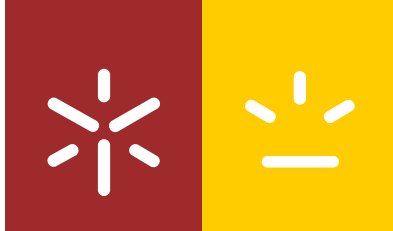


Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

José Manuel Teixeira Afonso

**Processos de Supervisão Clínica por Pares
e a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica no Serviço de
Urgência**



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

José Manuel Teixeira Afonso

**Processos de Supervisão Clínica por Pares
e a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica no Serviço de
Urgência**

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica,
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Paula Macedo

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 RepositoriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

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

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho representa o culminar de uma etapa exigente, marcada por desafios pessoais e profissionais, mas também por aprendizagens significativas e crescimento contínuo.

À minha família, em particular à minha esposa, aos meus filhos, aos meus pais e irmão, expresso a minha mais profunda gratidão pelo apoio incondicional, compreensão, paciência e incentivo ao longo de todo este percurso. Foram o meu alicerce nos momentos mais desafiantes e a minha maior motivação para seguir em frente.

À restante família próxima, agradeço o carinho, a compreensão e o encorajamento constantes, que contribuíram de forma significativa para a concretização deste objetivo.

Expresso o meu sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Macedo, pela disponibilidade, apoio constante, rigor científico e orientação ao longo de todo este percurso, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

A todos os docentes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, agradeço a partilha de conhecimentos, o estímulo ao pensamento crítico e o contributo para o desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeiro especialista.

Dirijo também um agradecimento especial às equipas de enfermagem e restantes profissionais de saúde com quem tive o privilégio de contactar durante o percurso formativo, pela colaboração, partilha de experiências e apoio no contexto da prática clínica.

Aos meus amigos e colegas, pelo encorajamento, entre ajuda e companheirismo ao longo desta jornada.

Por fim, a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos, o meu Muito Obrigado!

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 (IA)

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.

Processos de Supervisão Clínica por Pares e a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência

RESUMO

Enquadramento: Este documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final” para o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, realizado na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, incluindo duas componentes distintas, sendo estas a componente clínica e a componente de investigação. A primeira corresponde ao estágio final, cujo decorreu em três contextos de cuidados críticos; Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes de um hospital da zona norte de Portugal. A segunda a realização de *Scoping Review* sobre o tema de Processos de Supervisão Clínica por Pares e a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência. **Objetivos:** O presente relatório tem como principais objetivos descrever, analisar e refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este exercício reflexivo visa evidenciar a consolidação de saberes teóricos, técnicos e relacionais, bem como a capacidade de integração da evidência científica na prática clínica. Paralelamente, propõe-se o desenvolvimento de um trabalho de investigação centrado nos processos de supervisão clínica por pares e a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência. Pretende-se, assim, analisar a relevância desses processos colaborativos, bem como o seu impacto na segurança da pessoa cuidada e na qualidade dos cuidados prestados. **Métodos:** O relatório assenta numa metodologia descritiva, reflexiva e exploratória, sustentada na análise crítica da experiência clínica e na integração da evidência científica. A componente da investigação baseou se numa SCR realizada de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*, PRISMA *extension for scoping reviews* (PRISMA-ScR). Com pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *EBSCO host*. **Resultados:** A experiência clínica constituiu um elemento central na consolidação de competências especializadas em contextos de elevada complexidade assistencial, promovendo o desenvolvimento do raciocínio clínico, da tomada de decisão fundamentada e da implementação de estratégias orientadas para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. A evidência científica disponível indica que a Supervisão Clínica em Enfermagem, particularmente quando aplica processos colaborativos por pares, está associada a múltiplos ganhos ao nível do desenvolvimento profissional, da reflexão crítica e da melhoria das práticas. Contudo, a literatura também aponta para a necessidade de investimento contínuo na otimização dos processos de supervisão, nomeadamente ao nível da sua estruturação, sistematização e avaliação de resultados. **Conclusão:** O percurso formativo desenvolvido contribuiu para o fortalecimento das competências técnicas, científicas e éticas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A análise dos processos de supervisão clínica por pares e da sua influência na melhoria dos cuidados de enfermagem evidenciou a relevância da investigação aplicada como instrumento de melhoria contínua da qualidade assistencial e de promoção da segurança da pessoa que necessita de cuidados. O presente relatório configura-se, assim, não apenas como um marco académico, mas igualmente como a expressão de um compromisso ético e profissional com a excelência dos cuidados, a reflexão crítica sustentada e o desenvolvimento contínuo da disciplina de Enfermagem.

Palavras-chave: Competência Profissional; Cuidados Críticos; Enfermagem de Emergência; Grupo de Pares; Supervisão Clínica;

Peer Clinical Supervision Processes and the Improvement of Nursing Care for Critically ill Patients in the Emergency Department

ABSTRACT

Background: This document was developed within the scope of the course unit “Final Internship” for the Master’s Degree in Medical-Surgical Nursing for the Person in Critical Condition, held at the School of Nursing of the University of Minho. It includes two distinct components: a clinical component and a research component. The first corresponds to the final internship, which took place in three critical care settings: a Cardiology Intensive Care Unit, a Medical-Surgical Emergency Department, and a General Intensive Care Unit of a hospital in the northern region of Portugal. The second component involves conducting a Scoping Review on the topic of Peer Clinical Supervision Processes and the Improvement of Nursing Care for the Critically Ill Person in the Emergency Department. **Objectives:** The main objectives of this report are to describe, analyze, and critically reflect on the process of developing the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. This reflective exercise aims to demonstrate the consolidation of theoretical, technical, and relational knowledge, as well as the ability to integrate scientific evidence into clinical practice. In parallel, it proposes the development of a research study focused on peer clinical supervision processes and the improvement of nursing care for critically ill patients in the emergency department. The aim is to analyze the relevance of these collaborative processes, as well as their impact on patient safety and the quality of care provided. **Methods:** This report is based on a descriptive, reflective, and exploratory methodology, supported by the critical analysis of clinical experience and the integration of scientific evidence. The research component was based on a Scoping Review (ScR) conducted in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute and the PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR), with searches carried out in the PubMed and EBSCOhost databases. **Results:** Clinical experience was a central element in the consolidation of specialized competencies in highly complex care settings, promoting the development of clinical reasoning, informed decision-making, and the implementation of strategies focused on the quality and safety of nursing care. The available scientific evidence indicates that Clinical Supervision in Nursing, particularly when applying collaborative peer processes, is associated with multiple benefits in terms of professional development, critical reflection, and improvement of practices. However, the literature also highlights the need for continuous investment in optimizing supervision processes, particularly in terms of their structuring, systematization, and evaluation of outcomes. **Conclusion:** The training pathway contributed to strengthening the technical, scientific, and ethical competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of care for the critically ill person. The analysis of peer clinical supervision processes and their influence on improving nursing care highlighted the relevance of applied research as a tool for continuous improvement in care quality and the promotion of patient safety. This report therefore represents not only an academic milestone but also the expression of an ethical and professional commitment to excellence in care, sustained critical reflection, and the continuous development of the Nursing discipline.

Keywords: Clinical Supervision; Critical Care; Emergency Nursing; Peer Group; Professional Competence;

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS	ii
AGRADECIMENTOS	iii
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE.....	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE.....	vii
LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLO	ix
LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
PENSAMENTO.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – COMPONENTE CLÍNICA	5
1- ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO CURRICULAR.....	6
1.1 - Caraterização do estágio curricular do serviço da Unidade Cuidados Intensivos de Cardiologia/Unidade Diagnostico e Intervenção Cardiovascular.....	6
1.2 - Caraterização do estágio curricular do Serviço de Urgência.....	9
1.3 - Caraterização do estágio curricular do Serviço de Medicina Intensiva	11
2. COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MEDICO- CIRURGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA	13
2.1 - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	14
2.2 - Competências do domínio da melhoria continua de qualidade	16
2.3 - Competências do domínio da gestão de cuidados.....	18
2.4 - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	20
3 - COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MEDICO- CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA.....	21
3.1 - Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar processos complexos, de doença critica e/ou falência orgânica.....	22
3.2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	25
3.3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação critica e/ou falência orgânica	27
CAPÍTULO II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	29
Resumo.....	30
1. Enquadramento Teórico.....	32
2. Tipo de estudo.....	33

2.1 Objetivos e finalidade do estudo	34
2.2 Questão de Investigação	35
2.3 Seleção de termos de Investigação.....	35
2.4 Seleção de estudos	36
2.5 Apresentação de resultados	37
2.6 Extração de dados	39
2.7 Discussão dos Resultados.....	44
2.8 Considerações Éticas.....	52
2.9 Considerações Finais	53
CONCLUSÃO	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS	63
Anexo I – Norma de Cardioversão elétrica	64
Anexo II – Jornadas de urgências e emergências.....	69
Anexo III – II Encontro do NAASCE	70

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLO

ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

APA – *American Psychological Association*

AV - Acesso Vascular

BIS – *Bispectral Index*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

B Simple – *Hospital Information System*

CDI – Cardioversão Desfibrilhador Implantável

CVC - Cateter Venoso Central

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

Clinidata – Sistema de gestão de laboratório e diagnóstico clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EC – Estágio Curricular

ECG – Eletrocardiograma

EG – Enfermeiro Generalista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCAEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

GCLPCIRA – Grupo de Coordenação Local de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

GLINTT – Global Intelligent Technologies

Her+ – Health Electronic Record Plus

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

KPC – Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

NAS – Nursing Activities Score

MAV – Medicamento de Alta Vigilância

MEMCEPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MRSA – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada em Evidência

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCC – População, Conceito, Contexto

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RISI – Expert Software Solutions

UDCE – Unidade de Diagnóstico e Consulta Externa

UIC – Unidade Intermédia de Cardiologia

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UDIC – Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular

ULS – Unidade Local de Saúde

SAV – Suporte Avançado de Vida

SClinico – Sistema Clínico de Saúde

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

SCP – Supervisão Clínica por Pares

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

SCA – Síndrome Coronário Agudo

ScR – Scoping Review

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SMUC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPIKES –Setting Up, Perception, Invitation, Knowledge, Explore Emotion, Strategy and Summary

STM – Sistema de Triagem de Manchester

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

TRC – Terapia de Ressincronização Cardíaca

PAI – Processo Assistencial Integrado

PRISMA – Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta Analyse

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PDVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PCR – Paragem Cardio-respiratória

PMCQCE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSD – Plano Nacional para Segurança dos Doentes

VV-AVC – Via Verde de Acidente Vascular Cerebral

VV-C – Via Verde Coronária

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Critérios de elegibilidade da <i>ScR</i>	35
Tabela 2 Frases Booleanas	36
Tabela 3 Características dos estudos incluídos.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma representativo das etapas de refinamento do <i>corpus</i> do estudo.....	38
--	----

PENSAMENTO

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la com arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”

Florence Nightingale (1820 - 1910)

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCEPSC), ministrado pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, no ano letivo de 2025/2026. Esta etapa assume-se como um momento estruturante do percurso formativo, configurando uma oportunidade privilegiada para a integração e mobilização de conhecimentos teóricos em contexto clínico, bem como para o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas, sustentadas numa prática reflexiva, crítica e orientada para a excelência dos cuidados de enfermagem. A elaboração do presente relatório adquire particular relevância por resultar de um percurso formativo integrado, que articula a componente prática de estágio com as estratégias pedagógicas e científicas que estruturam o plano curricular do mestrado. Neste sentido, pretende-se proceder a uma reflexão crítica sobre as aprendizagens desenvolvidas, evidenciando os conhecimentos mobilizados na prestação de cuidados especializados à PSC e à sua família, em contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade clínica. Serão analisadas experiências formativas significativas que contribuíram para o desenvolvimento das competências preconizadas no plano de estudos do curso, alinhadas com as competências comuns do enfermeiro especialista e com as competências específicas do EEEMC, conforme definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2019a; 2018b). Estas competências enquadram-se numa prática avançada, centrada na pessoa, baseada na evidência científica e orientada para a segurança e qualidade dos cuidados. Com vista ao desenvolvimento das competências inerentes ao perfil do EEEMCEPSC, foram realizados três estágios de natureza profissional em contextos distintos e complementares de cuidados à PSC, sendo: Serviço de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), no período compreendido entre 21 de abril de 2025 e 25 de janeiro de 2026. Estes contextos possibilitaram o desenvolvimento articulado de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, essenciais ao exercício de uma prática especializada diferenciada. A construção de um percurso formativo coeso, faz-se com dedicação e esforço, requerendo objetivos, sendo estes: a centralização do desenvolvimento de competências específicas do (EEEMCPSC); a capacidade de desenvolver a assertividade, pensamento crítico e auto conhecimento; desenvolver as competências para atuar na prática profissional especializada perante à PSC baseada em evidência científica, de forma a assegurar uma vigilância contínua e as funções vitais em contextos de elevada complexidade; priorização das intervenções de enfermagem segundo as tomadas de decisão;

desenvolvimento de competências de comunicação para com a PSC e sua família; participação nas formações de serviço e respetiva gestão dos mesmos; desenvolvimento de boas práticas na prevenção e controlo de infeção e resistência antimicrobiana. Adicionalmente, o relatório assume-se como um exercício académico de sistematização e problematização da prática clínica, tomando como objeto de estudo as problemáticas emergentes nos contextos de cuidados à PSC. Assim, o presente documento representa a síntese reflexiva de um percurso formativo avançado, constituindo simultaneamente requisito académico conducente à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A Enfermagem constitui-se como uma ciência e uma prática profissional essencial nos sistemas de saúde, desempenhando um papel central na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Fundamentada em conhecimentos científicos, técnicos, éticos e humanísticos, com uma longa evolução acompanhando as transformações sociais, epidemiológicas e tecnológicas, ampliando seu campo de atuação e consolidando sua autonomia profissional. No contexto contemporâneo, o enfermeiro assume funções cada vez mais complexas, que ultrapassam o cuidado direto, abrangendo a gestão dos serviços de saúde, a educação em saúde, a investigação científica e a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências. A produção de conhecimento científico em Enfermagem é fundamental para o fortalecimento da prática profissional, permitindo a melhoria contínua dos cuidados prestados e a valorização da profissão. Nesse sentido, a investigação em Enfermagem contribui para o desenvolvimento de práticas seguras, eficazes e humanizadas, alinhadas às necessidades reais da população e aos princípios éticos que regem o cuidado em saúde. A PSC é aquela que apresenta uma ou mais funções vitais gravemente comprometidas, ou em risco iminente de falência, necessitando de vigilância contínua, intervenções terapêuticas complexas e cuidados de saúde altamente diferenciados. Essa condição caracteriza-se pela instabilidade clínica e pela possibilidade de deterioração rápida do estado de saúde, exigindo resposta imediata e integrada da equipa multiprofissional. No contexto da Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) define a supervisão clínica como um elemento essencial para a melhoria contínua da prática profissional, contribuindo para cuidados mais seguros, eficazes e baseados em evidência científica, bem como para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros. Assim, a supervisão clínica assume-se como uma estratégia fundamental na promoção da excelência dos cuidados de Enfermagem, particularmente em contextos de elevada complexidade, como os cuidados à PSC.

A Supervisão Clínica em enfermagem é entendida como um processo formal, sistemático, dinâmico e interpessoal, desenvolvido entre profissionais de enfermagem, orientado para a reflexão crítica sobre a

prática clínica, a aprendizagem em contexto de trabalho e o desenvolvimento contínuo de competências profissionais, analíticas e relacionais. Este processo tem como finalidade apoiar a tomada de decisão autónoma do enfermeiro, promovendo simultaneamente a qualidade, a segurança e a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A Supervisão Clínica por Pares (SCP) é entendida como um processo contínuo de apoio profissional, no qual enfermeiros com níveis semelhantes de formação e experiência se envolvem numa relação colaborativa, com o objetivo de refletir criticamente sobre a prática clínica, promover o desenvolvimento de competências e assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Este modelo distingue-se da supervisão tradicional hierárquica, uma vez que se baseia na horizontalidade das relações, no respeito mútuo e na partilha de responsabilidades, potenciando um ambiente de aprendizagem seguro e reflexivo Tony (2008).

No contexto da enfermagem, a SCP constitui um espaço privilegiado para a análise de experiências clínicas complexas, facilitando a integração do conhecimento teórico com a prática, o desenvolvimento do raciocínio clínico e a tomada de decisão ética. De acordo com Proctor (2001) a supervisão clínica cumpre funções formativas, normativas e restaurativas, sendo estas igualmente aplicáveis aos modelos entre pares, na medida em que contribuem para o crescimento profissional, a manutenção de padrões de qualidade e o suporte emocional dos profissionais.

Em contextos de elevada exigência, como o cuidado à PSC, a SCP assume especial relevância, ao permitir a partilha de experiências emocionalmente exigentes, a prevenção do desgaste profissional, e a promoção de práticas baseadas na evidência. Estudos indicam que este tipo de supervisão favorece a segurança do doente, a satisfação profissional e a resiliência dos enfermeiros, constituindo-se como uma estratégia eficaz de desenvolvimento profissional contínuo, (Cutcliffe, John R (2018). A melhoria dos cuidados de enfermagem constitui um eixo central da prática profissional, estando diretamente associada à qualidade, segurança e eficácia das intervenções dirigidas à PSC. Este processo implica a atualização contínua do conhecimento científico, a reflexão sistemática sobre a prática clínica e a adoção de cuidados baseados na melhor evidência disponível.

Em relação aos objetivos referentes ao relatório, estes focam-se em uma análise crítica e reflexiva das práticas de enfermagem observadas e desenvolvidas nos três diferentes contextos de estágio; já o segundo capítulo tem como propósito mapear a evidência científica existente sobre os processos de supervisão clínica por pares e a melhoria de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no SU, contribuindo assim para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas clínicas especializadas, de forma a implementar cuidados mais seguros, céleres e baseados na evidência. A escolha do tema

“Processos de supervisão clínica por pares e a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência”, revela-se particularmente pertinente no contexto atual da prática de enfermagem, marcado pela crescente complexidade dos cuidados, pela elevada exigência técnica e pela necessidade de assegurar cuidados seguros, eficazes e baseados na evidência científica. A metodologia escolhida para desenvolver esta investigação foi a *ScR*, pois permite mapear e sintetizar as evidências disponíveis em um determinado tema, através da sua capacidade de integrar os mais variados estudos, proveniente das demais diferentes fontes, contribuindo assim para uma melhoria contínua da Prática Baseada em Evidência (PBE). Neste enquadramento, o EEEMCPSC assume um papel central, enquanto profissional detentor de competências técnico-científicas avançadas que lhe permitem intervir, de forma célere, segura e eficaz, na estabilização e recuperação da PSC. A produção e integração de evidência científica através de revisões de âmbito, como a presente *ScR*, constituem um suporte essencial ao exercício especializado, favorecendo a tomada de decisão clínica informada e a atualização contínua das práticas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente relatório é dividido em dois capítulos, um capítulo destinado à: componente clínica e outro destinado à componente de investigação. Na componente clínica está descrito a contextualização dos três diferentes contextos de estágio e a análise crítico reflexiva da aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) vivenciadas na prática curricular. Por sua vez, na componente de investigação, inicia-se com o enquadramento teórico do tema e a descrição do tipo de estudo utilizado, seguindo-se a apresentação e discussão dos artigos incluídos, e finalizando com uma conclusão geral acompanhada das respetivas referências bibliográficas. Este documento encontra-se redigido segundo as normas de formatação das teses e de mestrado e doutoramento da Universidade do Minho, regulado pelo Despacho RT 38/2026 (Minho, 2026), em conformidade com o novo acordo ortográfico, cumprindo as diretrizes definidas pela *American Psychological Association* (APA) 7.ª edição (*American Psychological Association*, 2020) para as referências bibliográficas.

CAPÍTULO I – COMPONENTE CLÍNICA

1- ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO CURRICULAR

O Estágio Curricular (EC) constitui uma componente académica de elevada relevância no processo formativo, assumindo um papel determinante na construção da identidade profissional do futuro Enfermeiro Especialista (EE). Este momento formativo possibilita a aplicação, de forma crítica e reflexiva, dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico, em contexto de prática clínica real. Trata-se de uma etapa fundamental na formação especializada, ao permitir a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica em contextos de elevada complexidade, sustentada na evidência científica, promovendo simultaneamente o reconhecimento das necessidades formativas individuais e a identificação de áreas de melhoria no desempenho profissional. O desenvolvimento de competências especializadas, associado à elaboração do respetivo relatório de estágio, constitui um pilar essencial no processo de transição do Enfermeiro Generalista (EG) para EE. O estágio curricular supervisionado integra, assim, de forma estruturante, o plano de estudos do MEMCEPSC, configurando-se como um espaço privilegiado de aprendizagem, reflexão e consolidação de competências especializadas. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a supervisão clínica assume particular importância na integração segura e reflexiva do estudante em contextos reais de prática, promovendo a articulação entre o saber teórico, o saber prático e o saber ético, fundamentais ao exercício profissional especializado.

O presente Estágio Curricular decorreu no período compreendido entre 21 de abril de 2025 e 25 de janeiro de 2026, totalizando 600 horas de prática clínica, distribuídas por três contextos distintos, descritos nos subcapítulos subsequentes.

1.1 - Caracterização do estágio curricular do serviço da Unidade Cuidados Intensivos de Cardiologia/Unidade Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular

O primeiro contexto de Estágio ocorreu na UCIC de um hospital da zona norte de Portugal, composta por diferentes unidades de prestação de cuidados diferenciados. Entre elas, destacam-se: Unidade Intermédia de Cardiologia (UIC) – Piso 8, num total de 17 camas, todas monitorizadas por telemetria, sendo 4 destas com monitorização invasiva; Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), também no Piso 8, com capacidade para oito camas com monitorização eletrocardiográfica e invasiva. Dispõe também de uma sala com Intensificador de Imagem para implantação de pacemakers provisórios e outros procedimentos invasivos que necessitem de Raios X (acessos vasculares,

visualização de próteses mecânicas, entre outros); a unidade de diagnóstico e consulta externa (UDCE), no piso 2, situada na consulta externa I, que inclui consulta externa, laboratórios de ecocardiografia, laboratório de electrocardiologia (Eletrocardiografia, Provas de Esforço, Monitorizações Eletrocardiográfica, como Holter e de Pressão Arterial – MAPA), sala de teste de Tilt (estudo da função autonómica cardíaca) e a unidade de diagnóstico e intervenção cardiovascular (UDIC) – Piso 2, situada junto ao Bloco operatório central, composta por três salas de intervenção e uma sala de recobro para os procedimentos realizados: Sala Arritmologia 1 - destina-se à implantação cirúrgica de dispositivos cardíacos; Sala Arritmologia 2 destina-se à realização de estudos eletrofisiológicos invasivos, para estudo e tratamento de arritmias mais complexas; Sala de Hemodinâmica - destina-se à realização de cateterismos cardíacos; Sala de Recobro – para vigilância e estabilização dos doentes após as intervenções.

Durante o estágio, a minha prática decorreu na UCIC e UDIC, a UCIC caracteriza-se por um modelo em *open space*, permitindo a vigilância contínua, acompanhamento próximo dos doentes, otimização do espaço e maior rapidez na resposta a situações clínicas críticas. Contudo, este modelo apresenta limitações, incluindo menor privacidade, maior perceção de ruído e risco elevado de infeções nos cuidados de saúde. A unidade conta com um posto de vigilância centralizado, facilitando o acesso imediato aos doentes e o registo dos cuidados prestados, enquanto a circulação de profissionais e familiares segue protocolos rigorosos de higiene e controlo de infeção (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

A equipa de enfermagem do serviço de cardiologia é composta por 48 enfermeiros, distribuídos em equipas que garantem acompanhamento 24 horas à PSC. O rácio profissional/doente inclui uma equipa médica, um enfermeiro para dois doentes, um assistente operacional para seis doentes e assistentes administrativos. A equipa integra enfermeiros especialistas em áreas diversas, como Enfermagem de Reabilitação (8), Enfermagem Médico-Cirúrgica (14, incluindo 4 especializados na pessoa em situação crítica) e Enfermagem Comunitária (2), com outros profissionais em formação de mestrado na área de pessoa em situação crítica. Estes enfermeiros contribuem com competências transversais e específicas, assegurando cuidados de excelência, monitorização de indicadores de qualidade e implementação de programas de melhoria contínua.

Os doentes internados na UCIC apresentam, predominantemente, patologias cardíacas graves, incluindo enfarte agudo do miocárdio, arritmias, fibrilações auriculares com necessidade de pacemaker ou cardioversão, e insuficiência cardíaca terminal. O horário de visita é dividido em dois períodos, das 12h às 13h e das 18h30 às 19h30, sendo garantida a presença de médico residente para

comunicação do estado clínico à família.

Durante o estágio, foi possível desenvolver competências específicas do EEMCPSC, integrando conhecimentos teóricos, técnicos e relacionais na prática clínica. A prestação de cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica e risco de falência multiorgânica exigiu identificação precoce de sinais de deterioração, monitorização contínua de parâmetros vitais e eletrocardiográficos, interpretação de alterações clínicas e intervenção rápida e eficaz. Existem protocolos complexos de medicação, incluindo administração de fármacos vasoativos, anticoagulantes e antiarrítmicos, com avaliação constante de efeitos e potenciais complicações. Paralelamente, participei na manutenção hemodinâmica, controlo da dor, monitorização de sedação e analgesia e promoção do bem-estar do doente, adaptando intervenções às necessidades individuais e envolvendo familiares no processo de cuidados. O estágio permitiu envolvimento ativo em situações de emergência, como paragem cardiorrespiratória, arritmias graves e choque cardiogénico, integrando equipas de reanimação e aplicando competências de suporte avançado de vida. Na minha prática cumpri as normas, aderi a protocolos de higiene das mãos, circuitos de isolamento e técnicas assépticas, alinhadas com as normas de prevenção e controlo de infeções.

Esta experiência na UCIC e UDIC foi enriquecedora, consolidando competências essenciais na área da PSC, em especial no contexto cardiológico. A complexidade clínica dos doentes, a necessidade de decisões rápidas e fundamentadas, e a articulação com equipa multidisciplinar promoveram desenvolvimento técnico, científico, ético e relacional, evidenciando o papel central do EE na otimização de resultados em saúde e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Enquanto serviço que engloba várias valências, desde o diagnóstico ao tratamento específico e diferenciador nalgumas áreas de atuação e face ao exposto anteriormente, tive também oportunidade de realizar alguns turnos na UDIC, tendo interesse pela essa área clínica e pela tecnologia existente. Nesta unidade realizam-se diversos procedimentos, com uma casuística elevada, estando em pleno funcionamento há poucos anos. Este serviço obteve autorização da tutela para a sua abertura em março de 2023 e, desde então, integra a Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia (SNS, 2023).

A UDIC contempla 3 salas de intervenção e uma de recobro, já que muitos dos exames ou intervenções realizadas são em regime ambulatorio, sendo uma grande mais-valia para os doentes, elevando naturalmente a satisfação dos mesmos. A primeira sala é uma sala usada frequentemente para a implantação cirúrgica de dispositivos cardiológicos como pacemaker, cardioversão desfibrilhador implantável (CDI), terapia de ressincronização cardíaca (TRC) e registador de eventos todos os

procedimentos relacionados com Pacemaker (implementação de pacemaker, substituição de pilha), implantação cirúrgica. A segunda é a sala de hemodinâmica, sala que é uma unidade altamente diferenciada onde se realizam procedimentos invasivos no âmbito da cardiologia, usando tecnologia avançada e uma equipa multiprofissional especializada. E a terceira sala é destinada preferencialmente para a realização de estudos fisiológicos invasivos, para estudo e tratamento de arritmias mais complexas. Podendo também ser utilizada para outros tipos de procedimentos. A sala de recobro é um espaço assistencial destinado à vigilância clínica intensiva do doente no período imediato após a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos invasivos. Tendo objetivo garantir a estabilização hemodinâmica, a deteção precoce de complicações e a promoção da recuperação segura do doente.

1.2 - Caracterização do estágio curricular do Serviço de Urgência

O segundo contexto de estágio realizou-se num SUMC de um hospital da zona norte de Portugal, entre 8 de setembro de 2025 a 09 de novembro de 2025.

O SU é uma porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que faz parte do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), com apoio diferenciado para dar resposta a situações específicas de acordo com a rede de referência. Compete ao SU, independentemente de o processo de referência proceder a respetiva avaliação e orientação de situações urgentes ou emergentes, considerando os recursos disponíveis. Esta intervenção visa garantir o tratamento necessário, promovendo a estabilização clínica e a manutenção das funções vitais. O SUMC funciona como um centro de referência, com capacidade para lidar com situações de maior complexidade, alinhando-se com os critérios de um nível de urgência superior (III) na rede nacional, dado ser um hospital de grande dimensão e suporte a especialidades, contrariamente aos SUMC de nível II que têm menor diferenciação.

O SUMC presta cuidados 24 horas por dia a uma vasta área geográfica, pois além da população do distrito onde se localiza, abarca outro distrito próximo, é uma unidade hospitalar com 41 especialidades, que presta cuidados de saúde a cerca de 1,2 milhões de pessoas. Aquando à entrada no SUMC, procede-se a triagem segundo o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que sustenta no preenchimento do fluxograma com base nos sintomas e queixas mencionadas pela pessoa, estabelecendo assim uma prioridade clínica (Grupo Português de Triagem, 2011). Atualmente, encontram-se duas vias verdes em funcionamento: Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (VV-AVC) e

Via Verde de Coronária (VV-C), que integram a atuação em contexto pré-hospitalar e intra-hospitalar, com a finalidade de reduzir a morbidade e mortalidade, devido ao seu atendimento em tempo útil (Grupo Português de Triagem, 2011).

Relativamente à estrutura física, o SMUC conta com uma receção, uma sala de espera, dois postos de triagem de adultos (no segundo posto de triagem encontra-se o armário de exceção e catástrofe), duas Salas de Emergência/Reanimação (cada uma individual). Cada unidade é constituída por um monitor de parâmetros hemodinâmicos, ventilador invasivo e não invasivo, ambu devidamente montado e conectado a rampa de oxigénio, seringas perfusoras, bombas perfusoras, aspirador de secreções, e armários de apoio com material utilizado segundo a mnemónica A B C D E e carro com toda terapêutica de emergência. Ainda nesta sala existe um carrinho de apoio, utilizado para uma primeira abordagem à vítima. De ressaltar que nesta sala tem a mala de transporte inter-hospitalar, e a mala e monitor hemodinâmico com desfibrilhador intra-hospitalar; Unidade de cuidados intermédios do Serviço de urgência: unidade com 8 camas mais uma em quarto de isolamento, que possibilitam a monitorização contínua e vigilância de pessoas em situações críticas instáveis, dessa forma possui material de suporte avançado de vida e de terapêutica. A unidade tem o carro de emergência com desfibrilhador e um carro com a medicação mais utilizada nesta unidade; Unidade de diagnóstico II, com 16 camas, duas destas reservadas para as vias verdes. Nesta unidade recebem-se doentes de todas as especialidades com uma prioridade laranja; Unidade de diagnóstico I, com 22 camas, recebem-se doentes de todas as especialidades com prioridade amarela; Área médica e Unidade de diagnóstico III, com 5 camas e cadeirões; Área de Trauma, com 5 camas. Sala de armazenamento de stock: possui diverso stock necessário para prestação de cuidados; Sala de armazenamento de equipamentos: contêm ventiladores não invasivos, bombas perfusoras, seringas perfusoras e consumíveis destes respetivos equipamentos; Dois balneários para profissionais, Uma copa: onde os diversos profissionais podem fazer as suas refeições; Um gabinete do Diretor Clínico do SUMC; Um gabinete do Enfermeiro Gestor.

Presentemente, a equipa de enfermagem é composta por cento e doze enfermeiros, distribuídos por 6 equipas. Sendo um enfermeiro gestor, um enfermeiro responsável por equipa e depois dentro de cada equipa existem responsáveis por grupos de trabalho. Cada equipa tem um enfermeiro responsável que assume funções de gestão dos elementos da sua equipa para a prestação de cuidados e dos recursos materiais. O enfermeiro alocado a SE assegura também a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), quando o número interno 2222 é acionado. Este número está alinhado com as recomendações do *European Resuscitation Council*, o *European Board of Anaesthesiology* e da

European Society of Anaesthesiology, bem como no Despacho n.º 9639/2018, publicado no Diário da República a 15 de outubro. De modo convergente, estas entidades preconizam que todas as unidades hospitalares na Europa adotem esse número para ativação de emergência intra-hospitalar em caso de PCR e peri-paragem. O horário da equipa de enfermagem é de jornada continua de 12 horas, que equivale ao turno de manhã e tarde (08:00 - 20:00) e ao turno da noite (20:00 - 08:00).

O modelo de trabalho adotado assenta na dinâmica de equipa interdisciplinar, sendo especialmente relevante em situações emergentes que requerem uma resposta rápida, coordenada e eficaz. De forma geral, adota-se um modelo funcional de prestação de cuidados, caracterizado pela divisão das tarefas entre os elementos da equipa, permitindo uma resposta eficiente face ao elevado volume de intervenções requeridas num curto intervalo de tempo.

Os sistemas de informação disponíveis no SUMC para a realização dos diferentes registos de enfermagem incluem o *Glint*, utilizado no início do estágio, posteriormente substituído pelo *SClinico* Hospitalar, bem como o *RISI* e o *Clinidata*. Adicionalmente, os elementos da equipa são organizados em equipas de trabalho com o objetivo de desenvolver projetos de melhoria contínua, trabalhos de investigação e ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas.

1.3 - Caraterização do estágio curricular do Serviço de Medicina Intensiva

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI), também denominado Unidade de Cuidados Intensivos, é uma unidade especializada na prestação de cuidados à PSC, caracterizada por patologias agudas graves com falência de uma ou mais funções vitais reversíveis, prevenindo complicações e dando o respetivo suporte. (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo o Parecer n.º 15/2018 da (Ordem dos Enfermeiros, 2018), o SMI é uma estrutura organizada para atender às necessidades clínicas mais complexas, equipada com tecnologia avançada e munida por uma equipa multidisciplinar com formação especializada. A missão do serviço abrange não apenas a prestação de cuidados intensivos, mas também a prevenção de complicações, a reabilitação precoce e a participação das famílias nas decisões clínicas.

O SMI distingue-se pela complexidade dos cuidados e pela abordagem à vulnerabilidade humana, integrando empatia e ciência diariamente. Trata-se de um serviço polivalente, de foro médico e cirúrgico, destinado ao cuidado de adultos em situação crítica, classificado como nível II e III de acordo com critérios de complexidade, assumindo a responsabilidade integral do doente independentemente do serviço de origem. Estrategicamente localizado no 2.º piso do hospital, próximo ao Serviço de

Urgência, Serviço de Imagiologia e Bloco Operatório, o SMI permite atendimento rápido, seguro e eficiente, admitindo doentes provenientes do serviço de urgência, de outras unidades hospitalares em situação clínica grave e do bloco operatório pós-cirurgias major, conforme protocolos clínicos estabelecidos. A estrutura física do SMI é composta por duas alas (Ala A e Ala B), totalizando 14 unidades de cuidado: seis camas na Ala A e oito na Ala B, esta última sendo uma obra recente, ampla e moderna, com capacidade para mais duas camas, embora atualmente inativa devido à limitação de recursos humanos. Todas as unidades estão preparadas para cuidados de nível II e III, permitindo adaptação dinâmica conforme a evolução clínica do doente. Cada unidade possui cama articulada, mesa de apoio com monitor, ventilador invasivo, material de higiene, equipamento para monitorização capilar e terapêutica, além de sistema de aspiração de secreções, rampa de oxigénio, bombas perfusoras, máquina de alimentação entérica e contentores para resíduos hospitalares. No centro da unidade existe espaço amplo para vigilância, com ecrã de parâmetros hemodinâmicos, computadores para registos de enfermagem e sala de preparação de terapêutica contendo material médico, cofre de estupefacientes, soros, antibióticos e equipamentos de emergência. Adjacente à área de cuidados, o serviço conta com sala de sujos, sala de equipamentos, sala de stock, gabinetes da equipa médica e de enfermagem, vestiários, sala de reuniões e copa para refeições da equipa.

A equipa de enfermagem é composta por 53 enfermeiros, incluindo enfermeira gestora e coordenadora, dez enfermeiros especialistas em EEMCPSC, cinco especialistas em reabilitação, uma enfermeira especialista em saúde materna e 37 enfermeiros generalistas. A equipa médica integra 19 médicos, enquanto a equipa de assistentes auxiliares de saúde conta com 20 profissionais. O SMI funciona 24 horas por dia, em turnos rotativos (manhã, tarde e noite), cada um com seis enfermeiros, complementados por um enfermeiro especialista em reabilitação nos turnos diurnos. Em situações normais, cada enfermeiro é responsável individualmente pelos cuidados de uma pessoa em situação crítica e pelo suporte à família, adotando metodologia em equipa apenas em emergências, garantindo segurança e eficácia na prestação de cuidados. Possui meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica avançados, assim como dispõe de medidas de controlo contínuo de qualidade dos cuidados e indicadores de qualidade trabalhados sistematicamente pela equipa médica e de enfermagem. Para registo e monitorização, o SMI utiliza sistemas de informação hospitalar, incluindo no início do estágio o *SClinico* e no decorrer do mesmo iniciou-se com *B Simple*, *Single Sign-On*, Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), *Clinidata*, Mapa Global de Camas, Portal Interno e *HER+*.

A melhoria contínua da qualidade de cuidados é promovida por grupos de trabalho da equipa de enfermagem, que desenvolvem projetos de investigação, formações em serviço e revisões periódicas de

normas e procedimentos, em conformidade com os Enunciados Descritivos da OE sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015). Estes grupos realizam auditorias internas e partilham resultados e conhecimentos coletivos nas formações em serviço.

No âmbito da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, o SMI integra o programa nacional STOP Infeção Hospitalar 2.0 (Direção-geral da Saúde, 2022) atuando em articulação com o Grupo de Coordenação Local para a Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCLPCIRA), com auditorias regulares realizadas por esta entidade.

2. COMPETENCIAS COMUNES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ao longo dos anos a enfermagem é descrita como uma profissão e ciência, sem descurar o seu principal objetivo que é a arte de cuidar. Como profissão, é vista pela sua prática, responsabilidade e ética nos cuidados prestados ao ser humano, família e comunidade. Como ciência, reflete-se na aplicação dos conhecimentos teóricos, baseados em evidência que são aplicados na prática diária. A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Segundo o Ministério da Saúde (2015), qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estes são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, constitui uma garantia de sustentabilidade do SNS. Para assegurar a prestação de cuidados especializados de forma holística e centrada na pessoa, a prática do EE fundamenta-se em referenciais normativos e éticos fundamentais, para isso baseamo-nos no código deontológico, nos padrões de qualidade de enfermagem à PSC, no Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE) e no regulamento de competências comuns e específicas. Decorrente da melhoria dos vários domínios comuns à prática de Enfermagem Especializada torna-se essencial que a análise crítico-reflexiva esteja presente em todos os momentos podendo demonstrar a aquisição de diversas competências através da organização, planeamento e supervisão de cuidados, suportada pela melhor e mais recente evidência científica através da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são: (a) responsabilidade

profissional, ética e legal; (b) melhoria contínua da qualidade; (c) gestão dos cuidados e (d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os subcapítulos que se seguem mencionam uma análise crítico-reflexiva das atividades mais relevantes para a aquisição e desenvolvimentos das respetivas competências durante os três períodos de estágio distintos.

2.1 - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um domínio central da prática de enfermagem, orientando a tomada de decisão clínica e assegurando cuidados seguros, competentes e centrados na pessoa. De acordo com Beauchamp e Childress (2019), os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem fundamentar a atuação dos profissionais de saúde, especialmente em contextos de elevada complexidade e risco, como os cuidados à PSC. Paralelamente, a responsabilidade legal decorre do dever de atuar conforme as normas profissionais, a legislação vigente e os padrões de qualidade, estando intrinsecamente ligada à responsabilidade ética e profissional.

Neste contexto, a prática reflexiva e o cumprimento dos deveres deontológicos são fundamentais para promover a segurança dos cuidados, proteger os direitos da pessoa e reforçar a confiança na relação terapêutica. A integração consistente das dimensões ética e legal na prática clínica contribui, assim, para o desenvolvimento profissional contínuo e para a excelência dos cuidados de enfermagem.

O cuidado à pessoa envolve uma relação de compromisso recíproco, integrando competências técnicas, ação e fundamentação científica. A profissão de enfermagem, diretamente ligada ao contacto com a pessoa, deve assentar em princípios legais, éticos e deontológicos que orientem a prática clínica e promovam o respeito pela dignidade humana. Conforme o Regulamento n.º 140/2019, a prática profissional deve ser ética e legal, assegurando cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Do mesmo modo, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), estabelece que os enfermeiros devem adotar conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Decreto – lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

A ética em saúde emerge da necessidade de tomada de decisão perante dilemas clínicos, respeitando simultaneamente os valores éticos do enfermeiro, os direitos e a vontade da pessoa, em conformidade

com o regulamento e o código deontológico da profissão. Ao longo do meu percurso profissional e durante os três estágios distintos, as questões éticas estiveram sempre presentes. Procurei desempenhar as intervenções respeitando incondicionalmente a dignidade humana, em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e com os princípios bioéticos fundamentais de respeito, justiça, beneficência e não maleficência, conforme o artigo 81.º da Deontologia Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Durante o estágio nas unidades UCIC, SUMC e SMI, na ausência de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), verifiquei que o princípio da não maleficência prevalecia sobre o da beneficência, especialmente em situações clínicas em que o balanço risco-benefício era desfavorável, causando sofrimento excessivo à pessoa. Esta decisão alinha-se com o enquadramento ético que privilegia a minimização de danos e o respeito pela dignidade da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Em unidades com configuração em *open-space*, foi necessário priorizar a privacidade da pessoa em situação crítica, garantindo um ambiente adequado para intervenções de enfermagem especializadas de forma célere e eficaz. Para tal, recorri à utilização de biombos, cortinas, lençóis e batas hospitalares, obtendo sempre consentimento informado antes da execução dos procedimentos, explicando de forma clara e acessível sua finalidade, promovendo a autonomia do doente. Esta prática está em conciliação com a Carta dos Direitos do Doente Internado, que reforça a necessidade de preservar privacidade e pudor, mesmo em situações de urgência (Ministério da Saúde, s.d.). Nos casos em que a pessoa não podia comunicar devido à sedação, ventilação invasiva ou alteração do estado de consciência, como na doação de órgãos ou na decisão de não reanimar (DNR), a tomada de decisão ética dependia dos princípios bioéticos, especialmente na ausência de DAV, prevista na Lei n.º 25/2012. Esta lei estabelece que a DAV é um documento unilateral, revogável e livre, em que a pessoa manifesta antecipadamente sua vontade quanto aos cuidados de saúde, caso venha a perder a capacidade de expressá-la.

Em situações de fim de vida ou prognóstico reservado, assegurei junto aos orientadores o direito de a família acompanhar o doente, organizando visitas sequenciais e individuais para preservar o funcionamento dos serviços, garantindo simultaneamente a dignidade da pessoa em situação crítica e o respeito pelo direito familiar.

A responsabilidade ética e profissional das minhas intervenções permitiu estabelecer uma relação terapêutica empática e assertiva com pessoas e familiares. Ao longo dos estágios, desenvolvi a tomada de decisão baseada em princípios éticos, deontológicos e legais, sustentando a prática do EEEMC, com respeito pela igualdade, não discriminação e dignidade humana. A integração desses princípios na prática clínica possibilitou decisões mais seguras e fundamentadas, assegurando a proteção dos

direitos humanos e o respeito pela dignidade da pessoa cuidada.

2.2 - Competências do domínio da melhoria contínua de qualidade

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde constitui um compromisso permanente com a excelência da prática clínica, fundamentado na monitorização sistemática, na reflexão crítica e na implementação de mudanças baseadas em evidência científica. Batalden e Davidoff (2007), destacam que a melhoria da qualidade combina o conhecimento profissional com a compreensão dos sistemas de cuidados, visando melhores resultados em saúde para indivíduos e populações. Nesse contexto, a enfermagem desempenha um papel central na identificação de oportunidades de melhoria, na promoção da segurança do doente e na otimização dos processos assistenciais, especialmente em ambientes complexos e de elevada exigência, como os cuidados à PSC.

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental, e a prestação desses cuidados deve ser igualitária, segura, baseada em evidência científica e centrada na pessoa (*World Health Organization*, 2018). A formação e educação especializada dos enfermeiros são essenciais para garantir competências que conduzam a melhores resultados em saúde, maior satisfação do utente e melhoria dos *outcomes*. Nesse sentido, o EE, desempenha intervenções especializadas dirigidas à pessoa em situação crítica, promovendo recuperação, humanização e satisfação das necessidades (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Para padronizar a atuação do EE, a OE desenvolveu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, que orientam a prática profissional e impulsionam a melhoria contínua (Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015). Em nível nacional, o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 estabelece cinco pilares estratégicos: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes, e práticas seguras em ambientes seguros (Direção-Geral de Saúde, 2021).

Durante os estágios em diferentes contextos clínicos, procurei aplicar normas e protocolos institucionais, esclarecendo dúvidas com enfermeiros orientadores e desenvolvendo competências para intervenções seguras, céleres e eficientes em prol da PSC. Também participei na atualização de uma norma específica no serviço de cardiologia, um processo essencial para alinhar práticas clínicas com evidências científicas, tecnologias emergentes, legislações atuais e necessidades populacionais. Além disso, participei na verificação diária e mensal de *checklist* de materiais e terapêutica, incluindo cofres de estupefacientes, carros de emergência, equipamentos e terapêutica armazenada, garantindo

funcionalidade e disponibilidade. Como dinamizador de documentação no sistema *SClinico*, contribui para uniformização dos registos de enfermagem, permitindo extração de dados e análise posterior dos indicadores de qualidade. Nos serviços de SUMC e de SMI, participei ativamente nos processos de adaptação e aprendizagem de novos sistemas de informação em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Nestes contextos, foi possível não apenas adquirir novos conhecimentos, mas também partilhar competências previamente desenvolvidas. No SUMC, durante o período de estágio, encontrava-se em fase inicial de implementação o sistema *SClinico*, verificando-se dificuldades por parte da equipa de enfermagem na sua utilização. Atendendo ao facto de se tratar de uma ferramenta com a qual já possuía experiência prévia, colaborei na orientação e apoio aos profissionais, facilitando o processo de adaptação ao novo sistema. Por sua vez, no SMI, foi implementado o sistema *BSimple*, o que implicou a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e de adaptação progressiva ao seu funcionamento, promovendo o desenvolvimento de competências no âmbito da literacia digital aplicada à prática clínica.

A comunicação entre profissionais foi assegurada utilizando a técnica *ISBAR* (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), conforme a Norma nº 001/2017 da (Direção Geral de Saúde, 2017a), garantindo passagem de informação eficaz e continuidade de cuidados, inclusive em contextos complexos como o SMI. A qualidade em saúde está diretamente associada à segurança, sendo essencial a análise de risco, a gestão de incidentes e a implementação de medidas preventivas e corretivas para promover aprendizagem e melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No estágio no SUMC, identifiquei lacunas estruturais e organizacionais, como excesso de macas, medicação distribuída de forma inadequada e saturação da equipa de Enfermagem. Estes fatores configuram condições que potenciam o aumento do risco de ocorrência de erros. Apesar das tentativas de correção, algumas melhorias não foram implementadas devido a limitações estruturais e operacionais. A participação ativa do EE é fundamental para programas de melhoria contínua. No SMI, participei no programa STOP Infecção Hospitalar 2, executando procedimentos conforme normas predefinidas. A experiência adquirida nos três contextos permitiu desenvolver competências em implementação de protocolos, formação, colaboração em programas de melhoria contínua e garantia de um ambiente seguro e terapêutico. Assim, o Enfermeiro Especialista torna-se um precursor da qualidade, diferenciando-se pelas competências e conhecimentos adquiridos.

2.3 - Competências do domínio da gestão de cuidados

A gestão de cuidados constitui um domínio essencial da prática de enfermagem, englobando a planificação, organização, coordenação e avaliação dos cuidados prestados, com o objetivo de responder de forma eficaz às necessidades da pessoa e de otimizar a utilização dos recursos disponíveis. De acordo com Mintzberg (2009), a gestão em saúde requer uma abordagem integrada, que articule liderança clínica, tomada de decisão baseada em evidência e trabalho em equipa, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados. Nesse contexto, o enfermeiro assume um papel central na articulação dos cuidados, contribuindo para a eficiência dos serviços, a segurança da pessoa e a melhoria dos resultados em saúde, especialmente em situações de elevada complexidade, como os cuidados à PSC. A liderança e a gestão em enfermagem são determinantes para a implementação de melhorias significativas no ambiente de trabalho, desde que o EE possua competências em liderança, comunicação e negociação, capazes de responder às complexidades dos serviços em que atua. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Durante os estágios, fui bem acolhido pelos enfermeiros orientadores e por toda a equipa, que me apoiaram no desenvolvimento das competências, partilhando conhecimento e esclarecendo dúvidas. Esse acompanhamento favoreceu a aprendizagem ativa e a consolidação das minhas competências profissionais.

Nos três contextos de estágio, orientados por um EE, desempenhei diversas tarefas relacionadas com a gestão de cuidados. No Serviço de Urgência, não foi utilizado nenhum sistema formal de avaliação da carga de trabalho, o que poderia evidenciar lacunas existentes e o tempo efetivamente dedicado às intervenções diárias, apoio familiar e ensinios realizados. Ressalta-se que a qualidade dos cuidados não se baseia apenas nos rácios, sendo necessário considerar fatores como formação contínua, motivação e supervisão das equipas (Monteiro et al., 2021). Por outro lado, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), utiliza-se a escala *Nursing Activities Score* (NAS) para avaliar a carga de trabalho de enfermagem (Macedo, et al., 2026). Esta escala permite ao responsável de turno identificar a carga de trabalho para cada pessoa em situação crítica, possibilitando uma distribuição equitativa das pessoas em situação crítica pelos enfermeiros no início de cada turno, minimizando riscos de segurança e da qualidade dos cuidados (Braz et al., 2024). De acordo com a OE, o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras de Enfermagem define o número adequado de enfermeiros, considerando o nível de

qualificação e competências, de forma a assegurar índices de segurança na qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros). No SMUC, o enfermeiro responsável pela equipa monitorizava de forma contínua as diferentes áreas do serviço, identificando aquelas que apresentavam maior grau de complexidade, com o objetivo de reforçar os recursos humanos conforme as necessidades identificadas. No domínio da gestão de materiais e equipamentos, colaborei na organização de stocks, na verificação de falha de medicação e na manutenção de equipamentos, como ventiladores, desfibriladores, monitores e bombas perfusoras. Quando detetava falhas, realizava a notificação em sistema informático e providenciava o respetivo transporte para a respetiva área. Relativamente às dotações seguras e rácios no Serviço de Urgência, todos os enfermeiros envolvidos na triagem de Manchester possuem formação específica, embora nem todos sejam EE, conforme recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019, que estabelece que pelo menos 50% da equipa deve ser constituída por EE na área da PSC em permanência 24 horas, com formação em Suporte Avançado de Vida. Esta recomendação aplica-se também às funções de coordenação de turno, sala de emergência e trauma, e assessoria à gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Regulamento n.º 76/2018 descreve o perfil do enfermeiro gestor, que “detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à organização e valor social aos enfermeiros; é responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e pelo desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde” (Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do meu percurso, desenvolvi competências na gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, bem como na priorização de cuidados. A complexidade inerente à gestão de equipas exige do EE habilidades de liderança, comunicação eficaz e tomada de decisão fundamentada, assegurando um ambiente seguro, eficiente e centrado na pessoa.

2.4 - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um domínio central na prática de enfermagem, pois permite aos profissionais atualizar conhecimentos, competências e atitudes, promovendo a prestação de cuidados seguros e de qualidade. De acordo com Benner (2001), a progressão na prática clínica ocorre através de um percurso contínuo de aprendizagem experiencial, que transforma a teoria em competência prática. A promoção do desenvolvimento profissional reflete-se na melhoria do desempenho individual e coletivo, na capacidade de adaptação a contextos complexos e na inovação das práticas assistenciais, sendo especialmente relevante nos cuidados à PSC. Nesse contexto, o enfermeiro tem o dever de aprofundar continuamente os conhecimentos baseados em evidência e manter-se atualizado para garantir a excelência do exercício profissional. Durante o meu percurso de estágio, identifiquei a necessidade de atualização de conhecimentos teórico-práticos, aprimoramento da assertividade, comunicação e capacidade de adaptação a novos desafios, mantendo sempre uma postura empática. Conforme o Regulamento n.º 140/2019 da OE, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências relacionadas com autoconhecimento e assertividade, fundamentando a sua prática clínica em evidência científica.

O ensino clínico representou um desafio positivo, permitindo consolidar conhecimentos teórico-práticos e desenvolver a capacidade de adaptação a diferentes ambientes, pessoas e meios de cuidado. Costa e Jesus (2010) defendem que o sucesso pessoal e profissional depende da capacidade de comunicar e adaptar-se às mudanças, com base na empatia, autoconfiança e autodomínio. Identificadas lacunas no conhecimento, procurei oportunidades de investigação, estudo e pesquisa para colmatar as dificuldades enfrentadas, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo. O autoconhecimento revelou-se essencial para reconhecer limites pessoais e profissionais, criando estratégias para uma gestão adequada das emoções na prestação de cuidados, tanto como indivíduo, como enfermeiro. Mantive uma postura de participação ativa, procurando compreender integralmente o funcionamento dos serviços, das equipas e da coordenação, e fortalecendo as minhas competências na prestação de cuidados fundamentados em evidência científica. O desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista permite otimizar o trabalho em equipa e responder de forma adequada às necessidades da pessoa cuidada (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Para apoiar o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos, assentei a minha tomada de decisão em padrões sólidos de cientificidade e adotei uma postura proativa na pesquisa bibliográfica sobre temas em que possuía menor domínio, aumentando as oportunidades de investigação e autoconhecimento. A

aprendizagem profissional surge, assim, dos desafios constantes da prática, conduzindo ao desenvolvimento de competências avançadas por meio do pensamento crítico e reflexivo. Espera-se que o enfermeiro especialista identifique lacunas no conhecimento e contribua para a expansão do saber e para o desenvolvimento da prática especializada. Além disso, é fundamental que o conhecimento adquirido seja aplicado na prática e disseminado à coletividade por meio de encontros científicos e formações. Neste domínio, participei como organizador do evento científico Jornadas de Urgência e Emergência, promovido pela ULSAAVE, realizado no campus de Azurém da Universidade do Minho. O evento abordou diversos temas relacionados com urgência e emergência, distribuídos em cinco mesas, contando com palestrantes de diferentes níveis de formação e especialização, proporcionando um ambiente enriquecedor para atualização e aquisição de novos conhecimentos. Paralelamente, participei num seminário em supervisão clínica em enfermagem, o qual contribuiu para o aprofundamento de competências no âmbito da reflexão crítica sobre a prática e do acompanhamento profissional. Este momento formativo permitiu consolidar a compreensão do papel da supervisão clínica na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, bem como no desenvolvimento contínuo dos enfermeiros, especialmente em contextos de elevada complexidade, como o cuidado à pessoa em situação crítica. Em síntese, ao longo dos três estágios, consegui integrar na prática os conhecimentos teóricos com a experiência profissional e as oportunidades de aprendizagem, desenvolvendo competências essenciais, autonomia, assertividade e confiança na prática clínica especializada.

3 - COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do EEEMC, abrange diferentes áreas de atuação em enfermagem, sendo essas: área de enfermagem à pessoa em situação crítica; área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Sendo assim, as: “Competências específicas: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No contexto atual, devido ao aumento da esperança média de vida, doenças crónicas, sinistralidade, violência e catástrofes naturais, aumenta também a necessidade de cuidados especializados a nível

intra-hospitalar, direcionados para a pessoa/família em situação crítica. Sendo assim, EEEMCPSC, é o condutor fundamental para a prestação desses cuidados de enfermagem, à pessoa que se encontra sob ameaça de vida, dependendo assim a sua sobrevivência dos meios de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n. 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Perante esta área de intervenção à pessoa em situação crítica o enfermeiro especialista:

“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 pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os subcapítulos que se seguem mencionam uma análise crítico-reflexiva das atividades mais relevantes para a aquisição e desenvolvimentos das respetivas competências durante os três períodos de estágio.

3.1 - Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar processos complexos, de doença crítica e/ou falência orgânica

Os cuidados centrados à PSC, são individualizados e de elevada complexidade, dependem da articulação entre teoria e prática, sendo essenciais em situações clínicas exigentes, com potencial para gerar resultados mais favoráveis (Benner et al., 2009). A prestação de cuidados especializados à PSC é determinante para respostas rápidas em situações com risco vital, requerendo intervenção contínua, sistematizada e eficiente por parte do EEEMC, prevenindo complicações e minimizando incapacidades (Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011). A melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação de doença aguda grave exige a elaboração de planos de intervenção especializados que atendam às necessidades identificadas do doente e da sua família/cuidador (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta competência específica do EEEMC consiste em atuar de forma oportuna, utilizando os conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo da formação e experiência prática. Nos diferentes contextos de estágio, a abordagem à PSC foi sistematicamente conduzida segundo a metodologia ABCDE (A – Airway, via aérea ; B – Breathing, ventilação e oxigenação; C – Circulation, circulação com controlo da hemorragia e acesso venoso; D – Disability, disfunção neurológica; E – Exposure, exposição e controlo ambiental/temperatura), permitindo organizar o raciocínio clínico rapidamente, reconhecer precocemente a deterioração fisiológica e definir

prioridades e intervenções imediatas. Paralelamente, o processo de monitorização incluiu ECG de 12 derivações, pressão arterial, oximetria de pulso, frequência respiratória, temperatura corporal e glicemia capilar, sendo a Escala de Coma de Glasgow aplicada na avaliação de disfunção neurológica (componente D). Durante o estágio em contexto de Serviço de Urgência (SUMC), realizei triagem de utentes, aplicando o Sistema de Triagem de Manchester (STM), que permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de forma objetiva e contínua, integrando vias verdes, normas do serviço de urgência e algoritmos predefinidos. Esta experiência promoveu o desenvolvimento de competências de observação, tomada de decisão e pensamento crítico. A permanência na Sala de Emergência (SE) permitiu contato direto à PSC, aprimorando cuidados emergentes que não são padronizados, exigindo precisão e prontidão. O EE designado à SE é ativado em casos de paragem cardiorrespiratória (PCR) ou peri-paragem pelo médico da EEMI, transportando a mala de reanimação, monitor e desfibrilhador, conforme critérios internos previamente estabelecidos. Simulacros internos conduzidos na unidade reforçaram a competência no reconhecimento e na atuação em emergências. Diversas intervenções especializadas foram executadas sob orientação do enfermeiro responsável, incluindo suporte avançado de vida (SAV), colocação/manutenção/remoção de cateteres venosos centrais e arteriais, drenagem torácica e cirúrgica, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo, intubação/extubação endotraqueal, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, aspiração de secreções, monitorização de dor (BPS), sedo-analgesia (RASS), índice bispectral (BIS) e posicionamentos. A utilização de protocolos terapêuticos complexos, normas e procedimentos institucionais assegura a proteção e segurança da PSC. Entre os protocolos aplicados destacam-se: sedo-analgesia, delirium, perfusão de insulina, administração de *Alteplase* (fibrinólise), desmame ventilatório, nutrição entérica/ parentérica, prevenção de pneumonia associada à intubação (PAI), técnica dialítica, prevenção de colonização por MRSA e KPC, e outras, bem como a administração de medicamentos de alta vigilância (MAV) e estupefacientes. Realço o *Confusion Assessment Method* -ICU foi concebido para avaliar quatro características-chave: o início súbito dos sintomas, as flutuações dos sintomas, a desatenção e o pensamento desorganizado ou uma alteração da consciência. Para detetar o delirium é frequentemente utilizada a RASS, para a avaliação da sedação e da agitação, associada à *Confusion Assessment Method* -ICU (Sadaf et al., 2023). Na prevenção do delírium em pessoas em situação crítica, o envolvimento da família constitui uma estratégia eficaz, sendo a efetividade das medidas preventivas diretamente associada ao nível de participação familiar. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro é responsável por humanizar os cuidados, devendo atender à pessoa na sua individualidade, contexto familiar e comunitário, além de

promover o desenvolvimento de suas potencialidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). O Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho define que o EEEMCPSC deve coordenar a comunicação interpessoal e prestar apoio à PSC e à sua família diante das dificuldades decorrentes do quadro crítico de saúde e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A transferência da PSC para outras unidades intra-hospitalares, como cateterismo emergente, trombectomia, bloco operatório ou exames de imagem, exigiu vigilância contínua e gestão de sinais de instabilidade, com atuação integrada e coordenada entre profissionais de diferentes áreas. Na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), participei nos cuidados emergentes de doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA), desde a estabilização inicial no SU até ao seguimento pós-intervenção, reforçando a importância da monitorização e prevenção de complicações. O EEEMC integra evidência científica e coordena respostas atempadas às necessidades emergentes, atuando de forma colaborativa e com competência reconhecida (Gullick et al., 2019). A avaliação da dor constitui responsabilidade do enfermeiro, requerendo monitorização sistemática e administração de analgesia adequada. É relevante salientar que a PSC pode apresentar dificuldades em verbalizar a dor, pelo que a intervenção é orientada conforme a avaliação clínica. Ao longo dos estágios, utilizei diversas escalas de avaliação da dor, adequadas ao estado clínico e nível de colaboração da pessoa, como a *Critical Care Pain Observation Tool* ou a *Behavioral Pain Scale*, o que me permitiu adequar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas às necessidades específicas de cada situação. No caso de pessoas em situação crítica, incapazes de expressar dor, são considerados critérios, como a expressão facial e o movimento no leito, a adaptação ventilatória, o tônus muscular, o lacrimejo, a sudorese e as alterações nos parâmetros fisiológicos, como a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória. Intervenções como a administração antecipatória de analgesia, o reposicionamento, a aplicação de medidas de conforto e o apoio emocional foram práticas que integrei de forma sistemática no cuidado à PSC. Além da prestação de cuidados complexos, o envolvimento do cuidador/família é fundamental, proporcionando apoio emocional, orientação e comunicação clara, especialmente na transmissão de más notícias. Para este efeito, utilizei o protocolo *SPIKES* (*Setting Up* - Preparação; *Perception* - Perceção; *Invitation* - Convidar ao diálogo; *Knowledge* - Conhecimento do doente; *Explore Emotion* - Exploração emocional; *Strategy and Summary* - Estratégias e síntese), facilitando a compreensão e aceitação da situação pela família (Girardi et al., 2024). Em síntese, a experiência de estágio contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento profissional especializado, permitindo identificar, antecipar e atuar perante situações de instabilidade clínica, otimizando a conduta, assertividade, pensamento crítico e tomada de decisão, reforçando o papel do EEEMC como

profissional capacitado, informado, disponível e humanizado.

3.2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Em situações de emergência ou catástrofe, o Enfermeiro EEEMCPSC deve possuir conhecimentos que permitam uma resposta estruturada, organizada e previamente planeada, sem descurar, quando aplicável, a preservação de indícios de crime (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, no seu Artigo 3.º, catástrofe é definida como um acidente ou conjunto de acidentes capazes de causar elevados danos materiais e pessoais, ainda que limitados no tempo e espaço, podendo provocar perturbações socioeconómicas significativas, seja em áreas específicas ou em todo o território nacional (Lei n.º 27/2006, de 3 de julho). A história mundial evidencia inúmeros eventos e crises de grande magnitude, cujas consequências perduram e reforçam a necessidade de preparação institucional e global. Problemas de saúde de alcance global, mudanças climáticas, crises demográficas e políticas reforçam a importância de estratégias organizadas e coordenadas que promovam a segurança e a qualidade de vida das populações. A pandemia recente demonstrou que o investimento em saúde, vigilância e preparação para emergências é fundamental para reduzir impactos sociais, económicos e humanos (Direção-Geral da Saúde, 2024). Eventos passados não permitem prever o futuro, mas ressaltam a necessidade de uma vigilância contínua e da adoção de medidas preventivas, incluindo acidentes, catástrofes de grande escala, incidentes biológicos, nucleares, radiológicos, químicos ou bélicos. Por isso, é essencial que as instituições realizem análises regulares de risco, considerando fatores internos e externos que possam limitar a resposta aos desequilíbrios entre necessidades e recursos disponíveis, bem como a elaboração de planos de emergência internos que reforcem os recursos existentes (Direção-Geral da Saúde, 2010). A situação de exceção caracteriza-se como “uma situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Em Portugal, catástrofes são eventos pouco frequentes, mas situações de exceção ocorrem com maior regularidade (INEM, 2012). O EEEMCPSC deve, portanto, demonstrar competências avançadas em intervenção em emergências, situações de exceção e catástrofes, sendo capaz de avaliar, planear e executar intervenções de acordo com planos de emergência, preservando indícios de crime e garantindo a integridade da cadeia de custódia (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Durante os três estágios realizados, aprofundei conhecimentos

científicos que evidenciam a atuação do EEEMC em contextos de elevada complexidade ou multivítimas. No SUMC, por exemplo, existe um armário de catástrofe, localizado no segundo posto de triagem, contendo protocolos de atuação e kits de triagem. Esta unidade dispõe de planos de emergência internos e externos, integrando os serviços hospitalares e entidades externas. Durante o estágio, tive oportunidade de conhecer em detalhe os dois principais documentos orientadores da instituição: o Plano de Emergência Externo e o Plano de Segurança Interno. Ambos estão adaptados às especificidades de cada estrutura e definem as ações e estratégias de atuação em situações excepcionais. O acesso a estes documentos, disponível na intranet institucional, foi fundamental para compreender as responsabilidades do enfermeiro especialista em cenários de emergência e catástrofe e reforçar a importância de uma atuação coordenada e baseada em protocolos atualizados. Em síntese, o desenvolvimento desta competência durante o estágio permitiu-me consolidar conhecimentos essenciais para a resposta estruturada a emergências, reconhecer a importância da intervenção precoce e coordenada, compreender a gestão de situações excepcionais e aprofundar a minha preparação para uma atuação eficiente em cenários de catástrofe. Esta experiência reforçou a importância do papel do EEEMCPSC não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na gestão, planeamento e implementação de estratégias que salvaguardam a vida, a segurança e os direitos das pessoas em contextos críticos. Por outro lado, o EEEMCPSC também deve possuir competências na área de enfermagem forense, garantindo a preservação e documentação de vestígios de prática criminosa em conformidade com a cadeia de custódia. Segundo o Regulamento n.º 728/2021 da OE, a enfermagem forense visa “assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, família e comunidade, envolvida em cenários de violência, violação dos direitos humanos, trauma e/ou desastre de massa, promovendo a responsabilidade conjunta da saúde e da lei (...) numa abordagem multidisciplinar (...) contribuindo para a diminuição da morbilidade e da taxa de mortalidade”. Durante o estágio no SUMC, identifiquei a necessidade de aprofundar conhecimentos na abordagem à vítima de crime por arma de fogo, incluindo a elaboração de protocolos de atuação e circuitos de atendimento. A abordagem forense exige uma intervenção precoce e integrada nos cuidados clínicos, garantindo simultaneamente a estabilização da pessoa e a preservação de vestígios com valor legal. Para tal, os profissionais adotam procedimentos que minimizam a contaminação ou perda de evidências, como o registo detalhado das lesões, a descrição precisa de orifícios de entrada e saída, a preservação de roupas e projéteis e a documentação fotográfica, sempre que possível. Esta atuação respeita princípios éticos, a cadeia de custódia e a legislação vigente, assegurando a coordenação entre a equipa de saúde e as autoridades competentes, sem comprometer a segurança e a dignidade da vítima.

A implementação de cuidados especializados de enfermagem em situações de exceção ou catástrofe exige formação contínua e a realização de simulacros, uma vez que a experiência prática real dessas situações é limitada. Somente através do treino sistemático é possível que os enfermeiros estejam preparados para executar planos de emergência de forma rápida e eficaz.

3.3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Durante os contextos de estágio, evidenciei lacunas significativas na prevenção de infeções, frequentemente relacionadas com falta de tempo ou de sensibilização para o problema, apesar da evidência científica demonstrar consistentemente os benefícios da prevenção, incluindo a melhoria da qualidade dos cuidados, a redução de custos, a satisfação dos utentes e a diminuição da resistência a antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2015a; 2015b). Para mitigar estes riscos, as instituições têm seguido as orientações da DGS, implementando feixes de intervenção ou pacotes de medidas que, quando aplicados de forma integrada, promovem resultados positivos, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados (Direção-geral da Saúde, 2012).

A formação contínua e a sensibilização dos profissionais, aliadas à literacia em saúde da população, são essenciais para a adoção de comportamentos adequados na prevenção de infeções, permitindo a integração efetiva de conceitos de saúde, prevenção, educação e equidade no acesso aos cuidados (Direção-geral de Saúde, 2024). O EEEMCPSC detém competências específicas na elaboração de planos de prevenção e controlo de infeção, bem como na gestão da resistência antimicrobiana, em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Durante o estágio, cumpro as orientações institucionais e apliquei as melhores práticas, promovendo a sensibilização das equipas relativamente à prevenção e controlo de infeção. Os contextos de cuidados à PSC apresentam riscos acrescidos de infeção devido à instabilidade clínica, utilização de técnicas invasivas, antibioterapia prolongada, imunossupressão, défices nutricionais e fatores ambientais específicos de cada serviço, fatores que contribuem para o aumento da morbimortalidade, do tempo de internamento e dos custos associados (Barroso et al., 2021). De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, o EEEMC é responsável por promover e potenciar práticas que previnam infeções associadas aos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A observação constante e a adesão às boas práticas, incluindo a correta higienização das mãos e a aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), são fundamentais para reduzir o risco de infeções

(Direção-geral de Saúde, 2019; Despacho nº 10901/2022).

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e a resistência aos antimicrobianos (RAM) constituem uma preocupação global, devido ao aumento da mortalidade, morbilidade e prolongamento do tempo de internamento (Direção-geral de Saúde, 2017b). Para enfrentar este desafio, foi implementado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que integra o Programa Nacional de Controlo de Infecção e o Programa de Prevenção da Resistência Antimicrobiana. O PPCIRA promove a redução das IACS e da RAM, através da implementação sistemática das PBCI, que incluem a higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual, descontaminação de equipamentos clínicos, controlo ambiental, manipulação segura da roupa, recolha segura de resíduos, administração segura de injetáveis e proteção contra exposição a agentes microbianos (Direção-geral de Saúde, 2017b; 2018b). Durante os estágios, tanto na UCIC, SUMC e SMI, observei e participei na implementação das PBCI, garantindo a aplicação de normas e protocolos, incluindo feixes de intervenção para prevenção de infeção. A articulação destas medidas com as Precauções Dependentes das Vias de Transmissão (PDVT) – contato, gotículas e via aérea – permitiu uma abordagem segura e completa para a PSC. O Grupo Coordenador Local do PPCIRA (GCLPCIRA) realiza auditorias regulares, sensibilizando e orientando as equipas sobre práticas seguras e prevenção das IACS.

No SUMC, a elevada afluência de pessoas aumenta o risco de transmissão cruzada, sendo crucial a intervenção do EEEMCPSC para reforçar a adesão às medidas preventivas. Durante o estágio, apliquei técnicas assépticas em procedimentos invasivos, como colocação, manutenção e remoção de CVC, cateteres arteriais e vesicais, PAI e cateterização venosa e outras, sempre seguindo as normas da DGS e os protocolos institucionais. A execução destas práticas permitiu desenvolver competências na prevenção de IACS e RAM, reforçando a importância da segurança, qualidade e da resposta célere na prestação de cuidados à PSC.

CAPÍTULO II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Resumo

Enquadramento: A Supervisão Clínica por Pares configura-se como um processo estruturado e sistemático de acompanhamento profissional, no qual enfermeiros com níveis equiparáveis de formação e experiência estabelecem uma relação de colaboração mútua. Este processo visa a análise crítica da prática clínica, o desenvolvimento contínuo de competências profissionais e a garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados. A qualidade da supervisão clínica, é fundamental no processo de construção do seu conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas e na consolidação da identidade profissional. No entanto, um dos principais desafios da sua implementação consiste na resistência ou relutância de alguns profissionais em participar de forma aberta e reflexiva, devido a fatores como sobrecarga de trabalho, falta de tempo ou receio de exposição de fragilidades na prática clínica, o que pode comprometer a eficácia do processo de supervisão. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo, mapear a evidência científica existente sobre os processos de supervisão clínica por pares e na melhoria de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no SU. **Métodos:** Foi realizada uma *Scoping review* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute, PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR)* e o método PCC: P (população – Enfermeiros); C (conceito – Processos de supervisão clínica por pares); C (contexto –cuidados de enfermagem à PSC). Com pesquisa nas bases de dados *PubMed, EBSCO host*. A seleção, análise e síntese dos dados seguiram critérios rigorosos de inclusão e exclusão, com recurso ao *Software Rayyan* para triagem e eliminação de duplicados. **Resultados:** Foram inicialmente identificados 164 artigos, dos quais 4 cumpriram critérios de inclusão. A análise dos resultados revelou que a supervisão por pares promove a qualidade dos cuidados prestados a pessoa em situação crítica e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Por outro lado, persistem lacunas significativas quanto à operacionalização prática, incluindo métodos/processos de Supervisão Clínica, etapas e mecanismos de supervisão. **Conclusão:** Em síntese, o estudo evidencia a relevância da SCE na prática profissional em contextos de cuidados críticos, demonstrando que a sua implementação contribui significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Embora ainda não exista um modelo formalmente preconizado, os achados destacam o valor de estratégias institucionais que promovam a supervisão clínica estruturada, potenciando o desenvolvimento de competências profissionais, a reflexão crítica e a segurança assistencial.

Palavras-chave: Supervisão Clínica; Grupo de Pares; Competência Profissional; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Cuidados Críticos

Abstract

Background: Peer Clinical Supervision is defined as a structured and systematic process of professional support, in which nurses with comparable levels of training and experience establish a relationship of mutual collaboration. This process aims to promote the critical analysis of clinical practice, the continuous development of professional competencies, and the assurance of quality and safety in healthcare delivery. The quality of clinical supervision is fundamental in the construction of personal and professional knowledge, in the development of critical-reflective skills, and in the consolidation of professional identity. However, one of the main challenges in its implementation lies in the resistance or reluctance of some professionals to participate in an open and reflective manner, due to factors such as workload, lack of time, or fear of exposing weaknesses in clinical practice, which may compromise the effectiveness of the supervision process. **Objective:** This study aimed to map the existing scientific evidence on peer clinical supervision processes and their role in improving nursing care for critically ill patients in the Emergency Department. **Methods:** A Scoping Review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute guidelines, the PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR), and the PCC framework: P (Population – Nurses); C (Concept – Peer clinical supervision processes); C (Context – nursing care for critically ill patients). Searches were carried out in the PubMed and EBSCOhost databases. Data selection, analysis, and synthesis followed rigorous inclusion and exclusion criteria, using Rayyan software for screening and duplicate removal. **Results:** A total of 164 articles were initially identified, of which 4 met the inclusion criteria. The analysis revealed that peer supervision promotes the quality of care provided to critically ill patients and supports nurses' professional development. However, significant gaps remain regarding practical implementation, including clinical supervision methods/processes, stages, and supervision mechanisms. **Conclusion:** In summary, the study highlights the relevance of Clinical Supervision in professional practice within critical care settings, demonstrating that its implementation significantly contributes to improving the quality of nursing care for critically ill patients. Although there is not yet a formally established model, the findings emphasize the value of institutional strategies that promote structured clinical supervision, enhancing professional competency development, critical reflection, and patient safety.

Keywords:

Clinical Supervision; Peer Group; Professional Competence; Quality of Healthcare; Critical Care

1. Enquadramento Teórico

A supervisão clínica em enfermagem constitui um processo estruturante no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, sendo fundamental para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Na esteira de, Macedo (2012) “a supervisão apresenta dimensões fundamentais para o desenvolvimento profissional em enfermagem: i) o suporte profissional (referindo-se aos futuros enfermeiros e aos profissionais de enfermagem); ii) o crescimento e a partilha; iii) a proteção da pessoa que necessita de cuidados (por segurança da prática); iv) o desenvolvimento de conhecimentos (por recurso à reflexão), de habilidades técnicas e de aprendizagens coletivas (assentes em valores e princípios democráticos), originária do envolvimento e da responsabilidade, promovendo, assim, a autonomia profissional” (p.93-94).

A supervisão clínica é uma prática crucial para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, especialmente em ambientes de alta pressão, como serviços de urgência e cuidados críticos. A supervisão por pares, em particular, tem se mostrado uma ferramenta valiosa para promover a reflexão crítica, fornecer apoio emocional e técnico, e melhorar os resultados assistenciais. De acordo com Teixeira e Silva (2025), a supervisão por pares não apenas facilita o aprimoramento das competências técnicas dos profissionais de saúde, mas também contribui para a melhoria da segurança do paciente e para a promoção de uma cultura organizacional positiva. Esse processo permite que os enfermeiros se envolvam em práticas de cuidado mais seguras e reflexivas, resultando diretamente em melhorias na qualidade do atendimento prestado. A supervisão nos serviços de urgência é particularmente desafiadora devido ao ambiente de alta pressão, onde decisões rápidas e precisas são frequentemente necessárias. Silva et al. (2025), ressaltam que as competências interpessoais dos supervisores clínicos, como empatia, comunicação eficaz e liderança, são essenciais para a eficácia da supervisão nesses contextos. Além disso, supervisores que possuem essas competências contribuem de maneira significativa para o desempenho das equipas do serviço de urgência, aumentando a confiança entre colaboradores e garantindo que os cuidados sejam prestados de forma coordenada e eficiente. Para além disso, a supervisão clínica também desempenha um papel importante na formação contínua dos enfermeiros e na integração de novos profissionais, como destacado por Ribeiro et al. (2025). Em ambientes de urgência, a supervisão ajuda os enfermeiros recém-integrados a adaptarem-se mais rapidamente ao serviço e à dinâmica do trabalho, facilitando uma transição mais suave para a prática clínica, impactando positivamente na satisfação profissional e na retenção de talentos.

Sabe-se que os serviços de urgência enfrentam diversos desafios ao implementar uma supervisão

eficaz. Esses desafios dificultam a criação de um ambiente de trabalho colaborativo e a realização de uma supervisão eficaz para enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento de emergência. No entanto, nem sempre as estratégias como reuniões regulares de equipa e o uso de feedback contínuo, fundamentais aos processos supervisivos e ao ambiente de trabalho colaborativo, estão presentes. Em contextos pré-hospitalares, a supervisão torna-se ainda mais complexa devido à distância física entre os membros da equipa, o que pode dificultar a comunicação e a integração. Galiano et al. (2025) destacam que a supervisão nesses serviços precisa ser estruturada, capaz de apoiar a comunicação clara entre todos os membros da equipa. A implementação de abordagens de supervisão baseadas na educação, como treino contínuo e encontros regulares, é essencial para melhorar a eficácia da supervisão e, consequentemente, a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A SCP tem emergido como uma estratégia inovadora para promover reflexão crítica das práticas de enfermagem e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A literatura recente sugere que estes processos podem não só fortalecer competências profissionais e resiliência dos enfermeiros, mas também impactar positivamente os resultados assistenciais especialmente em ambientes de elevada complexidade como os serviços de urgência e cuidados críticos. Para que seja eficaz, a supervisão deve ser adaptada às particularidades de cada contexto, levando em consideração as características do ambiente de trabalho, as necessidades dos profissionais e as estratégias organizacionais disponíveis. Melhorar as condições de trabalho e fortalecer a comunicação dentro das equipas são fatores cruciais para garantir a eficácia da supervisão clínica em serviços de urgência e cuidados críticos. Assim, é fundamental que os serviços de saúde adotem abordagens estruturadas para a supervisão, assegurando que os enfermeiros recebam o apoio necessário para aprimorar tanto seu desenvolvimento profissional quanto a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Deste modo, esta *Scr* visa mapear a evidência publicada nos últimos dez anos sobre implementações, modelos teóricos e impacto da supervisão clínica por pares na melhoria dos cuidados de enfermagem em situações críticas.

2. Tipo de estudo

A metodologia de investigação orienta e organiza as diferentes etapas do processo científico, de forma a gerar conhecimento que sustente e melhore a prática profissional, dando respostas às necessidades de uma determinada área específica. Relativamente, a área de Enfermagem, a investigação desempenha um papel essencial no progresso científico, possibilitando assim uma prática baseada em evidências,

que permita uma tomada de decisão mais clara e objetiva, contribuindo para uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, a planificação de um projeto é relevante, pois nessa fase define-se a metodologia de revisão, os objetivos, e as estratégias implementadas para responder à questão de investigação.

Entre as várias metodologias de revisão, a utilizada para elaborar este projeto é a *ScR*, que permite mapear, evidenciar e sintetizar de forma abrangente a literatura existente sobre um determinado conceito. Este tipo de revisão permite reconhecer lacunas no conhecimento e descrever os diferentes tipos de estudos efetuados, que podem ser quantitativos, qualitativos e mistos. Ao disponibilizar a evidência mais ampla, a *ScR* melhora a prática profissional, orienta políticas de saúde e promove o desenvolvimento de futuras investigações (Peters et al., 2020).

A presente *ScR* foi baseada nas diretrizes da *Joana Briggs Institute* (JBI), que tem como finalidade a definição da problemática e questão de pesquisa, estratégia de pesquisa, seleção de estudos, extração e análise de dados e síntese das evidências, sendo internacionalmente conhecida pelo rigor e sistematização em revisões da literatura (Peters et al., 2020).

2.1 Objetivos e finalidade do estudo

Objetivo Geral

- Mapear e sintetizar as evidências científicas publicadas nos últimos dez anos sobre processos de supervisão clínica por pares e a sua associação com melhoria dos cuidados de enfermagem em contexto crítico de urgência.

Objetivos específicos

- Identificar os diferentes modelos e formatos de supervisão clínica por pares utilizados em estudos recentes;
- Explorar os impactos reportados da supervisão por pares na prática clínica, qualidade do cuidado e segurança do paciente;
- Avaliar as barreiras e facilitadores para a implementação destes processos;
- Identificar lacunas da literatura que podem orientar estudos futuros;

2.2 Questão de Investigação

A formulação da questão de investigação é uma etapa essencial e fundamental na estruturação de uma *ScR*, uma vez que a mesma é a base de orientação para o processo metodológico, da recolha, seleção e análise de estudos evidenciados cientificamente.

A questão de investigação foi estruturada segundo o modelo PCC (P (População), C (Conceito) e C (Contexto)), sendo esta recomendada pelo JBI, que se segue apresentada pelo quadro abaixo:

Componentes do PCC	Descrição do critério
Participantes	Enfermeiros SU
Conceito	Processos de supervisão clínica por pares
Contexto	Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica

Tabela 1 Critérios de elegibilidade da *ScR*

Formulou-se a seguinte questão norteadora com base na estratégia de participantes/população, contexto e conceito (PCC): **“Que evidências existem sobre os processos de supervisão clínica por pares e a sua relação com a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica nos serviços de Urgência?”**

2.3 Seleção de termos de Investigação

Esta revisão foi conduzida segundo o referencial metodológico do JBI® *Collaboration* para revisões de *ScR*. Foi redigido com base nas *guidelines* orientadoras pelo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR®)* (Tricco et al., 2018). A pesquisa foi realizada nas bases de dados *CINAHL®*; *MEDLINE Complete®*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive®*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials®*; *Library, Information Science & Technology Abstracts* e *MedicLatina®* (via *EBSCOhost*), *PubMed* e *BioMed Central®*, tendo por base as seguintes frases booleanas:

Frase booleana para pesquisar na <i>Pubmed</i> e <i>Medline</i> via <i>Pubmed</i>
<i>("clinical supervision" OR "peer clinical supervision" OR "peer group supervision") AND (nurs* OR midwi*) AND ("quality of care" OR "patient safety" OR resilience OR experience* OR implementation)</i>
Frase booleana para pesquisar via <i>EBSCO host</i>
<i>TX ("clinical supervision" OR "peer supervision")</i>
<i>AND TX (nurses OR "nursing staff")</i>
<i>AND TX ("critically ill" OR "critical patient")</i>
<i>AND TX ("emergency department" OR "emergency unit")</i>
<i>AND TX ("quality improvement" OR "nursing care")</i>

Tabela 2 Frases Booleanas

Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (*Decs*) e *Medical Subject Headings (MeSH)*. Para as combinações entre os descritores foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”, sendo “AND” usado para localizar estudos entre os temas e “OR” para sinónimos, ampliando assim a abrangência da busca e garantindo a inclusão de diferentes termos relacionados ao assunto em questão. A utilização desses descritores e operadores booleanos permitiu uma busca mais precisa e abrangente, garantindo a obtenção de resultados relevantes para a realização do estudo na área da saúde.

Foram incluídos todos os tipos de estudos (qualitativos, quantitativos, mistos, revisões) que investigam a SC por pares no contexto de enfermagem, idealmente com foco em cuidados críticos/urgência, disponíveis em *Free full text*, em português, inglês e espanhol publicados entre 2015- 2025 com referência a melhoria contínua e processos supervisivos por pares. Os critérios de exclusão dizem respeito aos artigos duplicados e cujos títulos e resumos não estejam de acordo com a temática em estudo.

2.4 Seleção de estudos

Os artigos identificados segundo os critérios de elegibilidade foram organizados na plataforma *Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI®)* e triados por dois investigadores independentes. De seguida, procedeu-se à leitura pelo título e resumo e posteriormente à leitura na íntegra dos estudos identificados. Os resultados da pesquisa foram redigidos de acordo com o *PRISMA-ScR®* conforme

tabela 1, considerando os critérios predefinidos de inclusão e exclusão.

2.5 Apresentação de resultados

A pesquisa realizada nas bases de dados científicas selecionadas permitiu identificar 164 artigos: 124 na *PubMed* e 40 na *EBSCOhost*. Recorrendo à plataforma *Rayyan*, não foi excluído nenhum artigo duplicado, foram submetidos à leitura de título e resumo 153 artigos, dos quais 75 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. A leitura integral dos 12 artigos elegíveis resultou na seleção final de 4 estudos incluídos nesta *ScR* (Figura 1).

É importante salientar que a literatura cinzenta não foi incluída na síntese final, por não ter sido submetida ao processo sistemático de seleção definido pelo protocolo *Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta Analyse* (PRISMA). No entanto, reconhece-se a sua relevância contextual e contributo para a compreensão da prática clínica, pelo que foi pontualmente referida no enquadramento teórico e na discussão.

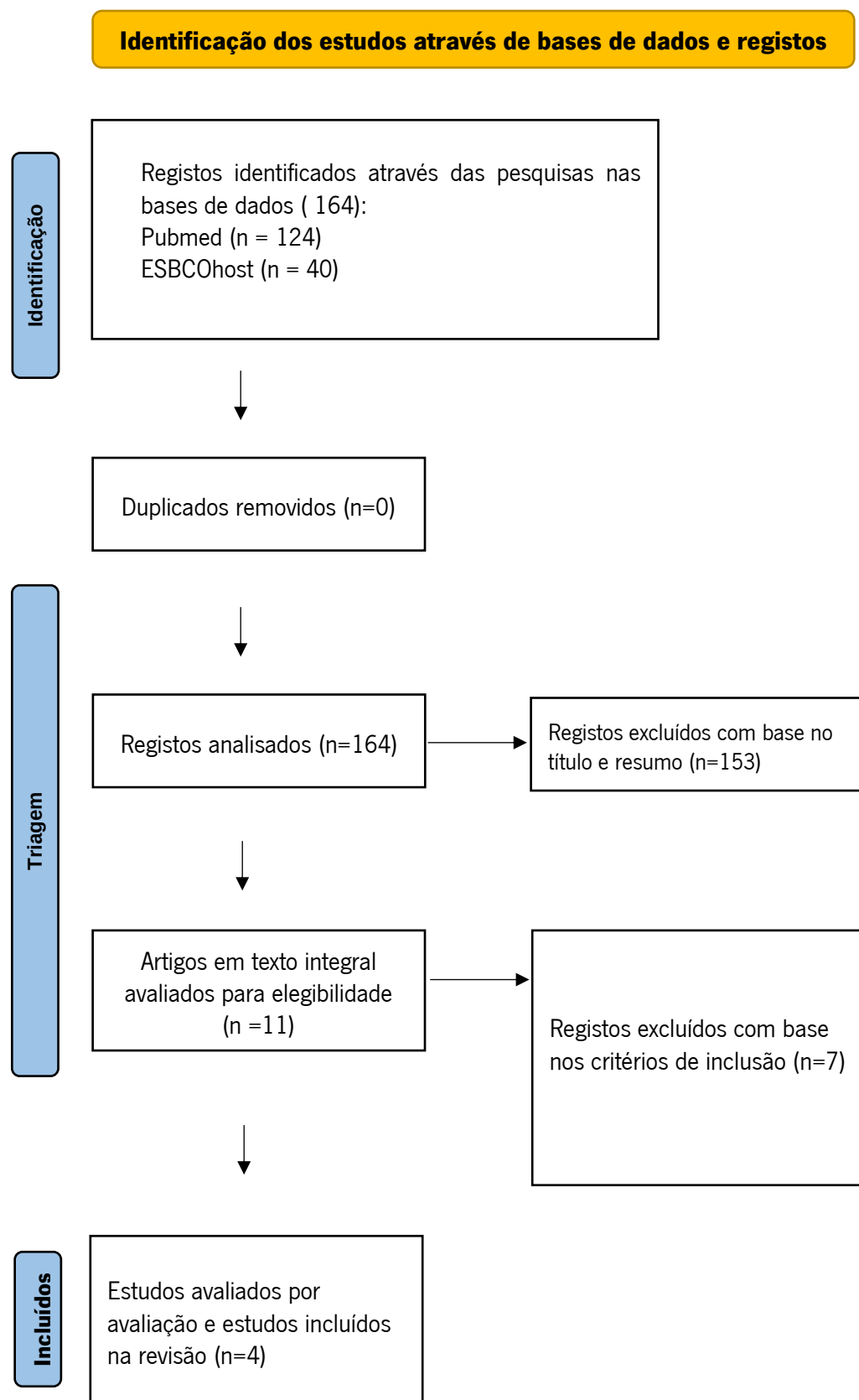


Figura 1 – Fluxograma representativo das etapas de refinamento do *corpus* do estudo

2.6 Extração de dados

De todos os estudos identificados apenas estes quatro foram selecionados para o *corpus* do estudo. De seguida apresento uma síntese descritiva dos aspetos mais relevantes dos principais resultados da análise dos estudos selecionados.

Para auxiliar na extração dos dados foi elaborada uma tabela de evidências composta pelos itens: autor(es)/ano, título, objetivo, tipo de estudo, intervenções e resultados, conforme a tabela 3.

Estudos incluídos

Autor(es)/ Ano/ País	Título	Objetivo	Tipo de Estudo	Intervenções	Resultados
Tulleners, Tracey (2023). Australia	The experience of nurses participating in peer group supervision	Importância da supervisão clínica; Quais os modelos de supervisão clínica; Quais os recursos necessários para a supervisão clínica; Resumir e avaliar as experiências de enfermeiros que participam na supervisão por pares;	Estudo qualitativo.	Sessões estruturadas de supervisão entre enfermeiros.	- Benefícios pessoais e profissionais para os enfermeiros que participam na supervisão por pares; - Crescimento profissional, pessoal e o desenvolvimento das confianças nas equipas de supervisão; - A supervisão por pares era percebida a partir de uma perspetiva significativa para o participante; - Partilha de experiências e conhecimento no cuidado de doente critico fortalece a união entre enfermeiros.

Baptista, Mafalda; Carvalho Antonio e Pinto Cristina (2023)	Perceção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na atenção à enfermaria	Descrever a perceção dos enfermeiros sobre a influência da supervisão clínica na melhoria dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem.	Estudo exploratório com uma abordagem qualitativa.	Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada com 16 enfermeiras utilizando o método de grupo focal.	- Mensurar o impacto nos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem; - As auditorias são uma ferramenta essencial na implementação de processos de melhoria contínua com influência direta sobre os pacientes; - Desenvolver um modelo contextualizado de supervisão clínica de enfermagem por pares; - A aplicação da supervisão clínica em enfermagem como estratégia para aprimorar os indicadores de qualidade na assistência de enfermagem, resultantes das taxas de positividade.
---	---	--	--	---	---

Teixeira, H., & Feijó, N. (2025). Portugal	Supervisão Clínica em Enfermagem – Identificar e Superar Desafios na Implementação: uma Scoping Review	Mapear a evidência científica sobre as barreiras e facilitadores para a implementação de processos de supervisão clínica de pares na enfermagem	Scoping review orientada pela metodologia do Joanna Briggs Institute.	Pesquisa sistemática em várias bases (CINAHL®, Cochrane, Nursing & Allied Health Collection, MedicLatina) de estudos publicados nos últimos anos, com extração, síntese e categorização dos dados.	Identificou duas categorias principais: (1) Barreiras e desafios (fatores individuais, restrições contextuais, barreiras organizacionais) e (2) Facilitadores (relacionamento e comunicação eficaz, ambiente favorável, políticas organizacionais). Esses achados permitem compreender o que limita e o que favorece a implementação eficaz de supervisão clínica por pares em contextos de enfermagem.
--	--	---	---	--	---

Teixeira. H, Silva M (2025). Portugal	Contributos da Supervisão Clínica de Pares para a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem: Scoping Review	Mapear a evidência científica sobre a contribuição da supervisão clínica de pares para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem	Scoping review orientada pela metodologia do Joanna Briggs Institute.	Pesquisa realizada nas bases de dados: CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Database of Systematic Reviews; Library, MedicLatina, via EBSCOhost.	- O processo de supervisão clínica por pares é uma estratégia valiosa não apenas para aprimorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, mas também para promover o desenvolvimento profissional e o bem-estar dos enfermeiros.
---------------------------------------	--	---	---	---	--

Tabela 3 Características dos estudos incluídos

A análise dos estudos evidencia a importância da SCP como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promoção da segurança do utente e desenvolvimento contínuo das competências profissionais (Teixeira & Feijó, 2025). Estudos recentes destacam que a supervisão clínica favorece a reflexão crítica sobre a prática, a aprendizagem colaborativa e a integração de novos profissionais nos serviços de saúde, sendo particularmente relevante no contexto da atenção à PSC em serviços de urgência, onde a rapidez, a tomada de decisão e a segurança do utente são determinantes (Oliveira et al., 2025).

Apesar do reconhecimento da sua relevância, verifica-se uma lacuna significativa quanto à operacionalização prática dos processos de supervisão clínica, especialmente em ambientes de alta complexidade como os serviços de urgência. Nenhum dos estudos consultados respondeu integralmente à questão de investigação, sobretudo no que diz respeito aos métodos, etapas e mecanismos utilizados para efetivar a supervisão e garantir a segurança e a qualidade dos cuidados à PSC (Galiano et al., 2025). Esta lacuna reforça a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as práticas de supervisão, incluindo os desafios enfrentados, os fatores facilitadores e os impactos na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento profissional.

Assim, o presente estudo assume especial relevância, pois pretende contribuir para a compreensão e otimização dos processos de supervisão clínica em serviços de urgência, oferecendo contributos que poderão apoiar a implementação de estratégias mais eficazes e seguras, alinhadas com as melhores práticas e evidências científicas atuais na atenção à PSC.

2.7 Discussão dos Resultados

A presente *ScR* permitiu analisar e sintetizar a evidência científica disponível relativamente aos processos de supervisão clínica e à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à PSC nos serviços de urgência, permitindo compreender os fatores que facilitam ou dificultam a implementação desses processos. Ambos estes artigos referidos evidenciam que, embora a supervisão por pares seja amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz para promover a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, persistem lacunas significativas quanto à operacionalização prática, incluindo métodos, etapas e mecanismos de supervisão. Estes resultados destacam tanto os benefícios da supervisão clínica, como a aprendizagem colaborativa e a reflexão crítica sobre a prática, quanto os desafios enfrentados em contextos de alta complexidade, como os serviços de urgência, reforçando a necessidade de estratégias mais estruturadas e adaptadas às

exigências da atenção à PSC.

O estudo de Tulleners, Campbell e Taylor (2023), relata benefícios da implementação da supervisão clínica em diversos contextos de enfermagem, apesar de ser descrita como benéfica, a implementação tem sido irregular ou mesmo resistida dentro da própria profissão. As organizações dos serviços de saúde estão a reconhecer a importância do acesso dos profissionais a oportunidade de supervisão clínica. De acordo com o *Australian College of Nursing* (2019), organizações de saúde eficazes caracterizam-se por promover ambientes estruturados de liderança clínica, desenvolvimento profissional e suporte à prática avançada, criando condições organizacionais que sustentem a supervisão clínica como instrumento de qualidade e segurança dos cuidados. Segundo Proctor a supervisão clínica é definida como a “facilitação do apoio e da aprendizagem para profissionais de saúde, permitindo uma prática segura e competente, e o fornecimento de apoio a profissionais que possam estar trabalhando em áreas estressantes” (Proctor, 2001, p.25). A supervisão clínica como, modelo pode incluir dinâmicas individuais, em grupo e em pares, não se verificando consenso sobre a sua implementação. A supervisão, individual e em grupo, requer um supervisor treinado cuja experiência oriente o processo de supervisão. Segundo Cutcliffe e Fowler (2011), um programa eficaz de supervisão clínica - quer em sessões individuais ou em grupo - depende de supervisores que possuam formação específica e experiência orientadora, capazes de facilitar a reflexão crítica, apoiar o desenvolvimento profissional e garantir a qualidade dos cuidados. Apesar dos benefícios reconhecidos da supervisão clínica por pares para o desenvolvimento profissional, melhoria da qualidade dos cuidados e promoção da prática reflexiva, a sua implementação encontra desafios significativos relacionados com recursos e formação. A literatura aponta consistentemente que, mesmo quando há reconhecimentos das competências necessárias e dos facilitadores organizacionais, persistem barreiras que dificultam a incorporação sustentável da supervisão clínica (Masamha et al.,2022). Uma das principais dificuldades refere-se à falta de formação estruturada e competências específicas em supervisão, o que compromete a preparação adequada de enfermeiros para funções de supervisores clínicos e limita a consistência e eficácia do processo de supervisão (Arantes et al.,2025). Além disso, a disponibilidade de tempo, apoio institucional e recursos financeiros influenciam diretamente a capacidade de organizações de saúde para instituir programas de supervisão clínica regulares e de qualidade (Masamha et al.,2022). Sem estas condições – formação adequada, tempo dedicável e apoio organizacional – torna se mais difícil integrar a SCP na prática diária, apesar das suas vantagens teóricas e empíricas.

A supervisão em grupo por pares, um modelo horizontal, não hierárquico e sem liderança centralizada de supervisão clínica, pode oferecer uma alternativa atraente para gestores de enfermagem quando a

equipa, a carga de trabalho e os recursos financeiros já se encontram sobrecarregados. O desenvolvimento do senso profissional de si e da prática autorreflexiva, a empatia, a validação, a compreensão das forças e fraquezas e o desenvolvimento mútuo por meio de diversas perspetivas são benefícios relatados na literatura, no âmbito da supervisão por pares, uma vez que este processo facilita partilha de experiências, reflexão crítica e apoio profissional entre enfermeiros (Tulleners et al., 2023; Teixeira & Silva, 2025). Ainda existe falta de clareza em relação aos elementos da supervisão por pares, incluindo terminologia (supervisão por pares, consultoria ou mentoria), propósito, processo e resultados.

O estudo realizado por Baptista, Carvalho e Pinto (2023), demonstra que o envolvimento das equipas de enfermagem na avaliação das práticas de cuidado e o reconhecimento dos níveis de excelência refletem a compreensão dos profissionais sobre a importância da qualidade e da segurança e seu impacto nos utentes (Teixeira & Silva). Este processo, por um lado, incentiva o desenvolvimento de estratégias de monitorização e a avaliação da prática diária; e, por outro lado, promove o desenvolvimento pessoal e profissional por meio da reflexão sobre as práticas de cuidado. Foi usado um processo de avaliação em um hospital universitário público, aplicado no Hospital Universitário de Londrina. Este modelo de gestão de processos e resultados considerou os padrões de qualidade da *International Joint Commission* (IJC), o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), a norma europeia EN ISO 9001:2015, os Padrões de Qualidade em Saúde da DGS de Portugal e o modelo de desenvolvimento profissional da Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Tudo isto permite, enquanto equipa, analisar e refletir de forma adequada e clara sobre os indicadores de positividade sensíveis, implementando ações de melhoria na obtenção da qualidade desejada ($\leq 90,0\%$ e $< 100,0\%$). Nessa perspetiva de eficiência e apoio integral na melhoria contínua da qualidade da assistência, o conceito de supervisão clínica de enfermagem surge como uma estratégia facilitadora nos processos de mudança de atitudes, comportamentos e práticas. A supervisão clínica é estratégica quando utiliza reflexão e transformação do pensamento e a ação na construção da prática assistencial. Quando vista como um processo formal e adequado ao contexto, implica a interação dos enfermeiros na monitorização, planeamento, avaliação e implementação de ações de melhoria. Por outro lado, é essencial que ocorra em um ambiente sistemático e interpessoal favorável à aprendizagem, a partilha de conhecimento e à tomada de decisão autónoma e responsável (Proctor, 2001; Tulleners et al., 2023; Teixeira & Silva, 2025).

A adoção da supervisão clínica também possibilita o aumento do capital humano, o aprimoramento das habilidades interpessoais, emocionais e profissionais, com ganhos efetivos para as partes

envolvidas, ou seja, o supervisor e o supervisionado. Durante o processo de supervisão, de acordo com padrões predefinidos, o profissional mais experiente ou o supervisor interage, compartilha, monitoriza e orienta eficazmente um profissional menos experiente ou supervisionado, facilitando o desenvolvimento contínuo de competências, a mediação e a implementação de ações que promovam o senso de responsabilidade e autonomia. Essa dinâmica quase sempre ocorre segundo uma abordagem formativa e não controladora, para que a reflexão, o feedback e as relações de partilha interpessoal possam ocorrer na equipa, a fim de monitorizar as necessidades e adaptar ou adotar as melhores práticas de acordo com o contexto, com benefícios para o profissional, a equipa e a organização. No entanto, para legitimar a prática da supervisão clínica de enfermagem nas organizações, é necessário conhecer a cultura organizacional, bem como as características pessoais e profissionais dos supervisores e supervisionados, a fim de estimular e aprofundar a prática reflexiva baseada em evidências (Proctor, 2001; Tulleners et al., 2023; Teixeira & Silva, 2025). Na pesquisa exploratória realizada em serviços de enfermagem em Portugal, os enfermeiros relataram que a supervisão clínica contribui diretamente para a melhoria dos indicadores de qualidade da assistência, facilitando reflexão, partilha de conhecimento e implementação de ações de melhoria contínua.

No estudo de Teixeira e Feijó (2025), refere que a SCP constitui uma ferramenta essencial para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados (Teixeira & Silva, 2025). Contudo a implementação de processos de SCP enfrenta diversos obstáculos, tornando a sua adoção desafiadora. Este tema continua a ser digno de debate, pois a promoção de melhores práticas e a realização de pesquisas podem contribuir para superar essas barreiras. A relevância da supervisão clínica torna-se mais evidente quando se considera o impacto significativo que os enfermeiros, no papel de supervisores clínicos, exercem na qualidade de cuidados de enfermagem. Por forma a garantir a efetividade SCP, é importante formalizá-la em toda a estrutura do serviço e da instituição, assegurando a participação e o envolvimento de todos os profissionais (Proctor, 2001; Tulleners et al., 2023; Teixeira & Silva, 2025). Recomenda-se que seja adequada aos contextos da prestação de cuidados e às necessidades dos enfermeiros, para facilitar o desenvolvimento de competências de supervisão, incluindo o desenvolvimento de capacidades de relação entre pares. Por outro lado, a realização de mais estudos, maior número de horas de formação para supervisores clínicos e uma maior vinculação organizacional com os processos de SC, podem também facilitar o processo. No entanto, é importante realçar que muitos enfermeiros enfrentam desafios significativos no ambiente de trabalho, incluindo sentimentos de infelicidade, stresse e ansiedade, originando uma visão negativa da carreira, com alguns enfermeiros a considerar mesmo abandoná-la. Especialmente, quando se deparam com a falta de supervisão e apoio

adequados, que poderiam ser fornecidos por supervisores clínicos institucionais. Além disso, é crucial que os supervisores recebam a devida formação para desempenhar eficazmente as suas funções, garantindo assim um ambiente de trabalho mais solidário e eficiente. Num ambiente de trabalho moderno e exigente, a ausência de suporte e de interação regular com um supervisor pode originar uma experiência negativa para os enfermeiros, afetando as suas necessidades essenciais no trabalho. Sendo que uma supervisão favorável, centrada na eliminação de obstáculos no local de trabalho, favorece uma cultura de aprendizagem e responsabilização, em detrimento de culturas diretivas e de controlo focadas na culpa, garantindo a aprendizagem, o desenvolvimento de competências e conhecimentos profissionais (West et al., 2020). Assim, compreender os obstáculos torna-se crucial, pois possibilita a formulação de estratégias para minimizar e superar as dificuldades, tornando-se fundamental para o sucesso, o conhecimento e identificação das barreiras, considerando-se urgente discutir e enfrentar o desafio de implementar a SCE (Teixeira & Silva). Por outro lado, conhecer os fatores facilitadores, ajuda a concentrar esforços nos aspetos positivos, impulsionando o potencial de todo o processo de implementação da SCE (Proctor, 2001; Tulleners et al., 2023; Teixeira & Silva, 2025). Para terminar, estudo de Teixeira e Silva (2025), refere os mesmos aspetos positivos da supervisão clínica referidos nos artigos anteriores, e refere que a SCE envolve uma estrutura e um processo baseados nos princípios da prática reflexiva, com a finalidade de promover a capacidade crítica do supervisionado, com o intuito de otimizar as suas competências de raciocínio profissional e tomada de decisão. Revelando assim, um potencial para a melhoria da qualidade dos cuidados, se o profissional agir de forma reflexiva e responsável (Pires et al., 2021). No mesmo sentido, reforçando a definição de supervisão clínica definida pela (Ordem dos Enfermeiros, 2018), a SC é entendida como um processo formal, sistemático, dinâmico e interpessoal, com o intuito de promover a tomada de decisão autónoma, considerando a proteção da pessoa, a qualidade e a segurança dos cuidados, com o propósito de contribuir para a construção da aprendizagem, do conhecimento e do desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e de reflexão. A implementação do modelo de SC que incida sobre as variáveis, satisfação profissional e competência emocional, poderá facilitar a identificação de necessidades no contexto da prática e o planeamento de prováveis soluções, refletindo-se em melhorias nos serviços de saúde e na segurança e qualidade dos cuidados prestados (Proctor, 2021). A SC em Enfermagem é assim considerada uma estratégia essencial no apoio à concretização de padrões de qualidade pela função de acompanhamento e suporte que concede e, pelo desenvolvimento profissional dos enfermeiros que promove, permitindo-lhes dar resposta à desafiante natureza da prestação de cuidados, e desempenhando um papel crucial na concretização de uma prática de

enfermagem segura e de qualidade. Neste sentido a SCE pode ser vista como um modelo que adota métodos estruturados e sistemáticos, que se apresenta como uma mais-valia para a qualidade e segurança dos cuidados, através do aprimorar de competências, promovendo uma boa gestão emocional dos profissionais, prevenindo assim erros e fornecendo uma base sólida para a decisão clínica. Em síntese, os resultados desta *ScR* evidenciam a relevância da supervisão clínica por pares como estratégia promotora da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC, nos diferentes contextos de atuação. Os estudos analisados demonstram que a supervisão clínica favorece a reflexão sobre a prática, a partilha de conhecimento e o desenvolvimento de competências, com impacto positivo nos indicadores de qualidade assistencial e segurança nos cuidados de enfermagem.

Contudo, apesar do reconhecimento dos seus benefícios, verifica-se ainda escassez de evidência empírica relativamente aos processos estruturados de supervisão clínica, bem como limitada implementação formal destes mesmos processos nos contextos organizacionais. Persistem lacunas ao nível da sistematização dos processos, da formação específica dos supervisores e da integração da supervisão nas políticas institucionais de qualidade e desenvolvimento profissional.

De salientar, que em Portugal existe um projeto, intitulado Safecare, focado na área da supervisão clínica em enfermagem, que visa a implementação de um “modelo” contextualizado para aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. O referencial teórico baseia-se em: i) Proctor (1986), em que a definição de supervisão baseia-se num processo estruturado sustentado em três funções essenciais — formativa, restaurativa e normativa — que, de forma integrada, promovem o desenvolvimento profissional, o suporte emocional do enfermeiro e a garantia da qualidade dos cuidados, assumindo particular relevância em contextos de elevada complexidade clínica; ii) Nicklin (1990s-2000s), centrado na implementação da supervisão clínica em enfermagem no contexto organizacional, enfatizando a importância do suporte institucional, da formação de supervisores, da criação de uma cultura de aprendizagem e da disponibilização de recursos adequados, assumindo a supervisão como um processo integrado na prática dos cuidados de saúde; iii) Schön (1983) introduz o conceito de prática reflexiva, distinguindo entre reflexão-na-ação e reflexão-sobre-a-ação, evidenciando que o desenvolvimento de competências profissionais ocorre através da reflexão contínua sobre a prática. É neste sentido que este referencial teórico assume particular relevância em contextos de elevada complexidade, como a pessoa em situação crítica, ao promover o pensamento clínico, a tomada de decisão em tempo real e a aprendizagem baseada na experiência. Neste âmbito, o trabalho de Patrícia Benner (1984), torna se fundamental para a compreensão do desenvolvimento de competências clínicas em enfermagem. Fruto da análise aos vários estudos torna-se evidente a

necessidade de reforçar estratégias organizacionais que promovam a implementação estruturada da supervisão clínica por pares, particularmente em contextos de elevada complexidade assistencial, como são os cuidados à PSC. A este propósito destaca-se uma limitação significativa no que respeita à existência de evidência científica específica sobre os processos de supervisão clínica por pares (SCP) em contexto de serviço de urgência. Embora a literatura disponível aborde de forma ampla a supervisão clínica em enfermagem e os seus contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados, verifica-se que esta se encontra maioritariamente centrada noutros contextos assistenciais, sendo ainda escassa a evidência aplicada à realidade dos serviços de urgência. Neste contexto observa-se uma escassez de estudos empíricos que avaliem de forma direta o impacto destes processos supervisivos por pares, nos resultados clínicos e na segurança da pessoa em situação crítica, predominando abordagens descritivas e revisões da literatura. Adicionalmente, verifica-se a ausência de conhecimentos acerca dos vários modelos de supervisão, por parte dos profissionais, e de como poderiam estar presentes em determinados contextos clínicos. Por outro lado, a utilização de instrumentos de avaliação validados, limita a comparabilidade entre estudos e a generalização dos resultados. Estas lacunas evidenciam a necessidade de investigação futura mais robusta, nomeadamente através de estudos longitudinais e de avaliação de impacto, que permitam consolidar a evidência sobre a eficácia da supervisão clínica por pares e orientar a sua integração estruturada na prática de enfermagem. A implementação dos processos de supervisão clínica por pares em enfermagem é influenciada por um conjunto diversificado de barreiras e facilitadores, destacando-se: i) fatores organizacionais, como a elevada carga de trabalho; ii) a escassez de tempo, iii) e a insuficiente alocação de recursos; iv) a ausência de uma cultura institucional que valorize formalmente a supervisão enquanto componente estruturante da prática profissional. Acrescem ainda dificuldades relacionadas com a formação dos profissionais, concretamente a inexistência de um conhecimento claro acerca dos modelos de supervisão em geral. No que diz respeito, ao modelo de supervisão clínica por pares em enfermagem, identificam-se como facilitadores dos processos de supervisão clínica por pares, o apoio da liderança, a existência de equipas coesas, a formação específica em supervisão clínica e a criação de espaços estruturados de reflexão, reconhecidos pela organização. Estes elementos evidenciam que a efetividade da implementação depende não apenas da motivação individual dos profissionais, mas sobretudo de condições organizacionais e culturais que sustentam a integração consistente destes processos na prática clínica.

No que respeita à avaliação da supervisão clínica, a literatura evidencia uma escassez de indicadores de qualidade específicos e sistematizados que permitam medir o seu impacto de forma objetiva e

consistente na melhoria dos cuidados. A supervisão clínica é amplamente reconhecida como uma estratégia promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados, contudo a sua avaliação permanece pouco estruturada, carecendo de instrumentos validados e sensíveis aos seus efeitos diretos na prática clínica (Paiva et al., 2010; Carvalho, 2015). Neste sentido, a avaliação é realizada de forma indireta, recorrendo a indicadores gerais de qualidade assistencial, como eventos adversos, satisfação profissional ou segurança do doente. Apesar da associação entre supervisão clínica e ganhos em saúde ser reconhecida, persistem dificuldades metodológicas na identificação de indicadores específicos que traduzam o seu contributo autónomo (Carvalho, 2015). A inexistência de um conjunto amplamente validado de indicadores sensíveis à supervisão clínica enquanto processo autónomo dificulta a monitorização dos resultados e a comparação entre diferentes contextos e modelos de implementação. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a qualidade em enfermagem deve ser avaliada com base em indicadores mensuráveis, sendo necessário desenvolver métricas que reflitam não apenas os resultados, mas também os processos assistenciais, onde se insere a supervisão clínica. Estudos desenvolvidos em contexto português sugerem que os enfermeiros reconhecem a importância da definição de indicadores associados à supervisão clínica, destacando dimensões como a reflexão sobre a prática, o desenvolvimento de competências, a tomada de decisão clínica e a segurança dos cuidados. A supervisão por pares promove a prática reflexiva e a melhoria contínua, embora a sua avaliação permaneça predominantemente qualitativa e subjetiva (Abreu, 2007; Martins, 2010). Contudo, é reiterado que a ausência de indicadores robustos e consensuais, que associem os processos de supervisão por pares à melhoria dos cuidados, constitui uma limitação relevante para a consolidação da supervisão clínica enquanto ferramenta estruturada de gestão da qualidade em enfermagem. Neste sentido, destaca-se a necessidade de integrar indicadores de processo nos modelos de avaliação da qualidade, reforçando a visibilidade dos contributos da supervisão clínica (Martins, 2010). Neste contexto, reforça-se a necessidade de desenvolvimento de métricas sensíveis à supervisão clínica por pares, particularmente em contextos de elevada complexidade como o serviço de urgência, de forma a permitir uma avaliação mais objetiva do seu impacto na prática profissional e nos resultados em saúde. Tal como preconizado pela Direção-Geral da Saúde (2017), a monitorização da qualidade em saúde deve assentar em indicadores válidos, fiáveis e sensíveis à prática, reforçando a pertinência de investir no desenvolvimento de instrumentos específicos para a supervisão clínica em enfermagem.

Por fim, importa referir que, na instituição onde exerço funções, foi desenvolvido em 2025 um grupo de supervisão clínica em enfermagem, com o objetivo de implementar um núcleo de supervisão clínica,

promovendo o desenvolvimento profissional de estudantes e enfermeiros e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este projeto encontra-se enquadrado na metodologia de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), contribuindo para a consolidação de práticas estruturadas de supervisão no contexto organizacional.

2.8 Considerações Éticas

O presente estudo, baseado numa *ScR*, pretendeu mapear e sintetizar sobre o que já existe de investigação sobre os processos de supervisão clínica por pares e a sua relação com a melhoria dos cuidados de enfermagem à PSC nos serviços de urgência, conduzido segundo os princípios éticos e deontológicos que regem a investigação em Enfermagem. A ética, neste contexto, constitui um pilar fundamental para a produção de conhecimento responsável, rigoroso e socialmente relevante, assegurando a proteção da dignidade humana e o respeito pelos direitos dos autores das fontes consultadas. Neste sentido, segui as Diretrizes Éticas Internacionais para a Investigação em Saúde Humana (Medical, 2016), o Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e o Regulamento de Ética e Prática Profissional do Enfermeiro – REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Estes documentos reforçam o compromisso ético do enfermeiro-investigador, assente nos princípios da beneficência, não maleficência, justiça, autonomia e respeito pela dignidade humana. Por se tratar de investigação documental, sem recolha de dados primários ou participação direta de seres humanos, não foi necessária aprovação de uma Comissão de Ética. Ainda assim, foram rigorosamente observadas as normas aplicáveis à revisão de literatura, garantindo a transparência, imparcialidade e integridade na seleção, análise e síntese das fontes. As decisões de inclusão e exclusão dos estudos seguiram critérios explícitos e previamente definidos, prevenindo vieses e assegurando consistência metodológica.

As bases de dados científicas utilizadas (*PubMed* e *EBSCOhost*), bem como outras fontes complementares, foram utilizadas através de plataformas institucionais seguras. Todos os artigos e documentos foram citados e referenciados de acordo com as normas APA – 7.^a edição, respeitando os direitos de autor e garantindo integridade científica. As citações diretas foram utilizadas de forma fiel, contextualizada e devidamente identificada, preservando o sentido original das fontes. A literatura cinzenta, incluindo documentos institucionais e normativos, foi analisada de forma crítica, considerando a sua fiabilidade, relevância e contribuição científica, reconhecendo o papel destas fontes na contextualização da prática profissional e das políticas de saúde em Portugal. O investigador, enquanto

enfermeiro em formação avançada e futuro especialista, manteve uma postura ética e reflexiva ao longo de todo o processo, assumindo o compromisso de produzir conhecimento científico fundamentado em evidência e de promover práticas seguras, humanizadas e baseadas em evidência, especialmente no contexto dos cuidados críticos. O cumprimento das normas éticas e deontológicas foi encarado como dever profissional e moral, inerente à identidade do enfermeiro especialista, pautada por responsabilidade, competência e integridade. Finalmente, o estudo respeita os princípios institucionais da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, particularmente no que se refere à honestidade académica, integridade científica e utilização ética da informação. Desta forma, o trabalho configura-se como um contributo ético e sólido para o avanço da ciência de Enfermagem e para a consolidação do papel do enfermeiro especialista na PSC, promovendo a segurança do doente, a qualidade dos cuidados e a evolução da prática profissional.

2.9 Considerações Finais

A presente *ScR* permitiu mapear e sintetizar as evidências científicas publicadas na última década relativas aos processos de supervisão clínica por pares e à sua associação com a melhoria dos cuidados de enfermagem em contexto crítico de urgência. De forma global, os estudos analisados apontam para um contributo positivo desta abordagem na promoção da qualidade, segurança e consistência dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Relativamente aos modelos e formatos de supervisão clínica por pares identificados, verifica-se a existência de abordagens diversificadas, incluindo supervisão em grupo, sessões reflexivas estruturadas e modelos informais de apoio entre profissionais. O estudo de Tracey Tulleners (2023) destaca a relevância dos grupos de supervisão como espaços privilegiados de partilha e reflexão, enquanto os trabalhos de H. Teixeira e N. Feijó (2025) evidenciam a coexistência de modelos formais e informais, reforçando a necessidade de adaptação ao contexto organizacional.

No que concerne aos impactos da supervisão por pares, os resultados sugerem melhorias ao nível da prática clínica, nomeadamente no desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, na tomada de decisão e na comunicação em equipa. Os estudos de Mafalda Baptista, António Carvalho e Cristina Pinto (2023) evidenciam ainda a sua associação a indicadores de qualidade dos cuidados, enquanto H. Teixeira e M. Silva (2025) reforçam o contributo destes processos para a segurança do doente. No entanto, a implementação da supervisão clínica por pares enfrenta diversas barreiras, entre as quais se destacam a sobrecarga de trabalho, a limitação de recursos, a falta de tempo e a ausência

de uma cultura institucional que valorize a supervisão como componente estruturante da prática. Paralelamente, são identificados facilitadores relevantes, como o apoio organizacional, a formação específica dos enfermeiros e a existência de espaços formais de reflexão, aspetos amplamente discutidos nas revisões de H. Teixeira e N. Feijó (2025).

Apesar dos contributos identificados, persistem lacunas na literatura, nomeadamente a escassez de estudos centrados especificamente no contexto do serviço de urgência e a limitada evidência sobre o impacto direto destes processos nos resultados em saúde da pessoa em situação crítica. Adicionalmente, a heterogeneidade metodológica dos estudos dificulta a comparação dos resultados e a consolidação de recomendações mais robustas. Face ao exposto, considera-se fundamental o desenvolvimento de investigação futura que permita aprofundar o conhecimento sobre a eficácia da supervisão clínica por pares em contextos críticos, bem como a implementação de programas estruturados e adaptados à realidade dos serviços de urgência. A promoção de uma cultura de aprendizagem contínua, reflexão crítica e suporte entre pares revela-se essencial para a melhoria sustentada da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Em síntese, a supervisão clínica por pares emerge como uma estratégia promissora, com potencial para influenciar positivamente a prática clínica e os resultados em saúde, devendo ser progressivamente integrada como componente estruturante da prática profissional em contextos de elevada complexidade assistencial.

CONCLUSÃO

O presente relatório representa a síntese de um percurso académico, clínico e investigativo, constituindo um espaço privilegiado de aprendizagem, reflexão e desenvolvimento de competências especializadas, orientadas para a prestação de cuidados de elevada qualidade, com rigor técnico-científico e fundamentação ética na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e à sua família. A formação realizada possibilitou a consolidação das Competências Específicas do EEEMCPSC, evidenciando capacidade de intervenção autónoma, tomada de decisão clínica fundamentada e promoção da segurança e da qualidade dos cuidados. A experiência em contextos hospitalares - incluindo unidades de cuidados intensivos de cardiologia, serviços de urgência e unidade de cuidados intensivos polivalentes - proporcionou contacto direto com situações de elevada complexidade clínica e emocional, exigindo competências de priorização, pensamento crítico e gestão eficiente dos recursos disponíveis. A área de EEMCPSC centra-se na pessoa, cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, sendo a sobrevivência dependente de monitorização avançada e terapêutica intensiva (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Os cuidados prestados são contínuos e altamente qualificados, dirigidos à manutenção das funções vitais, prevenção de complicações e limitação de incapacidades, com vista à recuperação total da pessoa. O desenvolvimento das competências do EE ocorreu de forma progressiva e estruturada, destacando-se: a capacidade de cuidar de pessoas, famílias e cuidadores em processos críticos de doença ou falência orgânica, assegurando uma abordagem holística e humanizada; a habilidade de atuar em situações de emergência e catástrofe, implicando pensamento rápido, coordenação de equipas multidisciplinares e aplicação de protocolos baseados em evidência; e a competência na prevenção e controlo de infeções e resistência antimicrobiana, garantindo práticas seguras e minimizando riscos para o paciente e equipa. Estas competências refletem a amplitude do papel do EE em contextos de elevada exigência, como serviços de urgência e cuidados intensivos, onde a complexidade e instabilidade clínica evidenciam a necessidade de um raciocínio crítico, intervenções baseadas em evidência e liderança assertiva. O trabalho de investigação desenvolvido, intitulado Processos de Supervisão Clínica por Pares e a melhoria dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, permitiu uma análise crítica da evidência científica e da realidade clínica, destacando o enfermeiro como produtor e utilizador de conhecimento científico. Através da *ScP* realizada foi possível evidenciar a relevância da SCE para a prática profissional em contextos de cuidados críticos em serviços de urgência. Os estudos analisados demonstram que a supervisão clínica por pares favorece a reflexão sobre a prática, a partilha de

conhecimento e o desenvolvimento de competências, com impacto positivo nos indicadores de qualidade assistencial e segurança nos cuidados de enfermagem. Contudo, apesar do reconhecimento dos seus benefícios, verifica-se ainda escassez de evidência empírica relativamente aos processos estruturados de supervisão clínica por pares, bem como limitada implementação formal destes processos nos contextos organizacionais. Apesar de não existir, até ao momento, um processo, de supervisão clínica, formalmente preconizado, os dados obtidos a partir de alguns estudos, indicam que a sua implementação está associada a uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC. Estes achados reforçam a importância de promover estratégias institucionais que fomentem a supervisão clínica estruturada, e concretamente a supervisão clínica por pares, reconhecendo o seu potencial para apoiar o desenvolvimento de competências profissionais, favorecer a reflexão crítica e contribuir para a segurança e excelência assistencial.

Este processo investigativo fortaleceu competências de análise crítica, interpretação da evidência e síntese de conhecimento, essenciais à prática do enfermeiro especialista. A articulação entre prática clínica e investigação demonstrou o valor do enfermeiro reflexivo, capaz de transformar a prática através da evidência científica. Do ponto de vista pedagógico, esta experiência contribuiu para o crescimento pessoal e profissional, consolidando valores de ética, rigor, humanização e responsabilidade. O contacto com a prática especializada e com investigação científica reforçou a importância de uma enfermagem centrada na pessoa, guiada pela evidência e comprometida com a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Em conclusão, este relatório releva não apenas a aquisição de competências técnicas, científicas e éticas, mas também a consolidação de uma identidade profissional mais crítica, autónoma e reflexiva. O percurso realizado reafirma o papel do EEEMCPSC como agente de mudança, capaz de transformar a prática pela integração da evidência científica, investigação aplicada e reflexão contínua. A experiência desenvolvida reflete um compromisso renovado com a excelência dos cuidados, a segurança do doente e a promoção de práticas inovadoras, respondendo às crescentes exigências dos contextos clínicos complexos e consolidando a enfermagem como ciência, prática e motor de melhoria contínua da saúde.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos: RT 13/2019.

American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style (7th ed.). APA.

Abreu, W. (2007). Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir os cuidados. Coimbra: Formasau.

Arantes, A., Canhoto, F., Barreto, H., Alves, J., Macedo, A. P., & Pereira, R. (2025). Supervisão clínica em enfermagem — identificar e superar desafios na implementação: Uma scoping review. Germinare — Revista Científica do Instituto Piaget. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17224362>

Arantes, A., Canhoto, F., Barreto, H., Alves, J., Macedo, A. P., & Pereira, R. (2025). Formação em supervisão clínica em enfermagem: Lacunas e oportunidades à luz da Organizational Learning Theory. Ciência-UCP.

Barroso, C., Carvalho, A. L., Teixeira, A., & colaboradores. (s.d.). Modelo SAFECARE de supervisão clínica em enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? Quality and Safety in Health Care, 16(1), 2–3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022046>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.

Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley.

Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice (Commemorative ed.). Prentice Hall.

Benner, P. (2009). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics (2nd ed.). Springer.

Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C., & Pajnkihar, M. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001–2007. Nurse Education Today, 28(3), 264–272. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.05.004>

Carvalho, J. C. (2015). Supervisão clínica em enfermagem: Contributos para a qualidade dos cuidados. Revista de Enfermagem Referência, 4(5), 121–128.

Costa, J., & Jesus, É. (2010). Sucesso pessoal e profissional: Perspetivas em enfermagem. Formasau.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Recomendações para a elaboração de planos de emergência internos em unidades de saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde. (2012). Pacotes de medidas de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA): Plano estratégico.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Normas e orientações sobre prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e uso de antimicrobianos.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia nacional para a qualidade na saúde. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos.

Direção-Geral da Saúde. (2018b). Infeções e resistência aos antimicrobianos: Relatório anual do PPCIRA.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde: Orientações gerais.

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes 2021–2026.

Direção-Geral da Saúde. (2024). Plano estratégico 2024–2026.

Driscoll, J. (2007). Practising clinical supervision: A reflective approach for healthcare professionals (2nd ed.). Elsevier.

Girardi, A., Figueiredo, M. H., & Carvalho, E. C. (2019). Communication of bad news in clinical practice: Application of the SPIKES protocol. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3120. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2933.3120>

Grupo Português de Triagem. (2011). Sistema de triagem de Manchester: Manual do utilizador.

Gullick, J. G., Taylor, R., & Terrell, B. (2019). Exploring critical care nursing identity and expertise development. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 19–25.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual de abordagem ao doente em situação de catástrofe e incidente com múltiplas vítimas.

John R. Cutcliffe, G. S. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation

studies in nursing.

Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde.

Macedo, A. P. M. C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 826–832. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>

Macedo, APMDC, Padilha, KG, & Püschel, VADA (2019). Práticas profissionais de educação/formação de enfermeiros em um centro de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 321-328.

Macedo, Ana (2012). *Supervisão em Enfermagem: Construir as Interfaces entre a Escola e o Hospital*. De facto, Editores. (ISBN: 978-989-8557-01-8) <http://hdl.handle.net/1822/19589>

Macedo, A., Hoffmeister, L., Sousa, M., Silva, I., Ferreira, A., & Simões, C. (2024). Manual do Nursing Activities Score: proposta de padronização da aplicação do instrumento no contexto português. In A. Macedo, A. Maia, & S. Martins (Eds.), *Um olhar para a Saúde com Ciência e Educação* (pp. 127–143). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Martins, M. M. (2010). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Que indicadores? *Revista de Enfermagem*

Masamha, R., Alfred, L., Harris, R., Bassett, S., Burden, S., & Gilmore, A. (2022). Barriers to overcoming the barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2678–2692. <https://doi.org/10.1111/jan.15283>

Ministério da Saúde. (s.d.). *Direitos do doente internado*. Lisboa: SNS/DGS. Portugal. (2012). Lei n.º 25/2012, de 16 de julho: Diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde e criação do RENTEV. *Diário da República*.

Ministério da Saúde / SNS. (2013). *Serviço de Medicina Intensiva: missão, visão e organização*.

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015: Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015–2020. *Diário da República*, 2.ª série (102), 13550–13553. <https://dre.pt/>

Ministério da Saúde. (2017). *Plano Nacional de Saúde 2016-2020: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. (2018). Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro. *Diário da República*, 2.ª série.

Minho, Universidade do (2026). Normas Formatação UMINHO. Despacho RT-38/2026.

Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Berrett-Koehler.

Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W. B., & Iapichino, G. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382.

Monteiro, C., Pereira, F., & Duarte, J. (2021). Enfermagem, dotação segura e qualidade dos cuidados: implicações para os resultados em saúde.

Nicklin, J. (1990s–2000s). Clinical supervision implementation within nursing services in the NHS context. (trabalhos e orientações institucionais).

Oliveira, P., Barroso, C., & Carvalho, A. L. (2025). Supervisão clínica em enfermagem: Dificuldades, benefícios e sugestões na perspetiva dos estudantes. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 8(2). <https://doi.org/10.37914/riis.v8i2.514>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Código Deontológico do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia de recomendações para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 76/2018: Regulamento da competência acrescida avançada em gestão. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 21, p. 3478.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Parecer n.º 15/2018: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 366/2018 – Supervisão clínica em enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República* n.º 135 – 2.ª série.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 76/2018: Regulamento das competências do enfermeiro gestor. Diário da República, 2.ª série.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, p. 19359.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Tomada de posição sobre o exercício profissional e garantias dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento dos padrões de dotação segura dos cuidados de enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 170.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 728/2021: Regulamento da competência acrescida avançada em enfermagem forense. Diário da República, 2.ª série.

Paiva, A., et al. (2010). Supervisão clínica em enfermagem e desenvolvimento profissional: Revisão da literatura

Peters, M. D. J., et al. (2020). Scoping reviews: JBI manual. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Pinheiro, Germana; Macedo, Ana; Costa, Nilza (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência IVª Série, edição nº2, pp.101-109. DOI:10.12707/RIII1381. <http://hdl.handle.net/1822/30383>

Portugal. Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, I Série-A, n.º 205, p. 2961.

Portugal. (2006). Lei n.º 27/2006, de 30 de junho: Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1.ª série, n.º 126.

Portugal. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (inclui Código Deontológico). Diário da República.

Proctor, B. (1986). Supervision: A co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), Enabling and ensuring: Supervision in practice (pp. 21–34). National Youth Bureau.

Proctor, B. (2001). Supervision towards reflective practice. Fundamental themes in clinical supervision, p. 31.

Proctor, B. (2001). Supervision: A framework for practice (3rd ed.). Open University Press.

Sadaf, R., et al. (2023). Application of the Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) for early detection of delirium in critically ill patients. [Journal name].

Serviço Nacional de Saúde. (2023). Rede de referência hospitalar de cardiologia. <https://www.sns.gov.pt/>

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Teixeira, H., & Silva, M. (2025). Supervisão clínica de pares. *Germinare*, 5, 30–52. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17224160>

Tony, B. (04 de 2008). Nurse Education Today. Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007, pp. 264-272.

Tricco, A. C., et al. (2018). PRISMA-ScR. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Tulleners, T., Campbell, C., & Taylor, M. (2023). Peer group supervision. *Nurse Education in Practice*, 69, 103606. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103606>

World Health Organization. (2018). Declaration of Astana. WHO.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Proctor, B. (1986). Supervision: A co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and ensuring: Supervision in practice* (pp. 21–34). National Youth Bureau.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Teixeira, A., et al. (s.d.). Projeto SAFECARE: Supervisão clínica em enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

ANEXOS

Anexo I – Norma de Cardioversão elétrica

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE	PROCEDIMENTO	Código: <u>PRO.002.III.SAAVE</u> Data Elaboração: XX/0X/2025 Próxima Revisão: XX/0X/2028 Edição: XX Revisão: XX
CARDIOVERSÃO ELÉTRICA		
ÂMBITO: Serviço de Cardiologia		

1. OBJECTIVO:

- 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 carácter 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: MOD.002.ULSAAVE

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.

Desfibrilhação implica a aplicação de uma descarga elétrica dessincronizada, expressa em Joules. A corrente elétrica é distribuída ao acaso durante o ciclo cardíaco. Não é necessário qualquer sinal eletrocardiográfico para a desfibrilhação.

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 consecutivo e a energia recomendada para cada tipo de arritmia é a seguinte:

Fibrilhação Auricular	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque e seguintes na energia máxima
Taquicardia Ventricular com Pulso	• Choque sincronizado • Pás: Posição Antero-Lateral • 1º choque e seguintes na energia máxima
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 antero-lateral face à posição **antero-posterior** e vice-versa.

Utiliza-se a posição **antero-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: MOD.002.UL SAAVE

Edição: XX

Material:

- Desfibrilhador
- Eléktodos, ~~q.b.~~
- Placas de gel
- 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
4	Despir o doente.	Enfermeiro
5	Retirar próteses e adornos.	Enfermeiro
6	Confirmar o jejum – o doente deve ter pelo menos 6 horas de jejum.	Enfermeiro
7	Posicionar o doente em decúbito dorsal.	Enfermeiro
8	Avaliar a necessidade de realizar tricotomia.	Enfermeiro
9	Monitorizar o doente com monitor/defibrilhador: ECG; FC; TA; SpO ₂ . (monitor colocado à direita do doente)	Enfermeiro
10	Realizar ECG.	TSDT

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

Código: MOD.002.ULSAAVE

Edição: XX

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

8. REFERÊNCIAS:

Nouwen, S. T., Bellefleur, E. P., Ibrahim, O., Um, K. J., Lengyel, A., Adji, T., Qiu, Y., Wong, M., Sibilio, S., Benz, A. P., Wolf, A., Whitlock, N. J., Gabriel Acosta, J., Healey, J. S., Baranchuk, A., & McIntyre, W. F. (2023). Técnicas que melhoram o sucesso da cardioversão elétrica para pacientes com fibrilação atrial: uma revisão sistemática e meta-análise. *Europace: Estimulação europeia, arritmias e eletrofisiologia cardíaca: jornal dos grupos de trabalho sobre estimulação cardíaca, arritmias e eletrofisiologia celular cardíaca da Sociedade Europeia de Cardiologia*, 25(2), 318–330. <https://doi.org/10.1093/europace/euac199>

Ollitrault, P., & Fischer, M. O. (2023). Cardioversão elétrica em pacientes críticos: diretrizes atuais e novos métodos para melhores resultados. *Anestesia, cuidados intensivos e medicina da dor*, 42(4), 101212. <https://doi.org/10.1016/j.aocpm.2023.101212>

Park, J., Seol, S.H., Kim, D.K. et al. Preocupação com a segurança da cardioversão elétrica em casos de fibrilação atrial persistente com resposta ventricular lenta. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2022; 45:963–967. <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., Zidekman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., & Colaboradores das Diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação (2021). Orientações do Conselho Europeu de Ressuscitação 2021: Resumo executivo. *Ressuscitação*, 161, 1–80. <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)
<i>Assinatura</i>	<i>Assinatura</i>			

Anexo II – Jornadas de urgências e emergências



O Serviço de Urgência da ULS Alto Ave certifica que

José Afonso

participou, na qualidade de organizador(a), nas **Jornadas de Urgência e Emergência**, realizadas no dia **14 de novembro de 2025**, contribuindo de forma decisiva para o planeamento, coordenação e sucesso deste evento científico.

A organização reconhece e agradece o seu empenho, dedicação e colaboração, que foram fundamentais para a concretização desta iniciativa.

Guimarães, 14 de novembro de 2025
Diretora do Serviço de Urgência Presidente da Comissão Organizadora

Ana Cristina Gavalho.

José Fernando Costa Ribeiro.



Anexo III – II Encontro do NAASCE

