situação crítica submetida a cardioversão elétrica sincronizada, em articulação com a equipa médica.

4. Definição

Cardioversão elétrica sincronizada: procedimento terapêutico que consiste na aplicação de um choque elétrico sincronizado com a onda R do eletrocardiograma, com o objetivo de restaurar o ritmo cardíaco sinusal.

A cardioversão elétrica sincronizada deve ser realizada imediatamente em doentes com taquiarritmias e sinais de instabilidade hemodinâmica, nomeadamente:

- Fibrilhação atrial instável
- Flutter atrial instável
- Taquicardia supraventricular instável
- Taquicardia ventricular monomórfica com pulso e instabilidade

Consideram-se critérios de instabilidade hemodinâmica a presença de hipotensão arterial, choque, isquemia miocárdica aguda, edema agudo do pulmão, insuficiência cardíaca aguda ou alteração do estado de consciência.

Em contexto de instabilidade hemodinâmica atribuível à arritmia, a cardioversão elétrica sincronizada constitui o tratamento de primeira linha, devendo ser efetuada sem atrasos. A duração da fibrilhação atrial ou o estado de anticoagulação prévio não devem atrasar a cardioversão, uma vez que o risco imediato para a vida do doente supera o risco tromboembólico. A anticoagulação deve ser iniciada ou retomada o mais precocemente possível após a estabilização clínica, desde que não existam contraindicações.

De acordo com o Conselho Europeu de Ressuscitação (2021), a cardioversão elétrica sincronizada é recomendada com até 3 choques consecutivo e a energia recomendada para cada tipo de arritmia é a seguinte:

Fibrilhação Auricular	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque entre 150J e 200J
Taquicardia Ventricular com Pulso	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque entre 120J e 150J, seguido de incremento de energia
Taquicardia supraventricular/Flutter Auricular	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque entre 70J e 120J, seguido de incremento de energia

Relativamente à posição das pás, segundo uma meta-análise realizada em 2023, evidência que não há benefício da posição ântero-lateral face à posição ântero-posterior e vice-versa. Utiliza-se a posição ântero-posterior em doentes portadores de Dispositivos Eletrónicos Cardíacos Implantáveis, para evitar interferência ou dano do dispositivo e dos seus elétrodos e lesões térmicas no endocárdio.

5. Complicações

Tipo	Exemplos
Tromboembólicas	AVC, embolia sistémica
Elétricas	Bradicardia, FV, assistolia
Cutâneas	Queimaduras
Hemodinâmicas	Hipotensão
Sedação	Depressão respiratória
Procedimento	Falha da cardioversão

6. Material, equipamentos e terapêutica

Material e equipamentos:
• Desfibrilhador - incluído no contexto de carro de emergência totalmente equipado e acessível à cabeceira do doente • Eléktodos, q.b • Placas multifunções • Eletrocardiógrafo • Dispositivos de oxigenoterapia (se aplicável) • Insuflador manual com máscara conectada • Material de aspiração das vias aéreas • Material necessário para preparação e administração de terapêutica • Equipamento de proteção individual
Terapêutica:
• Frasco de Soro fisiológico 0.9% 500ml • 1 ampola de Propofol 10mg/ml • 1 ampola de Midazolam 5mg/ml • 1 ampola de Etomidato 2mg/ml

7. Descrição do procedimento

Nº	Ação
1	Informar doente sobre o procedimento a realizar, se aplicável

2	Assegurar jejum funcional (VO ou SNG) previamente ao procedimento, se clinicamente possível
3	Posicionar o doente em decúbito dorsal
4	Expor tórax do doente
5	Avaliar a necessidade de realizar tricotomia
6	Monitorizar o doente com monitor/desfibrilhador: ECG; FC; TA; SpO2
7	Realizar ECG
8	Verificar acessos venosos existentes (central/periférico) e respetiva permeabilidade
9	Manter suporte ventilatório/oxigénio previamente instituído.
10	Verificar o sistema de aspiração de secreções (colocação da sonda de aspiração na tubuladura)
11	Preparar fármacos – sedação e analgesia (de acordo com indicação médica)
12	Aplicar elétrodos autoadesivos multifunção
13	Administrar fármacos - sedação e analgesia (de acordo com indicação médica)
14	Colocar temporariamente o ventilador em standby e afastar fontes de oxigénio do tórax antes da descarga
15	Monitorizar parâmetros vitais e estado de consciência
16	Selecionar energia adequada (confirmar se botão de “sincronização” no desfibrilhador está ativado)
17	Aplicar carga
18	Reiniciar ventilação/oxigenoterapia após a descarga elétrica
19	Realizar ECG pós procedimento
20	Otimizar a ventilação e oxigenação
21	Assegurar vigilância contínua hemodinâmica, respiratória e neurológica após o procedimento.
22	Colocar o doente em semi-fowler
23	Reiniciar dieta (oral ou entérica) quando clinicamente indicado
24	Efetuar registos do procedimento no processo de enfermagem

8. REFERÊNCIAS:

- American Heart Association. (2020). *Adult advanced life support*. <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/adult-advanced-life-support>
- Nguyen, S. T., Belley-Côté, E. P., Ibrahim, O., Um, K. J., Lengyel, A., Adli, T., Qiu, Y., Wong, M., Sibilio, S., Benz, A. P., Wolf, A., Whitlock, N. J., Acosta, J. G., Healey, J. S., Baranchuk, A., & McIntyre, W. F. (2023). Techniques improving electrical cardioversion success for patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *EP Europace*, 25(2), 318–330. <https://doi.org/10.1093/europace/euac199>
- Perkins, G. D., Gräsner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T. M., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, P. D., Mentzelopoulos, S., & Greif, R. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Resuscitation*. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.008>
- Pinho, J. A. (Coord.). (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel.
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support*. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>