

A Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros do Serviço de Internamento

A Perceção dos Enfermeiros

Cátia Daniela Macieira Salgado

Relatório de Estágio

Ciclo de Estudos: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Vila Nova de Famalicão, 31 de março de 2026

Cátia Daniela Macieira Salgado

**A Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros do
Serviço de Internamento
A Perceção dos Enfermeiros**

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professor Doutora Maria Clara de Oliveira Simões

Relatório de Estágio

**Ciclo de Estudos: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica**

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Cátia Daniela Macieira Salgado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros/as autores/as foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero expressar um agradecimento muito especial à Professora Doutora Maria Clara, pela orientação constante, pela paciência e pela disponibilidade ao longo de toda esta caminhada. Foi um apoio fundamental!

À CESPU – ESSVA e a todo o corpo docente, na pessoa do Professor Mestre Tiago Alves e da Professora Doutora Isabel Araújo, pelo compromisso e dedicação demonstrados ao longo de todo o percurso!

Aos enfermeiros orientadores, essenciais para o meu crescimento profissional e pessoal!

À enfermeira Brígida e a todos os meus colegas, que foram uma peça fundamental e facilitadora neste percurso!

À Mariana, companheira desde o início desta jornada e uma das melhores surpresas deste mestrado. Obrigada pela presença e compreensão.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela paciência e capacidade de transformar o cansaço em motivação!

Às minhas sobrinhas – Camila, Bárbara e Mafalda – obrigada por tornarem os meus dias durante este percurso mais leves! A vida é bem melhor ao vosso lado!

Por fim, o mais importante! A ti, Nuno! O meu grande apoio neste percurso. Ao fim de 13 anos, decidimos arranjar mais uma aventura. Sem ti tinha sido tudo mais difícil. Obrigada por me incentivares todos os dias a ser melhor e acima de tudo por me ajudares a nunca duvidar do meu valor!

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CVC - Cateteres Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERR - Equipas de Resposta Rápida

HM - Higienização das Mãos

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IC - Insuficiência Cardíaca

ISBAR - Identificação / Situação Atual / Antecedentes / Avaliação / Recomendações

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	I
LISTA DE ABREVIATURAS.....	III
ÍNDICE DE QUADROS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
RESUMO.....	XIII
ABSTRACT.....	XV
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	5
1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	7
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMPONENTE CLÍNICA.....	11
2.1. Serviço De Urgência Médico-Cirúrgica.....	11
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	14
2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.....	17
3. PRESSUPOSTOS TÉORICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	21
3.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.....	21
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	21
3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	24
3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	28
3.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	30
4. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS.....	33
4.1. Cuidar a Pessoa, a Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica ou Falência Orgânica.....	33
4.2. Dinamização de Respostas em Emergências, Exceção e Catástrofe.....	41
4.3. Prevenção e Intervenção de controlo de infeção e Resistência a Antimicrobianos na Pessoa em Situação Crítica e Falência Orgânica.....	43
4.4. Contributo da Componente Clínica e das Atividades Desenvolvidas para o Desenvolvimento Pessoal e Profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	47
PARTE II – PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA.....	53

1. FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVAÇÃO DE EQUIPAS DE RESPOSTA RÁPIDA POR ENFERMEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	55
1.1. Introdução.....	55
1.2. Métodos.....	56
1.3. Apresentação de Resultados.....	58
1.4. Discussão de Resultados.....	60
1.4.1. Cultura Institucional.....	60
1.4.2. Conhecimento, Formação e Experiência Profissional.....	62
1.4.3. Intuição.....	62
1.4.4. Comunicação.....	62
1.4.5. Sugestões de Melhoria.....	63
1.4.6. Limitações do Estudo.....	64
1.5. Conclusão.....	64
2. A ATIVAÇÃO DE EQUIPAS DE RESPOSTA RÁPIDA POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	65
2.1. Introdução.....	65
2.2. Métodos.....	66
2.2.1. Contextualização.....	66
2.2.2. Considerações Éticas e de Proteção de Dados.....	67
2.2.3. Amostra.....	67
2.2.4. Instrumento da Colheita de Dados.....	68
2.2.5. Análise de Dados.....	69
2.3. Apresentação e Discussão de Resultados.....	69
2.3.1 Contributos das Equipas de Resposta Rápida.....	70
2.3.1.1. Dimensão Assistencial.....	70
2.3.1.2. Dimensão Profissional.....	71
2.3.1.3. Dimensão Operacional.....	71
2.3.2. Fatores de Influência na Ativação das Equipas de Resposta Rápida.....	72
2.3.2.1. Enfermeiros.....	72
2.3.2.2. Cultura Institucional.....	73
2.3.3. Estratégias Facilitadoras para Ativação de Equipas de Resposta Rápida.....	75
2.3.3.1. Desenvolvimento Profissional.....	75
2.3.3.2. Comunicação.....	76
2.4. Limitações.....	77

2.5. Conclusão.....	77
3. CONTRIBUTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS AO GRAU DE MESTRE.....	79
CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
APÊNDICES.....	XVII
Apêndice I - Sessão de Formação: Violência Interpessoal – Aspetos Éticos e Deontológicos e Enfermagem em Contexto Forense.....	XIX
Apêndice II - Guia de Atuação – Enfermagem em Contexto Forense.....	XXXIX
Apêndice III - Poster – Cateter Venoso Central: Cuidados de Enfermagem.....	XLIII
Apêndice IV - Folha de Descolonização de MRSA+.....	XLV
ANEXOS.....	XLVII
Anexo I - Certificado E-Poster “Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros: Uma Revisão Integrativa”.....	XLIX
Anexo II - Certificado E-Poster “A Tomada de Decisão dos Enfermeiros na Triagem – Relato de Experiência”.....	LI
Anexo III - Certificado E-Poster “Discharge Lounge – A Clinical Pathway To Value-Based Healthcare”.....	LIII
Anexo IV - Certificado E-Poster “Teoria das Transições de Afaf Meleis: Aplicação da Teoria a um Caso Clínico”.....	LV
Anexo V - Certificado de Frequência de Formação em Suporte Avançado de Vida Cardiovascular.....	LVII
Anexo VI - Parecer da Comissão de Ética.....	LIX
Anexo VII – Consentimento Informado.....	LXI

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos Artigos Seleccionados

Quadro 2 - Contributos das Equipas de Resposta Rápida

Quadro 3 - Fatores de Influência de Ativação de Equipas de Resposta Rápida

Quadro 4 - Estratégias Facilitadores de Ativação de Equipas de Resposta Rápida

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Seleção de Artigos

RESUMO

O presente relatório insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido no ano letivo 2024/2025 na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, do Instituto Politécnico de Saúde do Norte da Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU).

O seu objetivo consiste em descrever o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como das competências de mestre, através de uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio.

Os ensinamentos clínicos foram realizados em três contextos clínicos distintos, nomeadamente, o Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Em cada um destes locais, foram privilegiadas oportunidades de aprendizagem que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional, tendo por base referenciais teóricos como a Teoria das Transições de Afaf Meleis e documentos regulatórios da profissão como os Padrões da Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem.

Na Parte I, é apresentada a caracterização dos contextos clínicos e dos aspetos facilitadores do desenvolvimento de competências. Posteriormente, através de uma análise crítica reflexiva, é abordado o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista [EE] adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo o percurso.

Por fim, na Parte II, dedicada à Prática Baseada em Evidência, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura e um estudo de carácter qualitativo, centrados nas Equipas de Resposta Rápida e na sua ativação por enfermeiros.

Em síntese, a realização deste percurso formativo permitiu consolidar conhecimento, refletir sobre a prática clínica e fortalecer competências de tomada de decisão, de liderança e de investigação em Enfermagem. O presente relatório demonstra a evolução profissional com uma prestação de cuidados especializados de qualidade e segurança para a pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing with a Specialization in Nursing Care for the Person in Critical Condition. It was developed during the 2024/2025 academic year. The report describes the development process of both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing within the Area of Nursing Care for the Person in Critical Condition, as well as master's-level competencies. This is done through a critical and reflective analysis of activities carried out in different clinical training settings.

The clinical training took place in three distinct clinical contexts: the Medical-Surgical Emergency Department, the Polyvalent Intensive Care Unit, and the Coronary Intensive Care Unit. In each of these settings, learning opportunities were fostered that contributed to personal and professional development, based on theoretical frameworks such as Afaf Meleis' Transition Theory and regulatory documents of the profession, namely the *Quality Standards of Nursing Care*.

Part I presents the characterization of the clinical settings and the factors that helped develop competencies. Through critical and reflective analysis, it addresses the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse acquired and consolidated during the course.

Finally, Part II, dedicated to Evidence-Based Practice, includes an integrative literature review and a qualitative study focused on Rapid Response Teams and their activation by nurses.

In summary, this training pathway enabled the consolidation of knowledge, reflection on clinical practice, and the strengthening of decision-making, leadership, and research competencies in Nursing. This report demonstrates professional growth through the provision of high-quality and safe specialized care to the person in critical condition.

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrando o Estágio de Natureza Profissional com Relatório, realizado no ano letivo 2024/2025 na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave [CESPU]. Tem como objetivo analisar criticamente o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EEEMCPSC], bem como as competências de mestre, com base nas atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

A minha identidade profissional encontra-se em permanente construção, alicerçada em oito anos de experiência em diferentes contextos médico-cirúrgicos. A frequência neste curso de Mestrado surge com o objetivo de aprofundar os meus conhecimentos e desenvolver competências na área da pessoa em situação crítica [PSC], na qual já realizei uma pós-graduação. Esta escolha reflete, não apenas a exigência inerente à profissão de Enfermagem, que requer atualização contínua, mas também uma motivação pessoal em prestar cuidados diferenciados e de elevada qualidade. A decisão de investir na área do doente crítico decorre, igualmente, do facto de atualmente exercer funções num serviço de internamento que integra uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral [AVC], o que torna especialmente relevante o desenvolvimento de competências aplicáveis à minha prática profissional.

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC caracterizam-se por uma intervenção altamente qualificada, dirigida a pessoas com uma ou mais funções vitais em risco. Estes cuidados visam prevenir complicações, minimizar incapacidades e promover uma recuperação integral. Requerem uma monitorização rigorosa e sistemática, associada à capacidade de antecipar e responder eficazmente a alterações do estado clínico. Integram ainda a atuação em contextos de emergência ou catástrofe, bem como a responsabilidade pela prevenção e controlo de infeções, refletindo a complexidade e exigência inerente ao cuidado da PSC (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015b).

Este relatório encontra-se elaborado de acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros [OE] (OE, 2021) e encontra-se organizado em três partes distintas. Numa primeira parte, é apresentada a caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, destacando-se os aspetos facilitadores para o desenvolvimento de competências. Posteriormente, através de uma análise crítica reflexiva, são abordadas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista [EE] adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo o percurso. Por fim, o último capítulo é dedicado à Prática Baseada em Evidência, através da apresentação dos trabalhos intitulados

“Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros: Uma Revisão Integrativa” e de um estudo de carácter qualitativo, denominado: “A Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros do Serviço de Internamento: a Perceção dos Enfermeiros”.

A gestão eficaz de doentes que apresentem sinais de deterioração clínica, desempenha um papel central na segurança do doente e depende, frequentemente, da observação clínica, do julgamento profissional e da intervenção atempada dos enfermeiros. Estes assumem um papel fundamental em situações de agravamento clínico, nomeadamente através da ativação de respostas diferenciadas, como as Equipas de Resposta Rápida [ERR] (Róin et al., 2025). O reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica, associado a uma intervenção adequada e eficaz, contribui para a redução da mortalidade intra-hospitalar e de admissões não planeadas em unidades de cuidados intensivos [UCI] (Munroe et al., 2023).

Neste contexto, o Conselho Europeu de Ressuscitação recomenda que os hospitais disponham de uma política clara para a resposta clínica a doentes com alterações dos sinais vitais e/ou em situação crítica, a qual deve incluir a existência de uma Equipa de Emergência Intra-hospitalar (Soar et al., 2021). Estas equipas foram implementadas com o objetivo de otimizar a segurança hospitalar, assegurando apoio especializado e uma resposta precoce perante situações de deterioração clínica em doentes internados (Sprogis et al., 2023).

Diversos fatores podem influenciar o processo de ativação das ERR, que podem incluir aspetos organizacionais e institucionais, bem como aspetos relacionados com as características individuais dos enfermeiros, nomeadamente o nível de conhecimento e experiência profissional. Além disso, o desconhecimento sobre os critérios de ativação e experiências prévias negativas na interação com estas equipas podem comprometer a realização de ativações em tempo oportuno (Róin et al., 2025). Neste sentido, considerando a relevância destas equipas para a segurança do doente e o papel central do enfermeiro neste processo, torna-se pertinente aprofundar o conhecimento sobre estratégias que promovam a otimização da sua funcionalidade.

O enquadramento conceptual que orientou o pensamento em Enfermagem na prática clínica desenvolvida neste percurso, foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, aprofundada ao longo deste relatório.

Com este relatório, pretendo evidenciar a aquisição de competências inerentes ao EEEMCPSC. Para tal, serão ilustrados os processos de aprendizagem vivenciados durante os diferentes estágios e aprofundados os conhecimentos em temáticas específicas. Será ainda realizada uma reflexão crítica sobre as intervenções realizadas e as experiências clínicas mais significativas.

O presente relatório foi elaborado em conformidade com o guião de normalização técnico-científico do Instituto Politécnico de Saúde do Norte-CESPU, respeitando igualmente as normas de referenciação bibliográfica da 7ª edição da APA (American Psychological Association).

PARTE I

O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES E O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Enfermagem afirma-se como uma profissão de saúde reconhecida desde o século XIX, quando Florence Nightingale atribuiu características e competências específicas a um campo de atividades de cuidados em saúde. Com a sua intervenção, o cuidado adquiriu especificidade, sendo reconhecido como uma área de atuação profissional necessária e útil para a sociedade. Para o seu exercício, torna-se imprescindível formação específica, bem como a produção de conhecimentos que sustentem a sua prática profissional. É neste enquadramento que a Enfermagem emerge enquanto disciplina científica (Pires, 2009).

A partir da década de 1950, com a implementação de técnicas fundamentadas em princípios científicos e com o desenvolvimento de Teorias de Enfermagem, a disciplina de Enfermagem começou progressivamente a consolidar-se (Pires, 2009). Esta consolidação foi essencial para responder a contextos de elevada complexidade clínica, como o cuidado à PSC, cuja instabilidade vital exige intervenção especializada, contínua e fundamentada.

As teorias de Enfermagem constituem um contributo essencial na construção de uma base teórica consistente capaz de organizar o campo fenomenológico da disciplina em torno de quatro conceitos centrais: a pessoa, o ambiente, a enfermagem e a saúde. Estes referenciais teóricos são fundamentais à disciplina e à prática profissional (Ribeiro et al., 2018). No cuidado à PSC, apresentam especial importância pela sua vulnerabilidade e pelo ambiente da prática altamente tecnológico.

As teorias oferecem estrutura e organização ao conhecimento de Enfermagem, pois orientam os profissionais na observação e interpretação de situações clínicas, permitindo, simultaneamente, um modo sistemático na recolha de dados relevantes. Além disso, contribuem para um planeamento e implementação de cuidados mais rigorosos, com base em princípios científicos (Ribeiro et al., 2018).

Em 2000, Afaf Meleis introduziu a Teoria das Transições, uma teoria de médio alcance desenvolvida ao longo de quatro décadas. Foi estruturada em torno de três conceitos centrais: a natureza das transições, as condições que as facilitam ou inibem e os padrões de resposta (Meleis, 2015). Esta teoria permite abordar e orientar a prestação de cuidados para indivíduos que experienciam transições, como é o caso da PSC.

A Teoria das Transições, constitui um referencial teórico, centrado na compreensão da natureza da mudança e nas respostas que delas advêm, facilitando e sustentando a experiência vivenciada pelo indivíduo. Ao longo da transição, e independentemente do seu desfecho, é possível intervir nas diferentes fases do processo, com o propósito de preservar ou melhorar o estado de saúde da

peessoa. Este é um princípio essencial no cuidado à PSC, onde a intervenção do enfermeiro deve ser contínua, personalizada e adaptada à fase de transição em que o doente se encontra.

Segundo Meleis (2015) a experiência do indivíduo que vivencia e responde a um evento, circunstância, etapa de crescimento ou de desenvolvimento, impõe a aquisição de novas competências, sentimentos, objetivos, comportamentos e funções. O conceito de transição é definido por Chick & Meleis (1986) como citado por Meleis e Trangenstein (2010), como um processo complexo e multifacetado, que envolve a passagem de uma fase de vida, condição para outra.

Embora a transição se configure como um processo interno, esta é desencadeada por uma mudança, relacionada com um evento externo. No caso da PSC, essa mudança pode ser provocada por eventos súbitos e críticos como, acidentes, infeções, descompensações clínicas ou por falência orgânica.

Dependendo do evento extrínseco que lhe dá origem, a transição pode assumir diferentes formas: pode ser desenvolvimental, que diz respeito a mudanças ao longo do ciclo de vida; situacional, referindo-se às transições que originam alterações de papéis que exigem a sua definição ou redefinição; saúde/doença, que ocorre quando há a passagem de um estado saudável para um estado de doença e, por último, organizacional, associada a mudanças nas condições ambientais, abrangendo aspetos sociais, políticos e económicos ou relacionados com a estrutura e dinâmica das organizações (Meleis, 2015).

Para a PSC, a transição saúde/doença e situacional, implicam uma reorganização completa da vida quer do doente quer dos seus familiares.

Os padrões de transição podem ser classificados como, simples, múltiplos, sequenciais ou simultâneos, consoante o grau da sobreposição entre as diferentes transições e a relação entre os diferentes eventos que as desencadeiam (Meleis et al., 2000).

Na PSC, é comum que ocorra uma transição múltipla e simultânea, onde coexistem alterações fisiológicas, emocionais, sociais e familiares.

O início do processo de transição é influenciado por fatores de natureza pessoal, social e global, que moldam a perceção do indivíduo sobre o problema, bem como os resultados obtidos perante as dificuldades inerentes a este processo (Meleis, 2015).

Uma transição considerada saudável é caracterizada por indicadores de processo e de resultado. Como este processo decorre ao longo de um período temporal indeterminado, a identificação precoce de indicadores de processo torna-se fundamental, pois possibilitam avaliar e intervir atempadamente. Desta forma, é possível aumentar a probabilidade de um resultado favorável e

aférir se o indivíduo, que vivencia a transição, se encontra em direção ao bem-estar ou à vulnerabilidade (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de processo incluem: o sentir-se ligado, às redes sociais de apoio, nomeadamente a família, os amigos e os profissionais de saúde; o interagir com indivíduos que se encontrem na mesma situação, com profissionais de saúde, cuidadores e/ou familiares, com o intuito de clarificar e ajustar comportamentos de resposta às transições; o estar situado no tempo, no espaço e nas relações, o que permite ao indivíduo libertar-se do seu passado, enfrentar novos desafios e desenvolver confiança e estratégias de *coping*. Este processo manifesta-se pela compreensão das dinâmicas relativos à necessidade de mudança, pela utilização adequada de recursos e adoção de estratégias que favoreçam a sua adaptação (Meleis, 2015).

Por sua vez, os indicadores de resultado são avaliados no final da transição. Referem-se à mestria, que envolve domínio de novas competências e à integração fluída de identidade. A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é fundamental para uma transição bem-sucedida. Em conjunto, estes indicadores definem um processo de transição saudável (Meleis, 2015).

Na PSC, a identificação precoce destes indicadores permite intervir atempadamente, garantindo uma maior probabilidade de evolução clínica favorável e minimizando a vulnerabilidade associada. Os indicadores de resultado, como a mestria e a integração da identidade, traduzem-se na PSC na capacidade de adaptação à nova condição de saúde, seja ela temporária ou permanente.

A transição termina quando se verifica que o indivíduo atingiu um período de menor disrupção ou de maior estabilidade através do crescimento pessoal, e quando tiver adquirido competências que lhe permitam gerir eficazmente a nova realidade (Meleis & Trangenstein, 2010).

A aplicação da Teoria das Transições em contextos clínicos por enfermeiros possibilita o auxílio ao doente, à família e à comunidade ao longo de todo o processo de transição, facilitando a adaptação à experiência vivenciada, com o propósito de alcançar resultados positivos (Meleis, 2015).

No caso da PSC, o enfermeiro tem um papel fundamental na criação de um ambiente terapêutico, na humanização dos cuidados e na promoção de estratégias adaptativas. Proporcionar transições saudáveis representa um desafio para o enfermeiro, no sentido em que cada indivíduo possui características singulares e enfrenta a necessidade de adquirir novas competências e assumir novas funções ao longo deste percurso.

Entende-se que a PSC é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018b).

Assim, e tendo por base a Teoria das Transições, é da responsabilidade do enfermeiro adotar uma abordagem holística, compreender a condição da PSC e as suas necessidades específicas e desenvolver estratégias que favoreçam a sua adaptação ao estado de doença. A sua intervenção deve englobar não apenas a resposta às exigências clínicas, mas também contemplar os domínios emocionais e relacionais, que constituem um elemento fundamental para minimizar efeitos adversos associados ao processo de transição saúde-doença, contribuindo assim, para a humanização dos cuidados e para a melhoria dos resultados em saúde.

Após uma breve descrição da teoria e da sua aplicabilidade à PSC, o capítulo seguinte apresenta, de forma sumária, os contextos clínicos vivenciados ao longo da formação académica.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COMPONENTE CLÍNICA

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi realizado um estágio de natureza profissional, ao longo do 1º e 2º anos letivos, com a duração total de 1215 horas. As horas totais de estágio foram distribuídas equitativamente entre três contextos clínicos distintos, nomeadamente, o Serviço de Urgência Médico-cirúrgica [SUMC], a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes [UCIP] e a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários [UCIC].

Em todos os contextos, o estágio foi desenvolvido sob o acompanhamento de um enfermeiro orientador, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEMC], cuja orientação desempenhou um papel fundamental no meu processo de aquisição de competências.

Este capítulo apresenta a caracterização detalhada de cada um dos contextos onde foram realizados os estágios.

2.1. Serviço De Urgência Médico-Cirúrgica

O estágio de natureza profissional no SUMC realizou-se numa Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal, entre o dia 25 de novembro de 2024 e 24 de janeiro de 2025.

O Serviço de Urgência [SU] tem como finalidade a admissão, diagnóstico e tratamento de pessoas vítimas de acidentes ou doenças súbitas, que requerem uma intervenção imediata em ambiente hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015).

Neste contexto, torna-se fundamental distinguir os conceitos de urgência e de emergência. Uma urgência corresponde a uma situação clínica que requer uma avaliação e intervenção num curto espaço de tempo. Já a emergência, caracteriza-se por um risco iminente de perda de vida ou de função orgânica, exigindo uma resposta imediata e altamente eficaz. Trata-se, portanto, de uma situação crítica que justifica a necessidade de recorrer a meios de suporte avançado de vida e de suporte de órgãos (ACSS, I.P., 2015; Ministério da Saúde, 2014).

Dessa forma, as unidades hospitalares podem ser classificadas em três níveis de cuidados de urgência, conforme a sua capacidade de resposta e recursos disponíveis, designadamente: Serviço de Urgência Básico, o SMUC e Serviço de Urgência Polivalente. Os serviços de urgência básica representam o primeiro nível de atendimento em situações de urgência, sendo caracterizados pela sua proximidade às populações e pela abordagem de casos mais simples. O SUMC constitui o segundo nível de atendimento, e tem como função prestar apoio diferenciado aos serviços de urgência básica, assegurando a referenciação para os serviços de urgência polivalente em casos que

exijam cuidados mais especializados ou de suporte de especialidades não disponíveis no mesmo. O serviço de urgência polivalente representa o nível mais diferenciado, sendo responsáveis por assegurar uma reposta mais abrangente (Ministério da Saúde, 2014).

O estágio foi desenvolvido num SUMC, que presta assistência à população de uma área geográfica com um total de 408.878 habitantes. Encontra-se localizado no 4º piso, adjacente ao Serviço de Medicina Intensiva [SMI], ao Bloco Operatório e ao Serviço de Imagiologia, dispendo de uma entrada independente com acesso direto ao exterior.

No SU o atendimento, é realizado consoante a necessidade de cuidados de saúde. De acordo com a Norma nº 002/2018 da Direção-Geral da Saúde [DGS] (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2018) a utilização de sistemas de triagem de prioridades é de carácter obrigatório. No contexto português, o Sistema de Triagem de Manchester [STM], é predominantemente assegurando por enfermeiros, sendo recomendável que seja realizada, preferencialmente, por EEMC, na área de enfermagem à PSC e com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades (OE, 2019).

A estrutura do SU organiza-se em duas áreas principais: a área médica e a área cirúrgica. Conforme o descrito no Despacho nº 10319/2014, emitido pelo Ministério da Saúde (2014), a configuração física e recursos materiais deste estão de acordo com as recomendações legais. Este cumprimento verifica-se pela existência das seguintes áreas: área de admissão; triagem; sala de emergência [SE]; áreas funcionais que incluem a zona verde/azul, áreas médicas I, II e III (correspondendo às zonas laranja e amarelos respetivamente); área cirúrgica (que inclui sala de trauma, pequena cirurgia e áreas funcionais dedicadas à cirurgia e ortopedia); áreas de espera e áreas de avaliação clínica.

A SE, constitui uma área específica destinada à abordagem, tratamento e observação de PSC classificadas como emergentes ou, em alguns casos, muito urgentes que apresentam quadros clínicos de falência orgânica que colocam a vida em risco (ACSS, 2019). Neste serviço a SE, encontra-se estrategicamente localizada junto ao posto de triagem e próxima da entrada de emergência. É constituída por três unidades, sendo que uma delas poder ser convertida numa unidade de isolamento. Estas características encontram-se em conformidade com as Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência (ACSS, 2019). Cada unidade possui, um ventilador, um aspirador de secreções, seringas e bombas infusoras, um sistema de monitorização que inclui um monitor desfibrilhador com *pacemaker* externo o que permite uma vigilância adequada da PSC. A monitorização na SE recorre a meios invasivos e não invasivos. A SE, está também dotada de material para intubação endotraqueal, acessos vasculares (venoso, arterial e intraósseo), drenagem torácica, gestão de via aérea difícil e fármacos de urgência e emergência. Dispõe também de

equipamentos de proteção individual, aquecedor, frigorífico, ecógrafo, eletrocardiógrafo e material de imobilização. Todos estes equipamentos e recursos estão alinhados com as Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência (ACSS, 2019).

Atendendo à sua especificidade, em cada turno, esta é assegurada por um EEEMCPSC com o apoio de um segundo elemento pertencente à Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar [EEMI].

Adicionalmente, o serviço está dotado de Sistemas de Resposta Rápida designadamente a Via Verde AVC, a Via Verde Coronária e de um sistema de emergência pré-hospitalar, em articulação com o INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, que inclui uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Relativamente aos recursos humanos, este serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, assistentes técnicos, assistente social e seguranças. A equipa de enfermagem é constituída por 88 enfermeiros, dos quais 27 possuem o título de EE. A especialidade predominante é a de Médico-cirúrgica, com 24 elementos, seguida da especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária, com 2 elementos e pelas especialidades de Enfermagem de Reabilitação e de Saúde Infantil e Pediátrica, cada uma com um elemento. A dotação de enfermeiros encontra-se diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. No que diz respeito ao cálculo de dotações seguras, a OE recomenda que pelo menos 50% da equipa deva ser EEMC, preferencialmente na área de enfermagem à PSC (OE, 2019b), facto que, até ao momento, ainda não se verifica.

A equipa de enfermagem desenvolve o seu trabalho por turnos na prestação de cuidados, relativamente à sua distribuição por área, durante os turnos de dia estão escalados 14 enfermeiros e para o turno da noite 12: um EEMC destinado à SE; dois EEMC na triagem durante o dia e um no turno da noite; quatro enfermeiros na área médica I, sendo que, pelo menos um deles é EEMC; quatro enfermeiros na área médica II, dois enfermeiros na área médica III; um enfermeiro na área verde/azul e três enfermeiros na área cirúrgica durante o dia, sendo que no turno da noite ficam apenas dois. De realçar que, sempre que possível, fica igualmente alocado um EEMC nas restantes áreas referidas.

A distribuição de enfermeiros pelas diferentes áreas funcionais é realizada pelo enfermeiro chefe ou pelo enfermeiro que assume a gestão técnica, considerando a formação de cada profissional. Em todos os turnos existe um enfermeiro coordenador de equipa cuja função, apesar de não se encontrar definida nem regulamentada em Portugal, e presente diferentes designações exige uma clarificação do conceito. Segundo Marques (2019), o enfermeiro coordenador é descrito como sendo

um elemento que desempenha um papel central na equipa que integra e nas respetivas unidades funcionais onde exerce funções, assumindo assim, funções de responsabilidade acrescida na gestão de cuidados. O reconhecimento pela equipa torna-se fundamental para o seu desempenho, sendo igualmente indispensável que seja dotado de competências técnicas e relacionais (Marques, 2019).

Durante os turnos realizado neste serviço, pude observar uma elevada rotatividade de doentes. Neste contexto, a metodologia de trabalho é condicionada pelo setor ao qual o enfermeiro se encontra alocado, resultando frequentemente numa metodologia mista, que combina dois métodos direcionados para o doente, o método de trabalho em equipa e o método de trabalho individual (Ventura-Silva et al., 2021). Entende-se por método de trabalho de equipa, toda a prestação de cuidados sob a coordenação de um enfermeiro líder de equipa, responsável pelo planeamento e distribuição dos doentes entre os enfermeiros, tendo em consideração as suas competências e a otimização dos recursos disponíveis. Diversos autores destacam esta abordagem como um requisito fundamental para a segurança na prestação de cuidados. Importa salientar que o líder é, geralmente, determinado com base na sua categoria profissional e tempo de experiência no serviço. No método individual a assistência prestada não é fragmentada, sendo a responsabilidade pelos cuidados atribuída a um único enfermeiro, que assume a conceção, implementação e avaliação desses mesmos cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

No subcapítulo seguinte, descreve-se o estágio realizado na UCIP, que assume um papel central na consolidação de competências. A sua complexidade, a diversidade de patologias e a necessidade de monitorização contínua proporcionaram um ambiente propício ao crescimento profissional, promovendo a aprendizagem em contextos de elevada exigência técnica e humana, e contribuindo ativamente para a minha formação especializada, oferecendo experiências clínicas diversificadas.

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O estágio de natureza profissional na UCIP realizou-se durante o 2º ano letivo do curso, compreendendo o período de 10 de fevereiro de 2025 a 28 de março de 2025. A Medicina Intensiva, por definição, caracteriza-se como sendo uma especialidade dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de quadros clínicos agudos, potencialmente reversíveis, que se manifestam em pessoas com falência de uma ou mais funções vitais, de forma iminente ou já estabelecida (ACSS, 2013; Paiva et al., 2016).

A UCIP onde decorreu o estágio, encontra-se integrada no SMI. Neste hospital, o SMI é composto pela UCIP e pela Unidade Intermedia Polivalente. Apesar de fisicamente separadas e com equipas de enfermagem distintas, estas unidades partilham o mesmo enfermeiro gestor. Esta articulação

estrutural revela-se essencial para maximizar a eficiência dos cuidados, assegurar continuidade assistencial, facilitar a gestão e disponibilidade de camas e reduzir a ocorrência de eventos adversos e custos associados (Paiva et al., 2016).

Classificada como uma unidade nível III, a UCIP dispõe de uma equipa de enfermagem e médica 24 horas por dia, bem como de meios de monitorização avançados permanentes (OE, 2019b). Estas unidades destinam-se a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, com risco potencial de vida (Paiva et al., 2016). Neste enquadramento, a UCIP onde foi realizado o estágio, cumpre integralmente os critérios exigidos para este nível de diferenciação.

Esta unidade, encontra-se adjacente ao SU, ao Bloco Operatório, e ao Serviço de Imagiologia, permitindo uma proximidade funcional e uma comunicação eficaz com os serviços com os quais mais frequentemente se articula, conforme recomendado pela ACSS (2013).

A maioria dos doentes admitidos, provinha da SE ou do Bloco Operatório. Durante o estágio foi possível constatar uma prevalência de admissões de doentes com patologias do foro neurológico, respiratório, cirúrgico e politraumatizados.

Fisicamente, a UCIP está organizada em formato *open-space*, com um balcão central envidraçado que permite uma vigilância contínua e acesso direto aos doentes, mantendo o controlo funcional. Possui dez camas de nível III, das quais três são quartos de isolamento. Importa referir, que as camas de nível III podem converter-se em camas de nível II, sempre que assim se justifique. A unidade está organizada por áreas assistenciais e de apoio, circuitos para profissionais, doentes e visitas, circuitos diferenciados de “limpos” e de “sujos”, bem como vias de acesso a outras áreas funcionais, seguindo as recomendações preconizadas (ACSS, 2013). Quanto ao equipamento técnico, cada unidade do doente dispõe de uma cama automatizada, sistema de monitorização conectado a uma central, ventilador, bombas infusoras, mesa de trabalho, contentores de resíduos individualizados e rampas de fornecimento de oxigénio.

Embora o modelo *open-space* favoreça a vigilância clínica, a ACSS (2013) desaconselha esta disposição, recomendando a separação entre unidades através de divisórias transparentes, com o objetivo de manter a visibilidade necessária sem comprometer a privacidade dos doentes. As áreas de apoio incluem: sala de espera para visitas, sala de reuniões multifuncional (usada para reuniões, formações em serviço e comunicação de informações clínicas à família), áreas de armazenamento de equipamentos, vestiários com wc e chuveiro, copa, um quarto de descanso, gabinetes médicos e uma sala de trabalho que permite a preparação e gestão segura de fármacos, equipada com a *Pyxix medStation System*. De forma geral, a estrutura da unidade encontra-se adequada, e de acordo com

os requisitos da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva (Paiva et al., 2016) e das Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013).

A equipa multidisciplinar da UCIP integra enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeutas e nutricionistas. A equipa de enfermagem, conta com um total de 32 enfermeiros, dos quais 17 são EEMC e dois especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Esta composição representa uma proporção superior a 50% de enfermeiros EEMC, assegurando, assim, dotações seguras e qualificadas para a prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos (OE, 2019b). Considerando que se trata de uma unidade que possui capacidade para admissão de doentes de nível II e III, importa salientar que o cálculo das dotações seguras, exige uma gestão criteriosa por parte do enfermeiro coordenador. Em geral, a unidade encontra-se alinhada com o estipulado pela OE, procurando garantir um rácio enfermeiro/doente de 1:2 para doentes de nível II e de 1:1 para doente nível III (OE, 2019b). No entanto, importa salientar que, em situações em que todos os doentes internados necessitem de cuidados de nível III, os rácios praticados revelam-se insuficientes, comprometendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados e potenciando um acréscimo significativo na carga de trabalho da equipa de enfermagem. De salientar, que em cada turno encontra-se escalado, pelo menos um EEMC, que geralmente também desempenha funções de responsável de turno.

O método de organização dos cuidados de enfermagem adotado na UCIP corresponde ao método individual de trabalho. Este assenta numa lógica em que um único enfermeiro é responsável pela conceção e execução integral dos cuidados prestados a um ou mais doentes, de acordo com a complexidade clínica e carga de trabalho associada. Este método visa garantir uma resposta eficaz e personalizada às necessidades específicas de cada doente, promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

As atividades de enfermagem em UCI caracterizam-se por uma elevada complexidade e variabilidade ao longo das 24 horas, tornando um desafio permanente a gestão da carga de trabalho dos enfermeiros. De facto, o aumento da carga de trabalho está relacionado com uma maior incidência de eventos adversos, podendo comprometer a segurança do doente e afetar negativamente a qualidade dos cuidados prestados (Sardo et al., 2022). A prestação de cuidados, sejam estes diretos ou indiretos, resultantes das funções autónomas e interdependentes dos enfermeiros, constituem a base para a mensuração da carga de trabalho em enfermagem. Esta avaliação permite estimar o tempo necessário que os enfermeiros dedicam à implementação dos cuidados, tendo em conta a complexidade e especificidade das intervenções requeridas. A carga de trabalho é, normalmente, quantificada através de pontuações, utilizando-se para o efeito

instrumentos validados cientificamente que garantem uma avaliação objetiva e padronizada (Macedo et al., 2021). Na UCIP, o instrumento utilizado para a avaliação da carga de trabalho é o *Nursing Activities Score*, cuja aplicação e registo ocorre uma vez por dia. O *Nursing Activities Score* permite medir aproximadamente 80,8% da carga de trabalho em UCI, baseando-se no tempo efetivamente despendido em atividades de enfermagem, independentemente da gravidade clínica do doente (Sardo et al., 2022).

Neste âmbito, e no seguimento do meu percurso académico e formativo, procedo à contextualização da UCIC, como um serviço privilegiado para o desenvolvimento de competências específicas. Este ambiente clínico, marcado pela elevada complexidade e exigência, permite não só aquisição e consolidação de conhecimentos, como também o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e de tomada de decisão, elementos fundamentais para uma prática especializada e segura.

2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

O estágio de natureza profissional na UCIC decorreu durante o 2º ano letivo do mestrado, entre os dias 31 de março e 23 de maio de 2025.

As antigas unidades coronárias, que desempenharam um papel fundamental no tratamento de doentes com enfarte agudo do miocárdio, evoluíram progressivamente para UCIC. Estas UCI estão equipadas para prestar cuidados especializados a um leque diversificado de doentes (Monteiro et al., 2020). Trata-se de um serviço complexo, direcionado a doentes com patologias cardíacas, podendo ser provenientes do SU, da sala de hemodinâmica, de eletrofisiologia ou de outras unidades de internamento (Monteiro et al., 2020). Durante o estágio, a casuística de doentes internados mais prevalente foram, síndromes coronárias agudas, insuficiências cardíacas [IC], doenças valvulares e arritmias.

De acordo com a classificação da sociedade europeia de cardiologia, esta UCIC classifica-se como uma unidade de nível II, caracterizando-se pela disponibilização de meios avançados de monitorização contínua, invasiva e não invasiva, e pela capacidade de realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente eletrocardiograma, raio-X, ecocardiograma torácico e transesofágico. Neste contexto, é ainda possível realizar procedimentos como cardioversões elétricas, pericardiocenteses, colocação de *pacemakers* provisórios e cateteres venosos centrais [CVC]. A UCIC conta com uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros e médicos cardiologistas com presença permanente 24 horas por dia (Monteiro et al., 2020).

A UCIC está integrada no Serviço de Cardiologia, que dispõe de 17 camas destinadas a internamento e cinco camas a cuidados intensivos coronários. A sua estrutura física, em *open-space* inclui unidades individuais equipadas com cama automatizada, diversos materiais, nomeadamente sistema de monitorização invasivo e não invasivo, sistema de aspiração, rampa de oxigénio, bombas e seringas infusoras. Adjacente à unidade e separada por um vidro existe uma área destinada à documentação dos cuidados, permitindo uma monitorização visual permanente de todos os doentes.

A equipa de enfermagem é composta por 18 enfermeiros, dos quais oito são EEMC, e integra ainda dois EE em Enfermagem de Reabilitação e um em Enfermagem de Saúde Comunitária. Tratando-se de uma unidade nível II, é recomendado que 50% dos enfermeiros por turno sejam EEMC, com um rácio enfermeiro/doente de 1:2 (OE, 2019b). Nesta unidade, encontravam-se presentes dois enfermeiros por turno, sendo que, sempre que possível um deles era EEMC. Não obstante, a UCIC ainda não cumpre integralmente as recomendações da OE, quer no rácio enfermeiro/doente, quer na proporção de EE na equipa. No entanto, a equipa reconhece que a formação e a qualificação dos enfermeiros é essencial para garantir a segurança e qualidade dos cuidados, encontrando-se num processo de crescimento e desenvolvimento profissional.

Dada a especificidade do serviço, os cuidados são organizado segundo uma metodologia individual de trabalho, permitindo uma abordagem centrada nas necessidades de cada doente.

Com base nos padrões de qualidade definidos pela OE, cabe à instituição adequar os recursos e implementar estratégias que assegurem e promovam um exercício profissional de qualidade. Neste contexto, o serviço em questão tem em execução dois projetos centrados na capacitação da pessoa para o autocuidado e autogestão da doença cardiovascular. Um dos projetos aborda a cessação tabágica, a melhoria do regime dietético, a prática de exercício físico e a gestão do regime terapêutico. Trata-se de um projeto multidisciplinar, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes com esta patologia, contribuindo para a redução do número de reinternamentos. Outro projeto em vigor é a Clínica de Insuficiência Cardíaca, que permite o acompanhamento de doentes com esta patologia e a administração de fármacos endovenosos em regime de ambulatório.

Os internamentos por IC representam um elevado consumo de recursos, com risco significativo de readmissões e mortalidade, constituindo uma sobrecarga económica e social para o país, que requer uma resposta eficaz dos sistemas de saúde. O desenvolvimento e implantação de unidades especializadas para avaliação e tratamento da IC encontram-se preconizadas nas recomendações internacionais. Estas abordagens multidisciplinares demonstram benefícios significativos, com boa

relação custo-efetividade, melhorias na qualidade de vida e redução do número de reinternamentos e idas ao SU (Timóteo et al., 2020).

Este serviço, pela sua estrutura e organização foi essencial no meu percurso formativo, proporcionou-me diversas oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências especializadas, fundamentais para a minha prática profissional.

Neste seguimento, no capítulo seguinte abordam-se os pressupostos teóricos que orientam o desenvolvimento das competências gerais do EE, enquadrando a prática clínica num referencial conceptual e normativo.

3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde e consequentemente os cuidados de enfermagem, têm assumido uma relevância cada vez maior, acompanhada por um aumento das exigências técnicas e científicas. Neste contexto, a diferenciação e a especialização, tornaram-se uma realidade cada vez mais presente, que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (OE, 2019a). Assim, de acordo com o Regulamento nº 140/2019, define-se como EE o profissional a quem são reconhecidas competências técnicas, científicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem diferenciados, nas respetivas áreas de especialização (OE, 2019a). A atribuição do título de EE exige, para além da verificação das competências definidas nos regulamentos específicos de cada especialidade, que os profissionais partilhem de um conjunto de competências comuns, de carácter transversal, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados (OE, 2019a).

Segundo Oliveira e Queirós (2015), a competência profissional em Enfermagem define-se pelos níveis esperados de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. Sendo considerada um elemento-chave na garantia da qualidade e segurança.

Deste modo, foi efetuada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos, as quais, contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns de EE.

3.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

No que diz respeito às competências comuns, estas englobam dimensões fundamentais como, a educação, orientação, aconselhamento, liderança e responsabilidade. Dimensões essenciais para o progresso e melhoria contínua da prática de Enfermagem (OE, 2019a). Estas organizam-se em quatro domínios principais, que se apresentam de seguida.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal incluem a prática profissional consoante as normas legais, princípios éticos e deontológicos, e garantia de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

De acordo com a deontologia profissional, integrada no estatuto da OE, os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (pág. 78). Adicionalmente,

estabelece que o enfermeiro deve atuar de forma responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015a).

A atuação profissional deve basear-se no respeito pelos direitos humanos e nos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Estes princípios, apresentados por Beauchamp e Childress (2002) citado por Rego et al. (2009), constituem diretrizes gerais para orientar a tomada de decisão face a problemas éticos, não possuindo carácter absoluto nem hierárquico entre si. Neste âmbito, a Lei de Bases da Saúde, publicada em Diário da República (2019) Lei nº 95/2019, reforça a salvaguarda dos direitos humanos, alicerçados em princípios gerais como a não discriminação, o respeito pela dignidade da pessoa, a liberdade individual, a privacidade e a autonomia. No exercício profissional, o estatuto da OE determina que as intervenções dos enfermeiros devem refletir os valores universais, nomeadamente a igualdade, liberdade de escolha, a verdade e justiça, o altruísmo, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015a). Assim, considerando que o respeito pela dignidade humana é um princípio basilar da prática profissional, assegurei, ao longo do estágio, que o meu desempenho se regeu pelo cumprimento rigoroso destes princípios, intrínsecos à profissão de Enfermagem.

De acordo com a Lei de Bases em Saúde (2019), que estabelece as diretrizes gerais do sistema de saúde, todos os doentes têm direito à informação, devendo ser esclarecidos de forma clara e objetiva sobre a sua condição clínica, bem como sobre os benefícios e riscos associados ao plano de cuidados proposto. Neste contexto, o enfermeiro tem o dever de informar o doente/família sobre os cuidados de enfermagem, promovendo e assegurando o respeito pela autonomia, pela liberdade de escolha sem qualquer influência e pelo direito ao consentimento informado. Compete-lhe, igualmente, responder com responsabilidade a qualquer solicitação e/ou pedidos de esclarecimento relativo aos cuidados prestados (OE, 2015a).

Entende-se por consentimento informado a autorização concedida pelo doente antes de qualquer intervenção de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2023). Este deve ser livre e esclarecido, podendo ser expresso verbalmente ou por escrito, utilizando uma linguagem clara, acessível e isenta de juízos de valor. Sempre que possível, deve ser garantido ao doente um período de reflexão antes da tomada de decisão final (DGS, 2013a). Durante o estágio, informei sempre cada pessoa sobre todos os procedimentos de enfermagem, com o objetivo de obter o respetivo consentimento, respeitando, assim, os princípios da autodeterminação, da liberdade individual, da escolha pessoal e da vontade esclarecida. Para assegurar a sua compreensão, adaptei o vocabulário à capacidade linguística e ao nível de literacia em saúde de cada doente ou família, esclarecendo quaisquer dúvidas e respondendo prontamente a questões que fossem surgindo. Nos casos em que, devido à

condição clínica, não foi possível obter o consentimento informado, as intervenções foram realizadas em benefício direto do doente, em conformidade com os princípios éticos definidos por Beauchamp & Childress (2002) citado por Rego et al. (2009).

A reflexão sobre o consentimento do doente reveste-se de particular importância no contexto da PSC, especialmente em situações de emergência ou urgência, onde a capacidade de expressar a sua vontade pode estar comprometida. De acordo com a DGS (2013a), o consentimento presumido assume relevância quando a pessoa se encontra inconsciente ou sem representação legal, e quando o adiamento do ato para obtenção do consentimento expresso implica um risco significativo para a saúde ou vida. Este princípio aplica-se em contextos de emergência, nos quais a preservação ou recuperação célere da saúde do doente é essencial, desde que não exista conhecimento prévio de que o mesmo se oporia às intervenções caso tivesse capacidade para manifestar a sua vontade ou dispusesse de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DGS, 2013a). É fundamental garantir, sempre que possível, a consulta de diretivas antecipadas de vontade, considerando os cuidados de saúde que o doente expressamente deseja ou recusa receber, conforme estipulado na Lei n.º 25/2012 (Assembleia da República, 2012).

Conforme o artigo 106º do Código Deontológico do Estatuto da OE (2015a), estabelece que “o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (p. 84-85), devendo partilhar informações apenas com os profissionais diretamente envolvidos no plano terapêutico, sempre em consideração com os interesses e o bem-estar do doente (OE, 2015a). Este princípio foi rigorosamente cumprido durante todo o estágio, tendo sido garantida total confidencialidade e segurança da informação, em conformidade com o Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019a).

A privacidade, a confidencialidade e a intimidade são direitos fundamentais do doente, cuja salvaguarda constitui um dever dos profissionais de saúde. Estes direitos encontram-se regulamentados na Lei de Bases da Saúde publicada pela Assembleia da República (2019) e no artigo 107º do código deontológico (OE, 2015a). Considero que o respeito por estes direitos representa um desafio constante à reflexão da prática diária, atendendo às particularidades de cada contexto clínico.

Durante o estágio realizado no SU, constatei que a dinâmica e estrutura física do serviço, a elevada afluência e os recursos técnicos disponíveis dificultavam a salvaguarda plena destes direitos. No entanto, procurei assegurar o cumprimento destes princípios sempre que possível, recorrendo a estratégias como, a utilização de biombos, cortinas ou mobilizando o doente para espaços mais

resguardados, com o propósito de preservar a sua privacidade durante a prestação de cuidados. Relativamente ao estágio nos cuidados intensivos a privacidade era mais facilmente assegurada pela presença de cortinas ou biombos entre as unidades de cada doente.

Neste contexto, todo o percurso desenvolvido ao longo do estágio pautou-se pelo cumprimento rigoroso dos princípios legais, éticos e deontológicos, que norteiam a profissão de Enfermagem, sustentado na revisão dos documentos normativos referidos e nos conhecimentos adquiridos ao longo do presente mestrado, nomeadamente, na unidade curricular “Ética e Deontologia Profissional”.

3.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria da qualidade em saúde tem vindo a obter um reconhecimento crescente pela sua relevância, uma vez que a ocorrência de incidentes relacionados com a segurança durante a prestação de cuidados de saúde constitui uma realidade nos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias dirigidas à redução destes incidentes, muitos dos quais evitáveis, é amplamente reconhecida como promotora de ganhos em saúde, representando atualmente uma prioridade inequívoca no âmbito da saúde (Ministério da Saúde, 2021). Nesse contexto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, foi concebido para dar resposta a uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde: a melhoria da qualidade. Este plano foi integrado na estratégia nacional para a qualidade em saúde e encontra-se estruturado em cinco pilares fundamentais: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros (Ministério da Saúde, 2021).

Nas últimas décadas, têm-se verificado mudanças significativas nas necessidades de saúde das populações, que desafiam os sistemas de saúde em todo o mundo. Tais alterações evidenciam a importância de garantir cuidados que vão de encontro às reais necessidades das pessoas, responsabilidade que não pode ser cumprida sem enfermeiros, pois estes, constituem pilares fundamentais na garantia da segurança e da qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro et al., 2020).

A regulação do exercício profissional é um fator relevante na procura da qualidade. Com o propósito de orientar e avaliar os cuidados de enfermagem, promover a melhoria contínua, incentivar o desenvolvimento profissional e reconhecer a contribuição dos enfermeiros na saúde das pessoas e comunidades, a OE (2012) definiu os padrões da qualidade orientadores da prática profissional. Estes padrões encontram-se organizados em seis categorias: a satisfação do doente, a promoção da

saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da promoção de práticas e ambientes seguros, é recomendada a implementação de medidas que assegurem a prevenção de quedas e úlceras de pressão, a identificação inequívoca de doentes, a segurança na administração de medicação e a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS], entre outras (DGS, 2022b).

A identificação correta dos doentes constitui um pilar fundamental para garantir uma prestação de cuidados com segurança. De acordo com a DGS (2011), a ocorrência de eventos adversos como erros de medicação, transfusões sanguíneas incorretas e a realização de procedimentos em doentes errados, está diretamente associado a falhas na sua identificação. Nesse sentido, a orientação n.º 018/2011 da DGS (2011), estabelece que a identificação do doente deve ser sempre confirmada e efetuada mediante a utilização de uma pulseira de identificação, que contenha informações essenciais, tais como: primeiro e último nome; data de nascimento e número do processo clínico na instituição (DGS, 2011). Esta prática foi sistematicamente observada durante os estágios, com especial enfoque no SU, dada a elevada afluência e rotatividade de doentes e com deslocações frequentes para exames complementares de diagnóstico.

Quanto à segurança na utilização de medicação, a DGS (2015) sublinha que as instituições prestadoras de cuidados de saúde têm a responsabilidade de implementar práticas seguras no manuseamento dos “medicamentos de alerta máximo”. Estes medicamentos apresentam um risco elevado de provocar danos significativos aos doentes em casos de falhas na sua utilização. Alguns deles estão associados a erros, pelo facto de serem necessários ajustes frequentes de doses com base na determinação de parâmetros bioquímicos e/ou fisiológicos (DGS, 2015). Nesta categoria estão incluídas substâncias como contrastes iodados, anticoagulantes, trombolíticos, sedativos, antiarrítmicos, anestésicos entre outros (DGS, 2015). Durante o estágio, segui rigorosamente as recomendações estabelecidas.

A estratificação do risco de queda e do risco de úlceras de pressão era sempre realizada nas admissões dos doentes, através da aplicação da Escala de Morse e da Escala de Braden. Estas ferramentas constituem-se como medidas preventivas, que permitem a identificação precoce de fatores de risco, possibilitando o planeamento e a implementação de estratégias para reduzir ou mitigar potenciais danos ao doente.

As IACS constituem uma preocupação central na manutenção de um ambiente seguro, sendo a sua redução possível através da adoção das precauções básicas de controlo de infeção [PBCI]. De acordo

com a norma n.º 029/2012 da DGS (2013b) a implementação efetiva das PBCI visam prevenir a transmissão cruzada de microrganismos, por via direta e indireta. Para além da adoção das PBCI, assume particular relevância o planeamento e a prestação de cuidados fundamentados em feixes/bundles de intervenção, que têm como objetivo assegurar a aplicação sistemática de práticas baseadas na melhor evidência científica disponível. Deste modo, promove-se uma prestação de cuidados uniformizados, contribuindo para a redução da incidência das IACS.

No contexto dos estágios realizados destaco a relevância do envolvimento do EE na supervisão e orientação da equipa multiprofissional na promoção da correta utilização de equipamentos de proteção individual [EPI], assegurando não apenas a sua adequada colocação e remoção, mas também supervisionando e orientando os membros da equipa neste processo, bem como no reforço da higienização das mãos e da etiqueta respiratória.

A comunicação durante a passagem de turno constitui uma das nove áreas definidas pela Organização Mundial da Saúde como fundamentais para a promoção da segurança do doente (Reime et al., 2024). A Organização Mundial da Saúde destaca, os riscos associados às mudanças de profissionais e de equipas entre turnos, bem como às transições de doentes entre áreas de diagnóstico e terapêutica, identificando a comunicação inadequada e as falhas na transferência de informação como fatores que aumentam os incidentes de segurança (DGS, 2022b). De acordo com a DGS (2017), a transição de cuidados deve ser suportada por uma comunicação eficaz na transferência de informação entre equipas prestadoras de cuidados, de modo a garantir a segurança do doente. Para tal, é recomendada para este processo o recurso à técnica ISBAR, sigla que corresponde a *Identify* (identificação), *Situation* (situação atual), *Background* (antecedentes), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendações). Segundo a *Joint Commission*, cerca de 80% dos eventos adversos estão associados a falhas de comunicação durante este processo. Estudos sobre a implementação do ISBAR na prática clínica apontam para uma potencial redução de 20% no número de eventos adversos relacionados com falhas de comunicação. Além disso, a aplicação desta técnica contribui para uma maior estruturação das passagens de turno, melhorias na qualidade dos cuidados de enfermagem e um incremento das competências de comunicação interprofissional bem como da confiança dos profissionais (Reime et al., 2024). Durante o estágio, constatei que as passagens de turno nos diferentes contextos eram realizados de acordo com esta metodologia.

Desde 2002, que a Organização Mundial da Saúde recomenda o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes na prestação de cuidados de saúde, com o propósito de garantir a segurança do doente e promover a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para ganhos em

saúde (DGS, 2022b). Neste âmbito, a Norma n.º 017/2022 da DGS (2022a), visa otimizar o processo de notificação e gestão de incidentes relacionados com a segurança do doente, em conformidade com as diretrizes do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Estes sistemas possibilitam a notificação voluntária, anónima e não punitiva de incidentes, permitindo a sua análise, gestão e monitorização. O principal objetivo é desenvolver ações de melhoria que previnam a ocorrência de eventos semelhantes no futuro, minimizando potenciais danos (DGS, 2022a). Relativamente a este aspeto, considero que seria importante existirem mais ações de formação, que reforcem e sensibilizem a importância do envolvimento dos profissionais nesta temática.

O EE deve envolver-se ativamente na conceção e implementação de projetos na área da qualidade, avaliar e refletir sobre a qualidade da sua prática profissional, colaborar e implementar programas de melhoria contínua, participar na gestão do risco a nível institucional, bem como garantir um ambiente seguro e terapêutico através de uma atuação proativa na promoção do bem-estar e satisfação do doente e família (OE, 2019a).

Nos diversos contextos clínicos, as equipas de enfermagem têm desenvolvido e implementado projetos com foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Anualmente, é elaborado um plano de formação interna, com base nas necessidades da equipa, que tem como objetivo aprofundar e atualizar conhecimentos sobre diversos temas ou procedimentos relacionados com os cuidados de enfermagem.

Durante o estágio no SU, participei numa formação em serviço, onde apresentei um trabalho intitulado de “Violência Interpessoal – Aspetos Éticos e Deontológicos | Enfermagem em Contexto Forense”, desenvolvido no contexto da unidade curricular de “Ética e Deontologia”, tendo sido adaptado ao contexto de estágio. Incidiu sobre a Enfermagem em Contexto Forense e sobre os aspetos éticos e deontológicos relativos à abordagem de vítimas de violência. A escolha do tema decorreu da identificação de lacunas existentes na prática profissional do serviço, destacando a necessidade de formação específica sobre a recolha e preservação de vestígios e sobre protocolos de abordagem, diagnóstico e encaminhamento deste tipo de vítimas. Adicionalmente, no que diz respeito à recolha e preservação de vestígios, elaborei um guia de atuação para o serviço, com o objetivo de uniformizar procedimentos e assegurar a qualidade das intervenções às necessidades específicas destas vítimas.

A existência de “elos de ligação”, profissionais que assumem o papel de representantes em áreas específicas como por exemplo, gestão de risco, sistemas de informação em enfermagem, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem entre outros. Desempenham um papel essencial que

oferece suporte às equipas em que estão inseridos, promovendo a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. No decorrer do estágio na UCIP, tive a possibilidade de participar na realização de auditorias internas com o “elo de ligação” do grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], as auditorias realizadas proporcionaram momentos de reflexão sobre possíveis estratégias para otimizar a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, alcançar os indicadores de qualidade estabelecidos. Importa salientar que as auditorias constituem uma ferramenta essencial para a promoção da segurança do doente e do profissional, garantindo um ambiente de prestação de cuidados mais estruturado e seguro. Assim, a sua aplicação deve ser sistemática, acompanhada da implementação de planos de melhoria contínua ajustados à realidade de cada unidade de saúde (DGS, 2023).

No estágio realizado na UCIC, em articulação com a enfermeira orientadora e com o elemento de ligação da PPCIRA, foram identificadas áreas nas quais ainda existiam lacunas. Perante esta realidade, desenvolvi um poster que ficou afixado na unidade, sobre os cuidados de enfermagem relacionados com o CVC, para promover a uniformização de cuidados e contribuir para a melhoria da qualidade do serviço. Adicionalmente, após o internamento de um doente portador de MRSA - *Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina*, identifiquei a possibilidade de otimizar a folha de registo do processo de descolonização e *follow-up*, que se encontrava com a informação desorganizada, dificultando a sistematização da mesma. Com o objetivo de otimizar a sua utilização e garantir uma maior eficácia e estruturação de registos, sugeri a sua reformulação, respeitando as normas da instituição, para prevenir perda de informação essencial.

3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Atualmente, a gestão e a liderança assumem uma relevância crescente na área da Enfermagem. No exercício da sua prática, o enfermeiro enfrenta uma diversidade de situações que exigem tomada de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, mediação de conflitos, coordenação de equipas e planeamento estratégico, com a finalidade de alcançar os objetivos organizacionais e responder adequadamente às necessidades dos doentes (Santos et al., 2022). O papel do líder revela-se assim, fundamental na promoção de relações de trabalho positivas e na criação de um ambiente de confiança. Este processo contribui, por sua vez, para um desempenho mais eficiente e uma maior colaboração entre os membros de equipa (Santos et al., 2022).

De acordo com a OE (2019a), é da competência do EE gerir a prestação de cuidados, otimizando as intervenções de enfermagem, promovendo a articulação eficaz na equipa de saúde e garantindo a

segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Compete também ao EE adequar os recursos disponíveis às necessidades existentes, identificando o estilo de liderança mais apropriado para assegurar a qualidade das intervenções. Neste sentido, o EE deve ser detentor de um conjunto de competências essenciais que abrangem o conhecimento e a aplicação de políticas, legislação e procedimentos de gestão de cuidados, com o intuito de alcançar a excelência (OE, 2019a). Adicionalmente, o artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, destaca que no exercício da sua prática profissional em áreas como a gestão e a assessoria contribuem para a melhoria contínua da prestação de cuidados (OE, 2015a).

A procura crescente por cuidados de saúde de excelência, exige uma oferta capaz de satisfazer padrões elevados de qualidade, neste contexto, os enfermeiros enfrentam diariamente desafios que vão além da aplicação dos conhecimentos adquiridos na sua formação académica e profissional, existindo a necessidade de desenvolverem competências em gestão (André, 2022). O enfermeiro com competências nesta área desempenha um papel central na garantia da excelência e da segurança na prática profissional, sendo um agente indispensável para impulsionar e concretizar melhorias significativas na saúde (OE, 2018a).

Durante todos os contextos de estágio, o meu enfermeiro orientador desempenhava em determinados turnos, a função de enfermeiro coordenador ou de responsável de turno. Esta experiência representou uma oportunidade de aprendizagem relevante, permitindo-me acompanhar as diversas atividades realizadas e conseqüentemente, aprofundar o meu conhecimento sobre as especificidades inerentes a esta função. As principais atividades desenvolvidas centravam-se na gestão de recursos humanos e materiais, bem como na supervisão e apoio à tomada de decisão dos elementos da equipa, sustentadas no seu elevado nível de perícia clínica. Este apoio manifestava-se frequentemente através da explicação, demonstração e fundamentação de técnicas.

Sendo o EE frequentemente responsável de turno, é fundamental que a sua liderança se baseie no conhecimento, na experiência bem como, no respeito por todos os profissionais que integram a sua equipa. Evidenciou-se que o exercício desta função por parte do EE contribui significativamente para a otimização das intervenções de enfermagem e para a dinâmica da equipa, promovendo assim, uma comunicação eficaz e o fortalecimento das relações interpessoais.

Importa referir que os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de "Gestão", contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento desta competência. Nesta unidade, foi ainda desenvolvido um percurso assistencial, validado por um *focus group* e enquadrado no modelo de

gestão *Value-Based Healthcare*, com o intuito de otimizar o fluxo de altas hospitalares, reduzir as taxas de ocupação hospitalar e promover uma resposta mais centrada no doente.

3.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De acordo com os artigos 97º, 100º e 109º do Código Deontológico, o exercício da profissão de Enfermagem deve assentar em conhecimentos científicos e técnicos adequados, sendo dever do enfermeiro assegurar a contínua atualização das suas competências, através de formação e qualificação profissional (OE, 2015a). Adicionalmente, a Lei de Bases da Saúde consagra o direito das pessoas a aceder a cuidados de saúde que se sustentem na melhor evidência científica disponível (Assembleia da República, 2019).

Para o domínio desta competência a OE refere que, o EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento reconhecendo a sua influência na construção de relações terapêuticas e de trabalho em equipa multidisciplinar, e deve fundamentar as suas decisões e intervenções tendo por base conhecimentos válidos, atuais e relevantes agindo como elemento ativo na área da investigação (OE, 2019a).

A formação contínua e a capacidade de autoconhecimento são fundamentais no desenvolvimento profissional dos enfermeiros. A formação contínua, em particular, garante não apenas a aquisição de conhecimentos técnicos e práticos necessários para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, como também promove o desenvolvimento de competências interpessoais e de pensamento crítico. No meu caso, a formação contínua e o desenvolvimento de competências na área de enfermagem à PSC, têm-me proporcionado acesso a conhecimentos atualizados, fundamentais para sustentar cientificamente a minha tomada de decisão na prática clínica.

O cuidado à PSC é caracterizado pela sua elevada complexidade, exigindo intervenções de enfermagem fundamentadas e competências específicas, indispensáveis para responder de forma eficaz e segura às necessidades complexas destes doentes. No entanto, o autoconhecimento, desempenha, neste contexto, um papel complementar permitindo uma compreensão mais profunda das nossas emoções e atitudes, influenciando diretamente a qualidade das relações terapêuticas que se estabelecem.

Conforme Sousa et al. (2020), sendo a Enfermagem uma profissão intrinsecamente caracterizada por uma elevada interação humana, torna-se essencial que os profissionais desenvolvam capacidades de inteligência emocional para orientar adequadamente os seus pensamentos e ações. O enfermeiro deve ser capaz de gerir as suas próprias emoções e compreender as dos outros, garantindo assim cuidados centrados nas necessidades individuais de cada doente (Sousa et al.,

2020). Esta consciência contribuiu de forma significativa para o fortalecimento da minha competência emocional, permitindo-me criar estratégias para gerir de forma mais eficaz o stress e assim, tentar prevenir a sobrecarga física e mental inerentes à prática profissional, especialmente no cuidado à PSC.

Durante o estágio, a revisão aprofundada da literatura nas áreas específicas relacionadas com a PSC revelou-se fundamental para a minha prestação de cuidados. Este processo permitiu ancorar o meu exercício profissional na evidência científica mais atual, integrando os conhecimentos adquiridos com a experiência da prática clínica. Além disso, considerei pertinente a consulta de documentos como normas institucionais e específicas de cada serviço, bem como regulamentos atualizados que orientam a nossa prática profissional.

No decorrer do mestrado, participei no IV Congresso Internacional Critical Care, organizado pela CESPU, onde apresentei dois trabalhos em formato de E-poster. Um deles, no qual fui autora principal, teve como tema “Fatores Que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros: Uma Revisão Integrativa” e o outro, no qual participei como coautora, centrou-se na temática da triagem de prioridades. Denominado “A Tomada de Decisão dos Enfermeiros na Triagem - Relato de Experiência”, que seria considerado o melhor e-poster pela comissão científica do evento. Colaborei também como coautora na apresentação de um E-poster intitulado “Teoria das Transições de Afaf Meleis – Aplicação da Teoria a um Caso Clínico”, desenvolvido no âmbito da unidade curricular de “Enfermagem” e apresentado nas 1ª Jornadas Científicas do Hospital Agostinho Ribeiro. Adicionalmente, participei no Congresso “II Health Management Administration International Congress”, com o e-poster vencedor, denominado “Discharge Lounge – A Clinical Pathway to Value-Based Healthcare”, desenvolvido no âmbito da unidade curricular de “Gestão”. O trabalho desenvolvido foi ainda submetido como artigo.

Torna-se assim, imperativo que a prática profissional seja orientada por uma abordagem baseada em evidência científica, promovendo a reflexão crítica sobre as intervenções desenvolvidas. Este processo conduz a decisões mais eficazes, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade. Simultaneamente, permite uma adaptação e atualização da nossa prática face às necessidades emergentes dos doentes e aos avanços científicos. As atividades desenvolvidas durante este percurso, foram fundamentais para a aquisição de competências relacionadas com a produção e aplicação de conhecimento científico, permitindo-me compreender e integrar a investigação no processo de construção de conhecimento, aspeto essencial para o desenvolvimento de competências durante todo o percurso de estágio.

4. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a), as competências específicas referem-se às competências que emergem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como do âmbito de intervenção definido para cada área de especialidade. Estas competências traduzem-se através de um elevado nível de adequação dos cuidados às necessidades de saúde dos doentes (OE, 2019a). No que diz respeito aos cuidados de enfermagem à PSC, o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b) caracteriza-os por uma intervenção contínua e altamente especializada, destinada a responder às necessidades de indivíduos com funções vitais em risco. Estes cuidados visam manter as funções básicas de vida, prevenir complicações, limitar incapacidades e promover a recuperação total, abrangendo situações de emergência, exceção e catástrofe. O EEEMCPSC deve ser capaz de realizar observações sistematizadas de dados com o objetivo de prever e detetar precocemente complicações, assegurando intervenções precisas e eficientes (OE, 2018b).

As competências específicas do EEEMCPSC organizam-se em três domínios que se apresentam de seguida.

4.1. Cuidar a Pessoa, a Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica ou Falência Orgânica

O EEEMCPSC, face à complexidade das condições de saúde e às exigências inerentes à resposta à PSC e/ou falência orgânica, deve mobilizar conhecimentos e competências especializadas na identificação de intervenções adequadas. Além disso, deve ser capaz de conceber, implementar e avaliar um plano de intervenção, assegurando uma abordagem centrada na promoção da segurança e na qualidade da assistência prestada (OE, 2018b). É essencial que demonstre capacidade para articular conhecimentos teóricos avançados, competências práticas especializadas e aptidões interpessoais, respondendo eficazmente às necessidades complexas da PSC. Estes doentes apresentam, frequentemente, disfunção multiorgânica, instabilidade hemodinâmica e regimes terapêuticos de elevada complexidade, estando tanto eles como os seus familiares particularmente vulneráveis a um impacto psicológico significativo. Assim, a prestação de cuidados eficaz por parte destes profissionais exige não apenas uma abordagem clínica abrangente e direcionada, mas também uma comunicação colaborativa e adoção de estratégias de resolução de problemas que promovam o pensamento crítico coletivo no seio de uma equipa interdisciplinar (Gullick et al., 2019).

O SU desempenha um papel fundamental na identificação precoce de focos de instabilidade clínica, sendo a triagem o momento de primeiro contacto com o doente. O STM tem como principal objetivo determinar o nível de prioridade clínica, através da identificação de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade e o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica. Importa salientar que este sistema não tem como finalidade o estabelecimento de diagnósticos (DGS, 2018).

O STM dispõe de 52 fluxogramas desenvolvidos para abranger diferentes problemas clínicos. Cada fluxograma é composto por um conjunto de questões, denominadas discriminadores, que permitem classificar os doentes numa das cinco prioridades clínicas definidas (emergente, vermelho – 0 min; muito urgente, laranja – 10min; urgente, amarelo – 60min; pouco urgente, verde – 120min; não urgente, azul – 240 min) (DGS, 2018). Para além da classificação de prioridade, existem protocolos específicos para a Via Verde AVC e Via Verde Coronária. As Vias Verdes são circuitos estruturados de encaminhamento, integrando componentes extra e intra-hospitalares, com o objetivo de uniformizar procedimentos, definir responsabilidades e sistematizar a abordagem ao longo da cadeia de cuidados. Dada a natureza crítica associada a estas condições, uma intervenção precoce e estruturada permite reduzir significativamente a morbilidade e a mortalidade (Grupo Português de Triagem, 2011). Dada a importância do processo de triagem e a responsabilidade inerente ao papel dos enfermeiros, torna-se essencial que desenvolvam e mobilizem um conjunto diversificado de competências para uma intervenção eficaz. Recomenda-se que a triagem seja realizada num período de dois a cinco minutos, e contempla a possibilidade de retriagem, sempre que se verifiquem alterações do estado clínico do doente (Costa et al., 2022). A minha experiência com o STM, representou um desafio significativo, sobretudo por ter sido o meu primeiro contacto com este método. Embora o sistema conte com o suporte estruturado dos fluxogramas, a experiência e a formação adequada revelam-se indispensáveis para a sua aplicação eficaz. O juízo crítico revela-se fundamental na interpretação dos fluxogramas, permitindo a sua adequada aplicação em situações que frequentemente envolvem alguma subjetividade. Neste contexto, o enfermeiro assume a responsabilidade de tomar decisões rápidas e assertivas, assegurando que os doentes são encaminhados para o atendimento mais adequado, em conformidade com a sua classificação.

Ainda no contexto do SU, o desenvolvimento das minhas competências foi colocado à prova não só pela diversidade de tipologias dos doentes, como também pela imprevisibilidade das situações. Durante os turnos realizados na SE, tive a oportunidade de vivenciar experiências fundamentais para a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, monitorizar sinais de instabilidade clínica

e/ou falência orgânica, de atuar conforme os protocolos terapêuticos complexos e desenvolver competências na gestão de prioridades.

Na abordagem à PSC, uma avaliação célere e eficaz é fundamental para assegurar a estabilidade clínica e otimizar o processo de recuperação. A abordagem “ABDCE”, amplamente validada e fundamentada na prática clínica, constitui um método sistemático para a avaliação inicial e o tratamento de doentes críticos (Schoeber et al., 2022). Esta abordagem contempla: “A” permeabilização da via aérea; “B” ventilação e oxigenação; “C” circulação e controlo de hemorragias; “D” avaliação neurológica e “E” exposição e controlo da temperatura (American Heart Association, 2021). A sua aplicação permite aos profissionais de saúde realizar uma avaliação sistemática e priorizada, assegurando a identificação precoce de condições clínicas potencialmente fatais e possibilitando uma intervenção atempada (Schoeber et al., 2022). A implementação rigorosa da abordagem “ABCDE” tem impacto significativo na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo, por esse motivo, recomendada por diretrizes internacionais e amplamente integrada em programas de formação especializada (Schoeber et al., 2022). Pude constatar que esta abordagem se apresentou como prática comum nos diferentes contextos de estágio o que me possibilitou consolidar e aperfeiçoar a utilização da mesma.

Outra experiência proporcionada pelo estágio no SU, foi a realização de turnos com a EEMI, em funcionamento na instituição, desde 2022. Em Portugal, estas equipas foram criadas em 2010 sendo compostas por enfermeiros e médicos com competências avançadas na abordagem à PSC. A sua implementação contribui para a redução da mortalidade e morbilidade em doentes hospitalizados (Ministério da Saúde, 2018). Apesar de não ter experienciado nenhuma ativação, considero que esta experiência foi uma mais-valia, pois possibilitou um momento de reflexão com o enfermeiro orientador sobre as ativações da EEMI, temática que se articula com o tema da revisão integrativa da literatura, bem como do estudo de investigação qualitativo por mim realizados.

Ao longo do estágio, confrontei-me com diversas situações clínicas que exigiram a identificação e intervenção precoce em focos de instabilidade, bem como a prestação de cuidados técnicos de elevada complexidade dirigidos à PSC, a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Entre as condições clínicas experienciadas, destacam-se: insuficiências respiratórias, cetoacidose diabética, convulsões, politraumatizados, AVC, disritmias, síndromes coronárias agudas, choque séptico, entre outras. Existiu também a oportunidade de observar e colaborar em diversos procedimentos de elevada complexidade, nomeadamente, entubações endotraqueais, cardioversões elétricas, cateterismos cardíacos e implantações de *pacemakers*.

Além disso, colaborei com a equipa médica na realização de procedimentos essenciais para a administração de fármacos e monitorização clínica da PSC, como a colocação de dispositivos invasivos, que incluíram CVC e cateteres arteriais. Compete ao enfermeiro saber realizar uma correta leitura e interpretação dos parâmetros monitorizados bem como garantir uma correta manutenção destes sistemas (Azeredo & Oliveira, 2013). O conhecimento sobre monitorização hemodinâmica invasiva contribui significativamente para o desenvolvimento da capacidade de decisão clínica. Processo que é fundamental para a formulação de um plano de cuidados de enfermagem adequado às necessidades do doente, visando prevenir complicações e melhorar o diagnóstico (Da Silva et al., 2019). A monitorização hemodinâmica assume, assim, um papel fundamental na abordagem à PSC, auxiliando o enfermeiro na identificação precoce de sinais de instabilidade clínica. Para o desenvolvimento de competências nesta área, para além de esclarecer dúvidas que iam surgindo na prática com os enfermeiros orientadores, recorri também aos conteúdos lecionados na unidade curricular “Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Falência Orgânica”, que contribuiu para um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento teórico-prático. Os conhecimentos adquiridos sobre a interpretação dos dados fornecidos por este tipo de monitorização revelaram-se essenciais para a avaliação da evolução clínica do doente, da eficácia das intervenções prescritas e do sucesso das estratégias terapêuticas implementadas.

O EEEMCPSC desempenha um papel essencial na administração de protocolos terapêuticos complexos, sendo responsável pela sua execução, monitorização e avaliação (OE, 2018b).

Durante os diferentes contextos de estágio, tive a oportunidade de colaborar na gestão de diversos protocolos, que incluíram: a preparação e administração de fármacos de elevada complexidade, como perfusões de insulina, diuréticos, sedoanalgesia, antiarrítmicos, fármacos vasoativos, entre outros; a implementação de protocolos de alimentação parentérica e entérica; protocolos de entubação e extubação endotraqueal e desmame ventilatório, bem como colaborar no planeamento e execução de transportes intra-hospitalares.

A prestação de cuidados baseada em protocolos de atuação contribui significativamente para a tomada de decisão clínica, promove a uniformização dos cuidados, reduz a probabilidade de ocorrência de erros, contribuindo assim, para cuidados mais seguros e com qualidade (Sales et al., 2018). A articulação simultânea de diversos protocolos no mesmo doente constituiu, para mim, um desafio, pois exigiu não apenas o desenvolvimento de competências técnicas na sua aplicação e manutenção, mas também, um conhecimento aprofundado sobre os efeitos terapêuticos planeados e as potenciais complicações associadas. Nesse sentido, considero que as unidades curriculares de “Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Falência Orgânica” e “Processos Complexos em

Situação Crítica e Falência Orgânica” foram fundamentais para o meu enriquecimento teórico. Paralelamente, a constante procura de evidência científica atualizada e o acompanhamento contínuo por parte dos enfermeiros orientadores foram determinantes para a consolidação das minhas competências nesta área.

Perante a PSC e independentemente da patologia subjacente, é imperativo que o EEMCPSC, possua conhecimento e competências específicas para realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar do doente, otimizando as respostas terapêuticas (OE, 2018b). Reconhecida como o 5º sinal vital, a dor constitui um sintoma reiterado em contexto de doença, sendo o seu controlo eficaz não apenas um direito da pessoa, mas também um dever ético do profissional de saúde (DGS, 2003). O enfermeiro, enquanto profissional privilegiado pela proximidade e frequência de contacto, encontra-se numa posição relevante para avaliar, monitorizar e intervir ativamente no controlo da dor (OE, 2008). Segundo a *International Association for the Study of Pain* a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos dessa mesma lesão.” (Raja et al., 2020).

A dor é um fenómeno frequente na PSC, que pode estar relacionada tanto com a patologia que motivou o internamento, como aos diversos procedimentos invasivos e não invasivos a que a pessoa é submetida. Esta experiência é agravada por fatores como a dificuldade na comunicação, o medo e a ansiedade, tendo impacto significativo no estado geral da pessoa. Estas manifestações podem traduzir-se em alterações ao nível da consciência, da função circulatória, endócrina, gastrointestinal, psicológica e do sono. Neste sentido, um controlo eficaz da dor na PSC, assume particular relevância, uma vez que contribui para a redução do risco de complicações, justificando a sua avaliação e tratamento como prioridade (Teixeira & Da Silva, 2023).

Após reconhecida a presença de dor, torna-se fundamental proceder à sua mensuração. Para a avaliação da intensidade, encontram-se disponíveis diversos instrumentos, entre os quais se destacam a Escala Visual Analógica; a Escala Numérica da Dor; a Escala Qualitativa da Dor e a Escala de Faces (DGS, 2003; OE, 2008). A autoavaliação da dor é a forma mais correta de ser avaliada, sendo que, os instrumentos referidos destinam-se a doentes colaborantes e capazes de expressar a própria dor (DGS, 2003). Contudo, em situações clínicas em que os doentes não têm capacidade para a relatar, os profissionais de saúde devem recorrer a escalas de avaliação como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) (Pinheiro & Marques, 2019). Ambas validadas e adaptadas à realidade portuguesa, podem ser utilizadas separadamente consoante o estado clínico do doente, ou em simultâneo para garantir resultados mais precisos (Estevam & Pedro, 2025). Estas escalas observacionais e comportamentais são indicadas para a avaliação da

dor na PSC que se encontrem sedadas e/ou inconscientes, sob ventilação mecânica invasiva [VMI] e/ou com limitações na comunicação verbal (Pinheiro & Marques, 2019).

O controlo e gestão da dor na PSC, requer não só a sua avaliação e monitorização, mas também a implementação de intervenções interdependentes e autónomas, farmacológicas e não farmacológicas, no seu tratamento (Teixeira & Da Silva, 2023). A presença de dor encontra-se associada a desfechos clínicos desfavoráveis, nomeadamente ao aumento da mortalidade, do tempo de internamento e da duração da VMI. Assim, uma gestão eficaz da mesma acarreta resultados clínicos mais positivos e uma melhor adequação das intervenções terapêuticas (Estevam & Pedro, 2025).

O EEEMCPSC deve ser capaz de identificar precocemente a presença de dor, demonstrar conhecimentos sólidos e assegurar a implementação adequada de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo (OE, 2018b). Neste enquadramento, e tendo em consideração o anteriormente exposto, a avaliação da dor representou um desafio particular, pois nem sempre a PSC se encontrava com capacidade para verbalizar a sua dor. Um controlo eficaz da dor em doentes com alterações da consciência, dada a sua vulnerabilidade, constitui um passo essencial para a promoção da humanização dos cuidados de saúde (Estevam & Pedro, 2025).

Ao longo dos estágios mantive uma atenção contínua à perceção da dor pela pessoa, avaliando-a com a frequência recomendada, utilizando os instrumentos mais adequados ao seu estado clínico e colaborei ativamente na gestão e implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, de modo a promover um controlo eficaz da mesma. Perante esta realidade, fui adotando estratégias de gestão de analgesia preventiva, através da administração de fármacos previamente prescritos, com o intuito de proporcionar maior conforto durante procedimentos mais invasivos. A gestão da dor constitui uma responsabilidade inerente à prática do enfermeiro, devendo atuar de forma proativa, antecipando eventos potencialmente dolorosos de forma a intervir precocemente (OE, 2018b).

Durante os estágios, não ocorreu nenhuma situação de emergência que exigisse a aplicação do protocolo de Suporte Avançado de Vida [SAV]. Contudo no presente curso de mestrado surgiu a oportunidade de realizar o curso de SAV. Adicionalmente, tive a oportunidade de realizar turnos na sala de trauma, o que me possibilitou o contacto direto com vítimas politraumatizadas, experiência que se revelou fundamental para o desenvolvimento desta competência.

A gestão da comunicação interpessoal, o estabelecimento de uma relação terapêutica e o apoio na gestão emocional constituem elementos fundamentais na prestação de cuidados à PSC (OE, 2018b).

A competência comunicacional dos enfermeiros revela-se tão essencial quanto as suas competências clínicas, constituindo um componente integral do cuidado que influencia diretamente a segurança, a qualidade dos cuidados e a experiência do doente e da sua família (Baptista et al., 2024).

Diversos fatores podem dificultar a comunicação entre o enfermeiro e a PSC, tanto pela condição clínica do doente como pela necessidade de VMI. Estas limitações comprometem a capacidade do doente de expressar eficazmente as suas necessidades, estando frequentemente associado o surgimento de episódios de frustração, ansiedade e stress (Al-Yahyai et al., 2021). Perante estas limitações, torna-se essencial recorrer a alternativas à comunicação verbal, com o objetivo de estabelecer uma comunicação eficiente com o doente. A Comunicação Aumentativa e Alternativa, constitui um conjunto de ferramentas e estratégias concebidas para ultrapassar barreiras à comunicação. Estas estratégias incluem a mímica labial, expressões faciais, linguagem gestual, quadros e tabelas comunicacionais, imagens e dispositivos eletrónicos geradores de fala, entre outros (Al-Yahyai et al., 2021; Cabral et al., 2024). Com a adoção de estratégias de comunicação como a Comunicação Aumentativa e Alternativa, os doentes são capazes de expressar as suas necessidades, pensamentos e sentimentos de forma eficaz, reduzindo o risco de interpretações incorretas e otimizando o tempo dedicado pelos profissionais de saúde ao processo comunicacional (Cabral et al., 2024).

Reconhecendo o impacto das dificuldades comunicativas sobre a PSC, os profissionais de saúde têm demonstrado uma crescente consciencialização e sensibilização para lidar com a pessoa que exhibe restrições nas suas competências comunicacionais, implementando estratégias que facilitam a comunicação (Cabral et al., 2024). No decorrer dos três contextos estágio, foi na UCIP, que existiram mais oportunidades para desenvolver técnicas de comunicação não verbal. Com o propósito de compreender e responder às suas necessidades, utilizei ferramentas de comunicação não verbal, tais como mímica labial, linguagem gestual e comunicação escrita.

À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, o cuidado de Enfermagem deve centrar-se na pessoa como um todo, procurando compreender a sua condição e necessidades implementando estratégias que possibilitem a sua adaptação ao processo saúde/doença, otimizando a relação terapêutica e, assim minimizar os efeitos negativos que possam surgir. Este cuidado deve ser holístico, indo além dos aspetos biológicos e tecnológicos. Considero que a adaptação individualizada de estratégias de comunicação que fui implementado ao longo do estágio contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências nesta área, contribuindo simultaneamente para a construção de uma relação terapêutica mais humanizada.

A comunicação de más notícias constitui uma das tarefas mais difíceis para os profissionais de saúde, podendo desencadear repercussões emocionais significativas tanto no doente como na sua rede de apoio (Calsavara et al., 2019). Esta dimensão, é especialmente sensível à atuação dos enfermeiros, uma vez que estes possuem competências para antecipar, avaliar, diagnosticar e intervir nas transições vivenciadas pelos indivíduos e pelas suas famílias (Meleis, 2015). Com o propósito de apoiar os profissionais de saúde neste processo comunicacional delicado, foram desenvolvidos protocolos técnicos que fornecem orientações para sistematizar a transmissão de más notícias. Uma dessas metodologias reconhecidas, é o protocolo SPIKES, cuja sigla representa seis etapas específicas: S- *Setting*, que remete à escolha criteriosa do local e condições em que será transmitida a informação; P- *Perception*, referente à avaliação do conhecimento prévio; I- *Invitation*, consiste em convidar para o diálogo; K- *Knowledge*, centrado na partilha de informação; E- *Emotions*, que contempla o acolhimento e validação das emoções após receção da notícia; e S- *Strategy*, resumo da informação e definição do plano terapêutico (Calsavara et al., 2019).

Durante o estágio, sempre que ocorreram situações que exigiam a transmissão de más notícias, constatei que havia sempre o cuidado de realizar esta comunicação em ambientes mais reservados que garantiam uma maior confidencialidade e privacidade. A transmissão de uma má notícia é uma tarefa particularmente complexa, que exige dos profissionais de saúde um conjunto consolidado de competências, nomeadamente experiência e aptidões comunicacionais. Importa salientar que a unidade curricular “Relação e Comunicação em Saúde” contribuiu significativamente para o desenvolvimento desta competência, ao proporcionar uma base teórica sólida e a exemplificação de boas práticas, fundamentais para uma atuação profissional ética e humanizada neste domínio sensível dos cuidados de saúde.

O EE deve ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica, bem como assistir a pessoa, família e/ou cuidadores nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (OE, 2018b). Considerando que a vivência da doença é um processo que tem impacto em todo o núcleo familiar, é imperativo que os cuidados de enfermagem transcendam a interação exclusivamente centrada no doente, e que promovam a inclusão da sua família em todo o processo. Contudo, no contexto dos cuidados à PSC, pela complexidade da situação e exigência frequentemente inerentes, o cuidado direcionado à família pode, por vezes, passar para um plano secundário (Cabete et al., 2019). Perante uma situação clínica crítica de um ente querido, a família manifesta necessidades específicas, decorrentes da incerteza e imprevisibilidade da situação e evolução da condição clínica, do risco de vida eminente, e ainda devido ao ambiente tecnológico desconhecido. Uma das necessidades mais emergentes é a comunicação. O cuidado de Enfermagem centrado na pessoa e na família, enquanto

componente fundamental da humanização de cuidados, só pode ser efetivamente concretizado mediante a implementação de práticas relacionais com a família. Estas práticas devem basear-se em estratégias de comunicação eficazes, capaz de promover a confiança (Sá & Henriques, 2021).

Este aspeto revelou-se particularmente desafiante ao longo dos diferentes contextos clínicos. No estágio realizado no SU, ambiente caracterizado pela exigência da elevada afluência e pela pressão do fator tempo, presenciei episódios de agressividade verbal por parte de familiares/acompanhantes, sobretudo no posto de triagem. Estas situações exigiram do EE a adoção de um papel de gestor de conflitos. Para tal, constatei a aplicação de estratégias de comunicação verbal, como a assertividade, a cordialidade e a empatia, como forma de mitigar a escalada emocional e preservar a urbanidade do serviço. Por sua vez, as UCI, têm implementadas estratégias de acompanhamento ao familiar aquando da primeira visita. Estas incluem uma explicação prévia sobre quais os PBCI necessários para a entrada na unidade, o estado clínico do doente e a contextualização do ambiente. Esta abordagem, visa minimizar o impacto visual e emocional frequentemente associados a este tipo de unidades. Ao longo dos estágios, procurei assumir um papel facilitador nestes momentos, com o propósito de desenvolver as minhas competências neste domínio. Nesse sentido, empenhei-me para esclarecer dúvidas manifestadas pelos familiares e demonstrar uma postura de escuta ativa, tentando contribuir para uma experiência de cuidado mais humanizada.

4.2. Dinamização de Respostas em Emergências, Exceção e Catástrofe

O EEEMCPSC desempenha um papel fundamental na conceção, planeamento e organização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe. A sua atuação caracteriza-se pela eficiência e rigor metodológico, garantindo uma resposta estruturada e eficaz (OE, 2018b). De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, o conceito de catástrofe é definido como um “acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006). Por sua vez, uma situação de emergência é caracterizada como o resultado de uma agressão sofrida por um indivíduo devido a um fator externo, que provoca uma perda súbita e violenta da saúde, comprometendo ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais e colocando a vítima em risco de vida (OE, 2018b). Já uma situação de exceção ocorre quando há um desequilíbrio entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis, exigindo uma atuação coordenada e uma gestão criteriosa dos meios humanos e técnicos disponíveis, de forma a otimizar a resposta à crise (OE, 2018b).

A crescente ocorrência de desastres e emergências a nível global, sejam estes de origem humana ou decorrentes de fatores microbiológicos, geológicos ou climáticos, evidencia a necessidade de desenvolvimento e reforço das competências dos enfermeiros na resposta a estas situações específicas (International Council of Nurses [ICN], 2019). Sendo um dos grupos mais relevantes de profissionais de saúde na resposta a desastres, os enfermeiros devem estar ativamente envolvidos em todas as fases do processo, incluindo a avaliação de riscos, o planeamento prévio, a resposta durante a crise e a mitigação de impactos (Goniewicz et al., 2021). Para garantir uma resposta rápida e eficaz dos sistemas de saúde, torna-se essencial que estes profissionais atualizem continuamente a sua formação e participem regularmente em exercícios práticos, assegurando a aquisição e manutenção de competências fundamentais para a intervenção em contextos de crise (ICN, 2019).

Neste contexto, e considerando que estas situações são relativamente raras em Portugal, o EEEMCPSC deve possuir conhecimento sobre a existência e o funcionamento do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Este plano foi elaborado com base numa análise abrangente dos riscos naturais, tecnológicos e mistos que podem ocorrer em território continental. O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil constitui-se como uma plataforma estratégica, concebida para garantir uma resposta organizada a situações de acidente grave ou catástrofe, tendo como objetivo estruturar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias para uma resposta eficaz. Além disso, regula a coordenação institucional e a articulação entre as entidades envolvidas, assegurando a integração e intervenção das organizações pertencentes ao Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, bem como de outras entidades públicas ou privadas que possam ser mobilizadas para as operações (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC], 2013).

Importa salientar que, durante os estágios, não se verificaram oportunidades para o desenvolvimento de competências relacionadas com a catástrofe. No entanto, esta temática foi alvo de reflexão, tendo sido proporcionada durante o estágio no SU, a oportunidade de conhecer os recursos salvaguardados para situações de catástrofe, bem como o plano de emergência interno. Foi-me apresentado e explicado detalhadamente os procedimentos de ativação e a dinâmica operacional desse mesmo plano, contribuindo para uma melhor compreensão da sua aplicabilidade em contexto real.

Ainda no domínio desta competência, a OE (2018b) estabelece que o EEEMCPSC deve garantir a eficiência dos cuidados de enfermagem, assegurando a preservação de vestígios que possam constituir indícios da prática de crime. Além disso, compete-lhe diagnosticar precocemente indícios

dessa mesma prática, salvaguardar a preservação de vestígios de acordo com a cadeia de custódia e encaminhar a pessoa para organismos vocacionados para apoio à vítima (OE, 2018b).

O fenómeno da violência tem vindo a ganhar crescente visibilidade tanto a nível nacional como internacional, sendo reconhecido como uma grave violação dos direitos humanos e um significativo problema de saúde pública. As equipas e os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na resposta a esta problemática, encontrando-se numa posição privilegiada para identificar, apoiar e intervir junto de pessoas em risco ou em perigo de sofrer atos de violência (DGS, 2016). Durante a realização do estágio, não tive oportunidade de vivenciar nenhuma situação deste tipo, no entanto, tive a oportunidade de apresentar um trabalho com o tema “Violência Interpessoal – Aspetos Éticos e Deontológicos | Enfermagem em Contexto Forense”, já referido previamente. A realização deste trabalho e a elaboração de um guia de atuação para uniformizar práticas relacionadas com a preservação de vestígios permitiram-me aprofundar o meu conhecimento nesta área, bem como refletir sobre os desafios inerentes à prática clínica, contribuindo assim para o desenvolvimento desta competência. O enfermeiro enquanto profissional que frequentemente constitui o primeiro ponto de contacto com estas vítimas, desempenha um papel central na identificação de casos de violência. Esta posição privilegiada possibilita a observação de sinais e indicadores de situações de violência, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança com a vítima, fator essencial para a deteção precoce desses casos, permitindo a implementação de intervenções e orientações adequadas às necessidades específicas das mesmas.

4.3. Prevenção e Intervenção de Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos na Pessoa em Situação Crítica e Falência Orgânica

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEEMCPSC, e considerando o risco de infeção inerente aos diversos contextos de atuação, à complexidade das situações clínicas e à exigência de cuidados diferenciados, que frequentemente requerem a utilização de múltiplas intervenções invasivas, diagnósticas e terapêuticas para a manutenção da vida da PSC e/ou falência orgânica, o EE deve demonstrar uma atuação eficaz na prevenção e controlo de infeções, bem como na mitigação da resistência a antimicrobianos (OE,2018b).

As IACS representam um dos eventos adversos mais prevalentes no contexto da prestação de cuidados de saúde. Muitas destas infeções são provocadas por microrganismos multirresistentes, constituindo uma ameaça significativa para doentes, famílias e profissionais de saúde, além de implicarem um elevado encargo para os sistemas de saúde (World Health Organization, 2024). Importa referir que as IACS não resultam exclusivamente de uma prestação de cuidados de

qualidade inadequada, mas também da crescente adoção de abordagens clínicas avançadas sem a devida implementação de estratégias eficazes de prevenção e controlo de infeção. As suas consequências são particularmente graves, traduzindo-se em internamentos hospitalares prolongados, complicações a longo prazo, incapacidades e aumento da morte prematura (DGS, 2017b; World Health Organization, 2024).

A PSC apresenta um risco elevado de contrair IACS devido à presença de comorbilidades, nomeadamente estados de imunossupressão, à gravidade da condição clínica, à duração prolongada da hospitalização e à exposição a dispositivos e procedimentos invasivos (Blot et al., 2022). Em 2019, segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, 7,4% dos doentes internados em UCI por um período superior a dois dias desenvolveram pelo menos uma IACS, sendo que, frequentemente evoluíram para sépsis (World Health Organization, 2024). Perante este cenário, o compromisso dos profissionais de saúde é imprescindível, pois, pelo contacto direto e contínuo com o doente devem assumir a prevenção e controlo de infeção como prioridade essencial na gestão de cuidados à PSC.

Dada a relevância das IACS e o seu impacto significativo, tanto nos doentes como nas unidades de saúde, torna-se imprescindível adotar estratégias eficazes para a sua prevenção e controlo. Neste sentido, a DGS, procedeu à criação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2022). Este programa estrutura-se em três pilares essenciais: redução das IACCS, promovendo a adesão às PBCI e à implementação de feixes de intervenção direcionados a procedimentos e/ou dispositivos invasivos; redução do consumo de antibióticos, através da elaboração de programas de apoio à prescrição e da monitorização do seu consumo; e à vigilância epidemiológica, essencial para a monitorização e contenção destas infeções (DGS, 2017b).

As PBCI compreendem um conjunto de boas praticas destinadas a minimizar o risco de infeção e a prevenir a transmissão cruzada de agentes infecciosos. Estas medidas devem ser aplicadas sistematicamente por todos os profissionais de saúde, a todos os doentes, independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso (DGS, 2023b). As PBCI abrangem dez padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infeção aquando da admissão e adequada colocação/isolamento dos doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização adequada de EPI; descontaminação de equipamentos clínicos; controlo ambiental e descontaminação apropriada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017b). Nos ambientes hospitalares, a disseminação de microrganismos resistentes aos

antimicrobianos representa um desafio importante, sendo que a implementação rigorosa das PBCI desempenha um papel fundamental na sua redução (World Health Organization, 2024).

No exercício desta competência, o EEEMCPSC deve conceber e implementar o PPCIRA, nos diversos contextos de cuidados em que se insere a PSC, assumindo a liderança no desenvolvimento de procedimentos relacionados com o controlo de infeção (OE, 2018b). Neste sentido, compete-lhe demonstrar conhecimento atualizado sobre as medidas preconizadas pelo PPCIRA, assegurar a sua aplicação e promover a adesão às diretrizes estabelecidas pelas comissões de controlo de infeção das respetivas unidades hospitalares. Deve ainda reconhecer as necessidades específicas do serviço onde exerce funções, estabelecer estratégias pró-ativas para minimizar o risco de infeção e demonstrar competências especializadas na área da higiene hospitalar. Compete-lhe ainda, definir procedimentos e circuitos de prevenção de infeções associadas às diferentes vias de transmissão, posicionando-se como referência para a equipa (OE, 2018b).

Nesta linha de ação, foi realizada uma aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do presente mestrado na unidade curricular “Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde”. Conjuntamente, realizei pesquisas bibliográficas sobre esta temática, para garantir uma prática de cuidados segura, fundamentada na melhor evidência científica disponível e alinhada com as estratégias de prevenção e controlo de infeção.

No que concerne aos “feixes de intervenção”, identifiquei como centrais para a prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio, os seguintes domínios: Prevenção da infeção relacionada com o CVC (DGS, 2022d); Prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2022e); Prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2022c). A implementação dos diferentes “feixes de intervenção” permitiu-me refletir sobre a minha prática clínica na manutenção e gestão de dispositivos invasivos, bem como analisar as dificuldades inerentes ao cumprimento das intervenções preconizadas pela DGS.

Relativamente ao feixe de intervenção para a prevenção da pneumonia associada à intubação, pude constatar, na UCIP, que existe um grande esforço da equipa para garantir o seu cumprimento. Relativamente ao cateter vesical, devido à indisponibilidade de dispositivos apropriados nos serviços verifiquei que muitas das vezes não era corretamente fixado. No que concerne ao feixe de intervenção para a prevenção da infeção associada ao CVC, pude verificar que na UCIP a utilização de técnica assética, a descontaminação dos pontos de acesso e o uso de EPI eram uma constante. Relativamente à UCIC constatei a existência de alguns aspetos passíveis de melhoria no cumprimento da norma estabelecida. Neste sentido, identifiquei esta realidade como uma

oportunidade para contribuir ativamente para a promoção da sensibilização quanto à importância do seu cumprimento, com esse propósito, elaborei um poster informativo sobre os cuidados de enfermagem relativos ao CVC. No SU, a natureza urgente e emergente das situações clínicas influenciava, por vezes, a adesão a estas práticas, no entanto era demonstrado pela equipa um esforço no seu cumprimento.

Perante este cenário, torna-se evidente o papel central do EE, que deve assumir uma função pró-ativa com a implementação destas medidas, garantindo que sejam reconhecidas como essenciais e prioritárias na prestação de cuidados pelas equipas em que estão inseridos.

Na UCIP e na UCIC era realizada uma monitorização diária do número de dispositivos invasivos presentes em cada doente, esta prática permite uma vigilância epidemiológica sistemática facilitando a identificação precoce de fatores de risco associados ao desenvolvimento de IACS e contribuindo para a implementação de estratégias preventivas mais eficazes. No que se refere à avaliação individual do risco de infeção aquando da admissão do doente, nas UCI era realizado o rastreio de EPC - *Enterobacterales* Produtores de Carbapenemases e de MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente a Meticilina, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela DGS (2023a).

Adicionalmente, o facto de poder acompanhar os enfermeiros que eram “elos de ligação” do Grupo de Coordenação Local – PPCIRA, proporcionou-me uma compreensão mais aprofundada sobre a importância da adesão a estas recomendações. Esta experiência revelou-se fundamental para uma reflexão crítica sobre o papel do EE na otimização das estratégias de prevenção de controlo de infeção, reforçando a necessidade de um compromisso contínuo com a qualidade e a segurança dos cuidados.

A higienização das mãos [HM] é reconhecida como uma prática fundamental, considerada como a medida mais eficaz no controlo da transmissão de microrganismos, destacando-se ainda, como um dos principais indicadores de segurança do doente, independentemente do contexto assistencial (Silva et al., 2024). A literatura científica demonstra que, na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeções, as mãos dos profissionais de saúde representam a principal fonte ou veículo (DGS, 2023b). Neste enquadramento, a DGS (2019) emitiu uma norma relativa à prática da HM nas unidades de saúde, adotando o modelo dos cinco momentos para a sua realização, preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Estes cinco momentos são fundamentais para a prevenção de infeções e estabelecem que a HM deve ocorrer nas seguintes indicações: antes do contacto com o doente; antes de um procedimento limpo/assético; após risco de exposição a fluidos orgânicos,

secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; após contacto com o doente; após contacto com objetos e equipamentos do ambiente envolvente do doente (DGS, 2019, 2023b).

Durante o estágio conclui que, em contextos como as UCI, por se tratar de ambientes mais controlados, verifica-se um maior cumprimento das PBCI. Este cumprimento é particularmente evidente, pelo facto de cada unidade do doente dispor de material individualizado, o que constitui um fator estrutural facilitador. Por outro lado, no contexto do SU, pode constatar que, apesar do esforço contínuo de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, esta questão revela-se particularmente desafiante. Identificando-se como barreiras à HM: a elevada afluência de doentes, que contribui para a sobrelotação dos espaços e compromete a organização e segurança dos cuidados; a sobrecarga de trabalho; a complexidade clínica dos doentes; a escassez de tempo; o stress; as dotações seguras e a prestação de cuidados em ambientes de emergência (Silva et al., 2024).

A PSC está frequentemente sujeita à inserção de dispositivos invasivos, tanto para fins de monitorização como para intervenções terapêuticas. Contudo, a utilização destes dispositivos não é isenta de riscos, uma vez que representam potenciais “portas de entrada” para microrganismos, aumentando a vulnerabilidade e exposição destes doentes a IACS. De acordo com Blot et al. (2022), os enfermeiros desempenham um papel imprescindível nesta área, uma vez que estão diretamente envolvidos em procedimentos de higiene, observação clínica, monitorização e manutenção de dispositivos invasivos. Com capacidade de liderar e implementar iniciativas destinadas à melhoria contínua dos padrões da qualidade neste domínio.

Concluindo, a prevenção e controlo de infeção assume um papel central na prestação de cuidados e na segurança da PSC. Torna-se assim, fundamental que os EEEMCPSC, mobilizem a sua formação e competências específicas para o desenvolvimento de uma atuação diferenciada, alicerçada na capacidade de avaliação crítica e na implementação de estratégias de cuidados adaptadas a cada situação. A sua intervenção contribui para minimizar os impactos das infeções na saúde dos doentes e para reduzir a sobrecarga dos sistemas de saúde, assumindo, uma função insubstituível na redução do risco de infeção pelo cumprimento rigoroso de protocolos de atuação e pela prática baseada na evidência.

4.4. Contributo da Componente Clínica e das Atividades Desenvolvidas para o Desenvolvimento Pessoal e Profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A realização de ensinamentos de natureza profissional promove e facilita o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos e competências, como referido no documento emitido pela OE, sobre as recomendações para os estágios e relatórios da componente clínica dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de EE (OE, 2021).

Os diferentes contextos da prática clínica desempenham um papel determinante na aquisição e consolidação de competências. A crescente complexidade das respostas aos problemas de saúde, aliada à natureza multiprofissional dos contextos, exige a atuação de um profissional competente capaz de responder de forma eficaz (Serrano et al., 2011).

Considerando a complexidade da prestação de cuidados à PSC, devo referir que a passagem pelos diversos contextos clínicos proporcionou inúmeras oportunidades de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos teóricos. A reflexão crítica sobre as práticas adotadas durante o estágio, permitiu-me ainda identificar áreas de melhoria evidenciando a prática clínica como um elemento fundamental na minha evolução enquanto futura EE.

Segundo Meleis (2015), a pessoa vivencia um processo de transição, desencadeada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos e/ou no ambiente. Esta teoria revelou-se fundamental neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências na área da PSC, ao evidenciar que as mudanças situacionais associadas ao processo de saúde/doença têm um impacto significativo, não só no doente, mas também na sua família. A Teoria das Transições contribuiu também para uma compreensão abrangente da importância do papel do enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição, estabilização e readaptação a uma nova realidade.

A minha prática durante os estágios foi sustentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, bem como em diversos regulamentos orientadores do exercício profissional, como o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à PSC.

No SU, tive a oportunidade de realizar uma formação sobre violência interpessoal e de elaborar um guia de atuação para o serviço, relativo à recolha e preservação de vestígios. A violência constitui um fenómeno crescente com grande impacto nas populações e com elevados custos associados (DGS, 2016). A sua realização permitiu-me refletir de forma aprofundada sobre este tema, cujas repercussões físicas, emocionais e sociais têm um impacto direto na condição clínica da pessoa. Tendo como referencial teórico a Teoria das Transições de Meleis, constatei que estas vítimas vivenciam processos de transição saúde/doença e de carácter situacional, marcadas pelas mudanças associadas às condições de vida e à rutura de papéis no seio familiar.

O enfermeiro que exerce funções no SU assume um papel central enquanto facilitador destas transições, por ser frequentemente o primeiro contacto com este tipo de vítimas. A proximidade inicial é fundamental para a identificação precoce de casos de violência, possibilitando intervenções e encaminhamentos para recursos de apoio diferenciado.

No âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, a formação realizada, contribuiu para reforçar o meu compromisso com a excelência do exercício profissional, ao proporcionar conhecimentos atualizados à equipa de enfermagem. A formação teve como enquadramento, o padrão da qualidade "satisfação do cliente", pela minimização do impacto negativo sentido por este tipo de vítimas. O impacto sentido, decorre frequentemente das mudanças de ambiente impostas pelo processo de assistência de saúde, o que pode gerar desconforto e insegurança. Destaca-se, neste contexto, a adoção de uma intervenção holística e o recurso a estratégias de comunicação facilitadoras para o estabelecimento de uma relação terapêutica (OE,2015b). Este aspeto é fundamental pois a fragilidade emocional, pode comprometer a continuidade de um processo já de si complexo, caso não exista uma relação de confiança (DGS, 2016). A formação realizada enquadrou-se também na "prevenção de complicações" e no "bem-estar e autocuidado" pelas implicações associadas à identificação precoce de potenciais problemas, à implementação de intervenções adequadas e à referenciação para outros profissionais sempre que necessário (OE, 2015b).

As IACS representam um dos efeitos adversos mais prevalentes, traduzindo-se em internamentos prolongados, aumento da mortalidade e custos significativos para os sistemas de saúde (World Health Organization, 2024). Neste âmbito, a elaboração do poster sobre os cuidados de enfermagem relacionados com o CVC e a participação em auditorias realizadas em articulação com o "elo de ligação" da PPCIRA, revelaram-se fundamentais, pois permitiram-me aprofundar conhecimentos teóricos e refletir criticamente sobre a minha prática profissional.

As atividades realizadas assumiram particular relevância para a minha prática enquanto futura EE, uma vez que as transições são condicionadas por fatores de natureza social e comunitários. Estas possibilitaram uma intervenção orientada para a melhoria contínua dos serviços, através da educação, supervisão e capacitação de outros profissionais, contribuindo para a redução de IACS e para a qualidade dos cuidados à PSC, frequentemente em situação de grande vulnerabilidade. Compete ao enfermeiro, atuar enquanto agente facilitador, assumindo esse papel, em concordância com a Teoria de Meleis.

Relativamente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, estas atividades enquadram-se no domínio da "prevenção de complicações", pela necessidade de rigor técnico e científico na implementação e execução de intervenções de enfermagem especializadas no domínio da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, bem como pela definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção e pela capacitação das equipas (OE, 2015b).

A realização da revisão integrativa da literatura e do estudo qualitativo com o tema "Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros.", surge como uma oportunidade para aprofundar conhecimentos e refletir sobre a prática profissional. Estudos demonstram que, apesar do reconhecimento da importância destas equipas, a sua ativação por parte dos enfermeiros permanece inconsistente. Importa salientar que, falhas ou atrasos neste processo estão associadas a admissões não planeadas em UCI e a internamentos prolongados (Granitto et al., 2020). No caso da PSC, a incapacidade de reconhecer e responder atempadamente aos sinais de deterioração clínica constitui uma das principais causas de eventos adversos em ambiente hospitalar (Munroe et al., 2021).

Na Teoria das Transições de Meleis, o enfermeiro desempenha um papel essencial na transição da pessoa. Sendo o profissional de saúde mais próximo do doente, é da sua competência estar preparado e sentir-se confiante para identificar precocemente sinais de agravamento e, sempre que necessário ativar ERR (Granitto et al., 2020). Esta prática, favorece a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com os padrões de qualidade, este trabalho enquadra-se no domínio da "prevenção de complicações", pela identificação de forma célere de sinais de deterioração na PSC e pela referenciação adequada a outros profissionais. A promoção e garantia de intervenções precisas, eficazes e humanizadas em tempo útil, enquadra estes estudos na "satisfação do cliente" (OE,2015b).

É de realçar que todas as atividades desenvolvidas têm em comum o domínio da "organização dos cuidados especializados", sustentada na existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado, pela revisão de guias de boas práticas e pela utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados que promovam a qualidade (OE,2015b).

Em síntese, considero que o desenvolvimento destas atividades, reforçou a importância do meu papel enquanto futura EE, permitindo-me reconhecer a importância de articular a evidência científica e técnica com a humanização do cuidado, assegurando cuidados de excelência em transições positivas.

PARTE II

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

1. FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVAÇÃO DE EQUIPAS DE RESPOSTA RÁPIDA POR ENFERMEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

1.1. Introdução

No contexto internacional, a incapacidade em reconhecer e responder adequadamente à deterioração clínica de um doente é atualmente considerada uma das principais causas de eventos adversos em ambiente hospitalar (Munroe et al., 2021). Diversos estudos indicam que os doentes apresentam alterações nos sinais vitais nas horas que antecedem um evento adverso grave, como uma paragem cardiorrespiratória [PCR] (Munroe et al., 2021), sendo que muitas destas situações são consideradas preveníveis ou evitáveis (Andersen et al., 2019; Gräsner et al., 2021).

Na Europa, estima-se que a incidência anual de PCR intra-hospitalar, seja aproximadamente 1,5 a 2,8 casos por cada 1000 internamentos (Gräsner, et al., 2021). Vários esforços têm sido realizados para enfrentar esta crescente preocupação, como a criação de escalas de alerta precoce e de equipas de resposta rápida [ERR] também conhecidas como equipas de emergência médica (Medical Emergency Teams – MET) ou Critical Care Outreach Teams (CCOT) (Treacy & Stayt, 2019). Apesar das ERR terem sido inicialmente introduzidas na Austrália em 1989, foi em 2006, que estas foram definidas como um conceito e com uma estrutura própria, ao integrar quatro componentes distintos: o elo aferente, caracterizado pelo processo de identificação de doentes em risco e ativação de meios diferenciados com base nos critérios de ativação estabelecidos; o elo eferente, responsável pelo fluxograma de resposta e pelas intervenções; o elo administrativo, encarregado pela gestão dos recursos, atualização das normas vigentes, educação e formação dos colaboradores e operacionalização eficaz das equipas e, o elo da melhoria da qualidade, dedicado à monitorização da conformidade do programa, recolha de dados, avaliação de resultados e fornecimento de feedback contínuo (Difonzo, 2019; Thorén et al., 2023).

Na prática, a sua composição pode variar consoante o hospital, uma vez que depende dos recursos disponíveis e das necessidades locais. As ERR podem ser constituídas por um grupo multidisciplinar altamente qualificado, que inclui enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde (Mitchell et al., 2019).

A implementação de ERR como recurso para melhorar a segurança dos doentes é recomendada por diretrizes internacionais e fortemente apoiada por organizações dedicadas à melhoria da qualidade, como o Institute of Healthcare Improvement (Olsen et al., 2019). Neste contexto, em Portugal, a DGS, através da circular normativa nº 15/DQS/DQCO de 22 de junho de 2010, determinou a criação e implementação, a nível nacional das EEMI, constituídas por enfermeiros e médicos com

competências avançadas na abordagem do doente crítico, que respondem tanto a situações de PCR como de deterioração clínica (Ministério da Saúde, 2018).

A implementação destas equipas está associada a uma redução no número de PCR e da mortalidade intra-hospitalar. Contudo, falhas ou atrasos na sua ativação estão associadas a admissões não planeadas em UCI e a hospitalizações prolongadas (Granitto et al., 2020). Mesmo em hospitais que oficialmente implementaram este sistema de resposta, constata-se frequentemente uma adesão reduzida (Olsen et al., 2019).

Como profissional de saúde mais próximo do doente, é da competência do enfermeiro estar preparado e sentir-se confiante para identificar a deterioração do estado clínico do doente e, se necessário ativar ERR (Granitto et al., 2020). No entanto, a literatura indica a existência de diversos fatores que influenciam a capacidade dos enfermeiros de monitorizar e interpretar os parâmetros vitais, assim como de reconhecer sinais precoces de deterioração clínica. Estas dificuldades, frequentemente resultam em falhas na tomada de decisão, como por exemplo escalar cuidados ativando estas equipas (Difonzo, 2019).

Apesar da importância das ERR, a evidência demonstra que a sua ativação por parte dos enfermeiros é inconsistente. Neste contexto, considerou-se pertinente a realização desta revisão integrativa, que teve como objetivo analisar a evidência científica sobre os fatores que influenciam os enfermeiros na ativação das equipas de resposta rápida em contexto hospitalar.

Neste sentido, e para responder à pergunta de investigação “Quais os Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida Intra-Hospitalar por Enfermeiros?” foi necessário elaborar um enquadramento metodológico que consiste no desenho de investigação que passamos a abordar de seguida.

1.2. Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que seguiu as seis etapas delineadas por Mendes et al. (2008). Este método de pesquisa permite sintetizar múltiplos estudos publicados, possibilitando a elaboração de conclusões abrangentes sobre uma área de estudo específica, que dá suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica (Mendes et al., 2008).

A pergunta de investigação, “Quais os fatores que influenciam os Enfermeiros (População) na Ativação de Equipas de Resposta Rápida (Intervenção) Intra-Hospitalar (Contexto)” foi desenvolvida segundo o modelo PICO, na sua formulação variante PICo (População/ Fenómeno de Interesse/Contexto) (Sousa et al., 2018).

A pesquisa foi realizada na web, durante o mês de janeiro de 2025, através da plataforma EBSCOhost nas bases de dados eletrónicas: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials. Os descritores utilizados foram: “Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais (Hospital Rapid Response Team)”, “Enfermeiros (Nurses)”, validados através dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/ MeSH, e o conceito natural “Ativação (Activation)”. De seguida apresenta-se o método de seleção dos artigos para a revisão integrativa da literatura.

A estratégia de pesquisa utilizada foi com recurso à seguinte equação booleana: “Hospital Rapid Response Team” AND “Nurses” AND “Activation”.

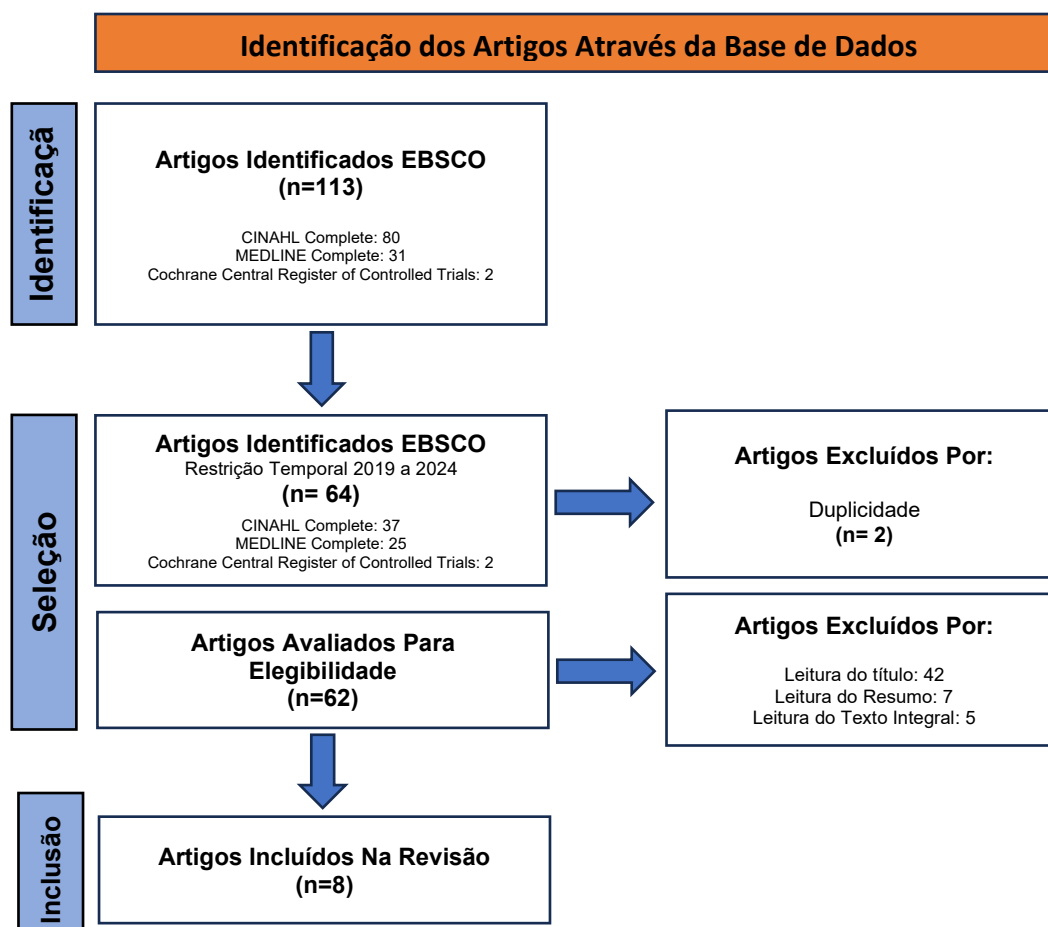


Figura 1 - Fluxograma de Seleção de Artigos. Adaptadp de Page et al. (2021)

Os critérios de inclusão foram a utilização de produção científica no idioma português, inglês ou espanhol e a definição de um limite temporal de 2019 a 2024. Os critérios de exclusão foram estudos realizados em serviços de pediatria, obstetrícia e áreas não clínicas.

Inicialmente, como apresentado na figura 1, identificaram-se 113 artigos. Após definido o período temporal de 2019 a 2024, excluíram-se 49, restando 64 artigos. Por duplicação foram excluídos 2,

ficando 62 artigos. A análise subsequente focou-se na relevância dos artigos para a questão de investigação bem como nos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, pelo que foram excluídos 42 artigos pelo título e 7 artigos pelo resumo. Elegeram-se 13 artigos para leitura integral dos quais se excluíram 5 por não responderem à pergunta de investigação restando 8 artigos para esta revisão integrativa.

1.3. Apresentação de Resultados

A informação foi cuidadosamente extraída, analisada e posteriormente organizada na Tabela 1, com o objetivo de facilitar não apenas a leitura, mas também promover uma melhor compreensão e interpretação dos dados apresentados.

Síntese dos Artigos Seleccionados			
Artigo 1: A Call For Better Doctor–Nurse Collaboration: A Qualitative Study Of The Experiences Of Junior Doctors And Nurses In Escalating Care For Deteriorating Ward Patients			
Autor e Ano Revista País	Chua et al., 2019	Australian Critical Care	Singapura
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Qualitativo. Entrevistas Semiestruturadas.		
Participantes e Amostra	N=24 Participantes n= 14 Enfermeiros e n= 10 médicos		
Objetivo	Explorar as experiências dos Enfermeiros e dos Médicos Internos no processo de ativação e referenciação de cuidados perante a deterioração clínica de doentes em serviço de internamento.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Hesitação na ativação das ERR pelos Enfermeiros por medo de críticas caso estas sejam consideradas desnecessárias. - Enfermeiros referem a existência de tradições hierárquicas <i>"Power Relations"</i> entre médicos e enfermeiros, limitando a priorização das equipas. - Enfermeiros referem dificuldade em convencer médicos a reavaliar doentes sem dados objetivos, baseando-se apenas na intuição - Os Enfermeiros apresentam dificuldades na comunicação objetiva do estado clínico do doente. - Sugerem formação contínua em contexto multidisciplinar, com foco na comunicação. - Destacam a técnica ISBAR como estratégia de comunicação efetiva. 		
Artigo 2: Dedicated, Proactive, Nurse Practitioner Rapid Response Team Eliminating Barriers			
Autor e Ano Revista País	Burrell et al., 2020	Journal for Nurse Practitioners	Estados Unidos da América
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Quantitativo e qualitativo. Colheita de dados em registos médicos eletrónicos de um hospital. Aplicação de Questionário com Questão Aberta.		
Participantes e Amostra	n = 516 Ativações de ERR. n = 72 questionários.		
Objetivo	Avaliar o contributo de uma ERR proativa nos padrões de ativação e na redução de barreiras de ativação.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerem a criação e implementação de uma equipa de resposta rápida proativa, liderada por enfermeiros especializados, - Recomendam visitas diárias das ERR aos serviços de internamento com follow-up, suporte, feedback e formação as equipas de internamento. 		
Artigo 3: Nurses' Ability To Timely Activate Rapid Response Systems For Deteriorating Patients: A Comparative Case Scenario Study Between Finnish And British Nurses			
Autor e Ano Revista País	Azimirad et al., 2020	Intensive & Critical Care Nursing	Finlândia e Reino Unido
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Quantitativo Questionário adaptado do <i>"Rapid Response Team Survey"</i> .		
Participantes e Amostra	N=180 Enfermeiros n=86 enfermeiros do Reino Unido e 94 enfermeiros da Finlândia.		
Objetivo	Avaliar a capacidade dos enfermeiros para ativar equipas de resposta rápida em tempo útil e em diferentes casos clínicos, bem como a sua perceção em relação ao sistema de ativação.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros relatam medo de reações negativas às ativações, por parte dos médicos responsáveis pelo doente. - Os enfermeiros revelaram falta de conhecimento sobre critérios de ativação e protocolos existentes. - Recomendam programas de formação contínua com recurso a casos clínicos e mudança da cultura institucional para promover uma utilização adequada das equipas. 		

Artigo 4: Perceived Barriers to Rapid Response Team Activation Among Nurses			
Autor e Ano Revista País	Tiley & Spencer, 2020	The American Journal of Nursing	Estados Unidos da América
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Revisão Sistemática da Literatura		
Participantes e Amostra	N=140 artigos identificados. n=40 artigos selecionados		
Objetivo	Investigar as principais barreiras à ativação de equipas de resposta rápida e como superar as mesmas.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Os Enfermeiros: <ul style="list-style-type: none"> - Adiam a ativação das ERR, após discussão prévia com colegas. - Evitam recorrer precocemente as ERR em situações de deterioração clínica, optando por ativar apenas em situações críticas. - Apontam expectativas irrealistas e atitudes exigentes por parte das equipas, manifestando receio de ver as suas competências questionadas. - Hesitam em ativar por medo de repreensões e críticas. - Identificam falta de conhecimento sobre os critérios de ativação. - A ausência de experiência profissional prejudica a ativação de equipas de resposta rápida. - Sugerem o desenvolvimento de programas de formação contínua por prática simulada, com o intuito de melhorar o pensamento crítico, as competências na avaliação clínica e a confiança na ativação. - Incentivam os enfermeiros a solicitarem suporte adicional em situações de alterações subtis do estado clínico, considerando as ativações desnecessárias num momento de aprendizagem. - Propõe a realização de "debriefings" após cada ativação e a implementação de visitas diárias aos serviços de internamento. 		
Artigo 5: A Clinical Competence Approach To Examine British And Finnish Nurses' Attitudes Towards The Rapid Response System Model: A Study In Two Acute Hospitals			
Autor e Ano Revista País	Azimirad et al., 2022	Australian Critical Care	
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Estudo quantitativo. Questionário adaptado da "Nurses Attitudes Towards The MET".		
Participantes e Amostra	N = 388 Enfermeiros do Reino Unido e da Finlândia selecionados. n = 179 Enfermeiros do Reino Unido e da Finlândia que responderam.		
Objetivo	Examinar as atitudes dos enfermeiros em relação a equipas de resposta rápida em dois hospitais com modelos de sistema diferentes.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - A influência medica foi identificada pelos Enfermeiros como uma barreira à ativação, nomeadamente pela necessidade sentida de contactar primeiro o médico responsável. - O medo das críticas não é considerado uma barreira à ativação. - Os enfermeiros finlandeses realizam mais ativações, mesmo com sinais vitais estáveis, devido a inclusão do critério "Preocupação do Enfermeiro" nos protocolos. 		
Artigo 6: Empowering Nursing Staff To Activate Rapid Response Teams: Using In Situ Simulation To Bolster Knowledge And Confidence			
Autor e Ano Revista País	Egozcue et al., 2023	Nursing&Health Science Research Journal	Estados Unidos da América
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Estudo quantitativo. Aplicação do questionário "Rapid Response Team Survey".		
Participantes e Amostra	n=52 Enfermeiros e técnicos de enfermagem.		
Objetivo	Examinar o impacto do treino de simulação no conhecimento e confiança das equipas de enfermagem para ativar equipas de resposta rápida após identificação da deterioração clínica do doente.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados demonstram que após a participação em sessões de simulação com casos clínicos houve: <ul style="list-style-type: none"> - Um aumento da confiança dos participantes nas ativações das ERR; - Uma melhoria na identificação precoce de sinais de deterioração clínica; - Diminuição da preocupação face a possíveis posturas negativas por parte dos membros das ERR. 		
Artigo 7: A Systematic Review Of The Facilitators And Barriers To Rapid Response Team Activation			
Autor e Ano Revista País	Hecht et al., 2024	Worldviews on Evidence-Based Nursing	Estados Unidos da América
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Revisão Sistemática da Literatura		
Participantes e Amostra	N= 1417 artigos identificados; n=25 artigos selecionados.		
Objetivo	Sintetizar a evidencia científica relativa às barreiras e facilitadores da ativação de equipas de resposta rápida lideradas por enfermeiros nos estados unidos.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros: <ul style="list-style-type: none"> - Afirmam que posturas intimidatórias e exigentes por parte das ERR desencorajam ativações futuras. - Referem medo de serem considerados incompetentes ou de serem repreendidos pela realização de ativações desnecessárias. - Referem dificuldades no reconhecimento de sinais de deterioração clínica e falta de conhecimento sobre os critérios de ativação. - Recomendam o uso de escalas de alerta precoce e formação simulada. - Sugerem a implementação de ERR proativas com visitas diárias aos serviços, políticas institucionais de incentivo à ativação, promoção do trabalho de equipa, e realização de "debriefing" após as ativações. 		

Artigo 8:			
Autor e Ano Revista País	Ruiz et al., 2024	Applied Nursing Research	Estados Unidos da América
Tipo de Estudo e Instrumento de Colheita de Dados	Qualitativo e Descritivo. Focus Group.		
Participantes e Amostra	n=24 enfermeiros		
Objetivo	Explorar as perceções dos enfermeiros relativamente à deteção de sinais de deterioração clínica, à tomada de decisão para ativar ERR e à sua experiência durante e após a intervenção dessas equipas.		
Principais Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros: <ul style="list-style-type: none"> - Descreveram que atitudes negativas e pouco colaborativas por parte dos membros de ERR, desencoraja ativações futuras. - Hesitam em acionar ERR pelo medo de parecer incompetentes ou serem criticados. - Não priorizam as equipas, optando frequentemente por recorrer à opinião de um colega mais experiente. Consideram esta consulta fundamental na avaliação de alterações subtis da condição clínica, uma vez que a validação da presença de sinais de deterioração clínica por parte de outro enfermeiro confere maior segurança para realizar uma ativação. - Enfatizam a importância do instinto na identificação de sinais de deterioração clínica subtis e na ativação de ERR. - A deteção de sinais de deterioração clínica é mais desafiante para enfermeiros com pouca experiência profissional. - A comunicação eficaz é fundamental na transmissão de informação clínica dos doentes. - Sugerem programas de formação interprofissional baseada em simulação de casos clínicos, para otimizar a resposta durante situações críticas; sublinham a importância de uma cultura comunicativa sólida; e a revisão de políticas institucionais com o intuito de otimizar o desempenho destas equipas. 		

Quadro 1 – Síntese dos Artigos Seleccionados

1.4. Discussão de Resultados

Com o objetivo de realizar uma reflexão crítica sobre os fatores que influenciam a ativação de ERR, por enfermeiros, foram analisados os resultados dos estudos seleccionados para a revisão integrativa da literatura, confrontando-os com resultados de outros estudos. A amostra bibliográfica focou-se, de forma geral, na investigação da implementação de ERR, nos desafios associados à sua ativação e nas estratégias para superar essas dificuldades.

A revisão integrativa incluiu oito artigos de diferentes metodologias. Entre os estudos de fonte primária (seis), três são de abordagem quantitativa, dois de metodologia qualitativa e outro de metodologia triangular. Os restantes artigos são de fonte secundária, consistindo em revisões da literatura.

Geograficamente, dois estudos foram realizados na Europa (Finlândia e Reino Unido), cinco nos Estados Unidos da América e outro em Singapura. Após a análise dos artigos, as evidências foram sintetizadas e organizadas em quatro categorias: cultura institucional; conhecimento, formação e experiência profissional; intuição e comunicação. Com o objetivo de facilitar a interpretação dos resultados e responder à questão de investigação.

1.4.1. Cultura Institucional

A presença de tradições hierárquicas e *“power relations”* entre médicos e enfermeiros, leva os enfermeiros a adiar a realização de ativações até consultarem o médico responsável pelo doente (Azimirad et al., 2022; Chua et al., 2019; Tilley & Spencer, 2020). Para reforçar esta evidência,

Bagshaw et al. (2010), Jones et al. (2009) e Moreira et al. (2018) afirmam que a hierarquia interprofissional interfere negativamente, sendo uma barreira significativa que provoca atrasos nas ativações das equipas, que frequentemente não são priorizadas.

O medo dos enfermeiros de serem criticados por ativações consideradas desnecessárias, assumindo dificuldades em lidar com críticas às suas competências profissionais e à sua capacidade em gerir o estado clínico dos doentes, surgiu como fator de influência negativa (Chua et al., 2019; Hecht et al., 2024; Ruiz et al., 2024). Bagshaw et al. (2010), Jenkins et al. (2015) e Moreira et al. (2018) corroboram nos seus estudos o medo da crítica como barreira à ativação das ERR. Por sua vez, Azimirad et al. (2022) afirmam que o medo de ser criticado não foi considerada uma barreira à ativação.

Tilley & Spencer (2020) acrescentam a ausência de uma cultura institucional de suporte, como um fator crucial no adiamento ou na não ativação das ERR, pela expectativa de que os enfermeiros devem ser capazes de gerir e resolver todas as intercorrências. Referem ainda, que a comunicação com as ERR é percecionada de forma negativa, devido à reação abrupta destas às ativações, pois tendem a depositar expectativas excessivas sobre os enfermeiros dos internamentos na gestão clínica dos doentes.

Tilley & Spencer (2020) destacam que os enfermeiros com menor experiência profissional revelam um maior receio de verem as suas competências questionadas. Por outro lado, os enfermeiros mais experientes realizam um número superior de ativações, demonstrando maior segurança na tomada de decisão. Este resultado corrobora com os resultados apresentados por Moreira et al. (2018), onde os enfermeiros com menos formação e experiência demonstraram maior relutância na ativação, por medo de demonstrar falta de conhecimento.

Tilley & Spencer (2020) e Ruiz et al. (2024) salientam ainda que os enfermeiros tendem a não priorizar a ativação destas equipas, optando frequentemente por recorrer à opinião de um colega mais experiente. Consideram esta prática fundamental na avaliação de alterações subtis da condição clínica, uma vez que a validação e/ou confirmação da presença de sinais de deterioração clínica por parte de outro enfermeiro mais experiente confere maior segurança para realizar a ativação. Em consonância com estes resultados, Jones et al. (2009) consideram a experiência profissional como fator determinante no uso eficaz das ERR, sendo que os enfermeiros mais experientes são mais confiantes e aptos no reconhecimento de sinais precoces de deterioração clínica.

Relativamente à postura dos membros destas equipas, Tilley & Spencer (2020); Hecht et al. (2024) e Ruiz et al., (2024) sublinham que atitudes negativas, intimidatórias e pouco colaborativas por parte dos membros destas equipas, desencorajam ativações futuras. Vilas Boas (2023) acrescenta que a desvalorização frequente das ativações inibe futuras intervenções.

1.4.2. Conhecimento, Formação e Experiência Profissional

A maioria dos estudos encontra falhas na ativação das ERR, resultantes da falta de conhecimento sobre o processo e os critérios de ativação (Azimirad et al., 2020; Hecht et al., 2024; Tilley & Spencer, 2020). Egozcue et al. (2023), Hecht et al. (2024) e Ruiz et al., (2024) salientam as dificuldades que os enfermeiros sentem em identificar sinais precoces de deterioração clínica, sendo que neste domínio, Ruiz et al. (2024) afirmam ser mais desafiante para enfermeiros em início de carreira.

Tendencialmente os enfermeiros não utilizam estas equipas como recurso para uma gestão precoce da deterioração clínica do doente, recorrendo apenas quando a condição clínica atinge um nível crítico (Tilley & Spencer, 2020). A evidência científica vai ao encontro destes resultados, um estudo realizado por Moreira et al. (2018) relata que os atrasos nas ativações são causados pela falha no reconhecimento de sinais precoces de agravamento clínico. No contexto da cadeia de sobrevivência, o enfermeiro desempenha um papel essencial, sendo responsável por antecipar e sinalizar situações de deterioração clínica. Num outro estudo de Vilas Boas (2023), os enfermeiros referem que a falta de formação comprometia a sua capacidade em reconhecer mais facilmente sinais de gravidade clínica e a inexperiência na avaliação de situações de emergência interfere na ativação atempada das ERR. Para uma resposta eficaz, é fundamental que os enfermeiros dominem os protocolos e os critérios estabelecidos. No estudo mencionado, os enfermeiros relatam desconhecimento sobre esses critérios.

1.4.3. Intuição

Os enfermeiros demonstram-se relutantes na ativação das ERR quando se baseiam apenas na sua perceção sobre o estado clínico do doente, especialmente na ausência de dados objetivos (Chua et al., 2019). Um outro estudo conduzido por Ruiz et al. (2024) revela que os enfermeiros enfatizam a importância do instinto na identificação de sinais de deterioração clínica subtis e na decisão de ativar as equipas. Já o estudo conduzido por Azimirad et al. (2022) revelou que os enfermeiros finlandeses realizam mais ativações do que os britânicos, mesmo quando os sinais vitais se mantêm estáveis, devido à inclusão do critério “Preocupação do Enfermeiro” no modelo de ativação finlandês.

1.4.4. Comunicação

Chua et al. (2019) e Ruiz et al. (2024) identificaram a incapacidade dos enfermeiros em comunicar de forma concisa, à cerca do estado clínico do doente às equipas, como um fator que impacta negativamente a ativação de ERR. O estudo sublinha a necessidade de aprimorar a utilização da técnica ISBAR para a transmissão de informações clínicas. Dias et al. (2022), através do seu estudo, referem que a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde é uma ferramenta essencial, e apontam como fragilidade a má comunicação entre as ERR e os enfermeiros que procedem à sua ativação.

1.4.5. Sugestões de Melhoria

Na sua maioria, os estudos sugerem que o desenvolvimento de programas de formação contínua através de prática simulada, formação sobre ERR, critérios de ativação, sinais de deterioração clínica e comunicação interpessoal, é fundamental para a aquisição de competências profissionais e emocionais (Chua et al., 2020; Azimirad et al., 2020; Tilley & Spencer 2020; Egozcue et al., 2023; Hecht et al., 2024 e Ruiz et al., 2024).

A eficácia da comunicação durante as ativações tem um papel central para a segurança do doente e para a eficácia da equipa. A ausência de uma definição clara de funções durante as ativações, revela-se particularmente desafiante para enfermeiros com menos experiência. De acordo com Ruiz et al. (2024) a presença de um team leader é fundamental, não apenas para coordenar a equipa, mas também para limitar o número de profissionais envolvidos ao estritamente necessário como referenciado pela *American Heart Association*, (2021). Neste sentido, a formação baseada em simulação, surge como estratégia essencial na preparação dos profissionais para casos reais onde a comunicação é da máxima importância. Chua et al. (2019) corroboram com esta ideia e acrescentam que o uso efetivo da técnica ISBAR deve ser utilizada para melhorar a comunicação entre equipas. Estas sugestões são ainda corroboradas por Moreira et al. (2018), que referem que políticas institucionais que valorizem e formem profissionais podem reduzir as barreiras à ativação. Jenkins et al. (2015) e Jones et al. (2009) salientam que a formação regular facilita a ativação, e neste contexto, Vilas Boas (2023) sugere programas focados em abordagem à PSC e reconhecimento de critérios de ativação.

Azimirad et al. (2020), Tilley & Spencer (2020), Egozcue et al. (2023) e Hecht et al. (2024) aconselham usar ativações consideradas desnecessárias como oportunidade de aprendizagem para reduzir a resistência em ativar as ERR.

Azimirad et al. (2020) e Tilley & Spencer (2020) recomendam a promoção de uma cultura de não punição para melhorar as relações interprofissionais, sendo que Tilley & Spencer (2020) reforçam a

ideia que, caso uma ativação não se venha a revelar necessária, se transforme num momento de aprendizagem. Hecht et al. (2024) e Ruiz et al. (2024) realçam a importância de uma cultura institucional que incentive ativações, que promova o trabalho em equipa e otimize o desempenho das mesmas. Moreira et al. (2018) defendem a construção de uma nova cultura onde os profissionais possam ativar as ERR sem medo de críticas, concentrando-se na segurança do doente.

Burrell et al. (2020), Tilley & Spencer (2020) e Hecht et al. (2024) evidenciam que ERR proativas, lideradas por enfermeiros especialistas que estejam disponíveis para realizar visitas diárias aos serviços de internamento, fornecendo suporte, feedback e formação, bem como a realização de “debriefings” após ativações, melhora as relações interpessoais, aumentam a confiança na ativação do sistema e reduzem o medo. Informação que é corroborada por Won & Kang (2022) que relataram as visitas regulares dos enfermeiros das ERR, como estratégia de melhoria dos resultados clínicos e a satisfação das equipas, especialmente entre enfermeiros menos experientes. Wu et al. (2022) demonstraram que a implementação de ERR lideradas por enfermeiros, aumentam a taxa de sucesso nas intervenções, reduzindo taxas de PCR e admissões não planeadas em unidades de cuidados intensivos.

1.4.6. Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas com a diversidade da amostra bibliográfica dos estudos. A exclusão de artigos devido ao idioma, assim como a não inclusão de literatura cinzenta, podem ter levado à perda de trabalhos relevantes sobre o tema.

1.5. Conclusão

A incapacidade de reconhecer e responder adequadamente à deterioração clínica continua a ser um fator significativo de eventos adversos hospitalares. A implementação de ERR, estabelecida para melhorar a segurança, reduzir o número de PCR e diminuir a taxa de mortalidade, enfrenta desafios, incluindo falhas na sua ativação e baixa adesão.

O medo de ser criticado, a falta de formação e a comunicação ineficaz afetam negativamente a ativação destas equipas. Promover a formação contínua, uma cultura de não punição e implementar equipas proativas é essencial para otimizar a resposta na abordagem ao doente crítico, reduzindo assim o risco de deterioração clínica.

2. A ATIVAÇÃO DE EQUIPAS DE RESPOSTA RÁPIDA POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

2.1. Introdução

Eventos adversos em doentes internados, como PCR ou admissões não planeadas em UCI, são frequentemente precedidas por sinais de deterioração clínica que, quando reconhecidos e geridos de forma célere e eficaz, podem ser prevenidos (Alnajei & Guerrero, 2024; Churpek et al., 2016; Menon et al., 2018).

A gestão eficaz de doentes que apresentem sinais de deterioração clínica constitui uma preocupação central no âmbito da segurança dos doentes (Róin et al., 2025 e Treacy and Stayt, 2019).

Apesar do esforço contínuo para o fortalecimento da cultura de segurança dos doentes, os hospitais continuam a enfrentar desafios significativos na implementação e sustentabilidade a longo prazo de intervenções estruturadas nesta área (Róin et al., 2025).

Com o objetivo de prevenir eventos adversos graves, as ERR têm sido globalmente implementadas, como uma estratégia relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Jackson et al., 2016; Menon et al., 2018; Olsen et al., 2019).

Estas equipas são constituídas por um grupo especializado de profissionais de saúde que responde de forma imediata a situações de deterioração clínica, assegurando uma avaliação e uma intervenção rápida (Menon et al., 2018). A implementação destes mecanismos organizacionais revela-se essencial e neste contexto, em 2010, foi determinado a nível nacional, a criação e implementação das EEMI (Ministério da Saúde, 2018).

As ERR, constituem apenas uma parte de um sistema de resposta rápida, o qual integra três componentes fundamentais: o reconhecimento e a ativação atempada de doentes em risco; a intervenção das equipas; e a monitorização contínua do sistema de resposta (Jackson et al., 2016; Difonzo, 2019; Thorén et al., 2023).

O reconhecimento da deterioração clínica depende frequentemente da observação, do discernimento clínico e da intervenção atempada dos enfermeiros, que assumem um papel fundamental no acionamento da escalada de cuidados, incluindo a ativação de ERR, sempre que os doentes apresentam sinais de agravamento clínico (Róin et al., 2025).

Pela proximidade ao doente, os enfermeiros assumem um papel particularmente relevante. A literatura evidencia, de forma geral, uma atitude positiva dos mesmos face a este sistema, reconhecendo-o como um recurso que possibilita uma intervenção célere em situações críticas

(Jackson et al., 2016). Apesar de serem amplamente reconhecidas como relevantes, persiste ainda a nível global a ocorrência de atrasos e falhas na identificação e na resposta à deterioração clínica de doentes internados associada a diversos fatores, como falhas de monitorização e registo de sinais vitais, formação insuficiente, barreiras de natureza organizacional e cultural ou imaturidade dos próprios sistemas (Alnajei & Guerrero, 2024; Jackson et al., 2016).

Neste âmbito, considerou-se pertinente identificar, explorar e descrever a perceção dos enfermeiros sobre a ativação das equipas de resposta rápida, assim como intervenções que possam contribuir para a sua melhoria. Desta forma, pretendemos dar resposta aos seguintes objetivos:

- Compreender a importância das equipas de resposta rápida, na perspetiva dos Enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento de Medicina Interna;
- Identificar e explorar os fatores que influenciam a ativação de equipas de resposta rápidas por enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento de Medicina Interna;
- Identificar estratégias que facilitem a ativação de equipas de resposta rápida por enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento de Medicina Interna.

2.2. Métodos

Para responder aos objetivos estabelecidos e tendo por base a questão de investigação do estudo, foi desenvolvido um estudo qualitativo, exploratório e descritivo com o objetivo de compreender quais os Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida na perspetiva dos Enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento.

A abordagem qualitativa foi escolhida, por se centrar no modo como as pessoas interpretam e atribuem significado às suas experiências. Este tipo de investigação caracteriza-se pela procura sistemática de informação, não dependendo da análise estatística ou de instrumentos fechados de colheita de dados (Vilelas, 2025). Atendendo à problemática em estudo, optou-se pela realização um estudo exploratório, com o propósito de compreender o fenómeno e interpretar as suas implicações na perspetiva dos participantes (Vilelas, 2025).

2.2.1. Contextualização

O presente estudo foi desenvolvido num serviço de internamento de medicina, que integra uma unidade de AVC, pertencente a uma instituição hospitalar da região Norte de Portugal. Nesta instituição encontra-se implementada, desde 2022, uma EEMI composta por médicos e enfermeiros do SUMC e do Serviço de Medicina Intensiva. Em média, a EEMI é ativada cerca de 38 vezes por mês.

A escolha deste contexto de investigação decorreu da facilidade de acesso aos participantes, possibilitada pelo facto de o investigador principal exercer atividade profissional na referida instituição.

2.2.2. Considerações Éticas e de Proteção de Dados

Para garantir o cumprimento das boas práticas no domínio ético, foi obtido parecer favorável, n.º 10/2025, da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde decorreu a investigação (Anexo VI).

A participação no estudo foi inteiramente voluntária e apenas concretizada após a obtenção, por escrito, do consentimento informado, livre e esclarecido, em concordância com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) (Anexo VII).

O consentimento foi duplicado, permanecendo uma cópia na posse do investigador e outra com o participante. O anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos foram assegurados através da codificação das entrevistas com a letra “E”, seguida de um número ordinal. Importa referir que a ordem sequencial atribuída, não correspondeu à ordem cronológica de realização das entrevistas, tendo sido utilizada unicamente para fins de organização e apresentação dos dados.

Toda a informação recolhida foi apenas utilizada única e estritamente para os objetivos definidos no estudo. Para garantir a confidencialidade dos dados, as entrevistas foram gravadas em suporte digital num dispositivo encriptado e protegido por palavra-passe, acessível apenas ao investigador, destinando-se exclusivamente à transcrição e à posterior análise do seu conteúdo.

Após a transcrição integral, os ficheiros de áudio foram eliminados.

2.2.3. Amostra

A amostragem utilizada foi de natureza não probabilística e selecionada por conveniência, através de convite direto realizado pelo investigador principal. Todos os enfermeiros convidados aceitaram participar no estudo, não se registando quaisquer desistências.

Apesar da adoção de uma amostra por conveniência, importa destacar dois conceitos centrais que orientaram a sua seleção: a procura de uma amostra heterogénea, de modo a assegurar a diversidade de participantes; e a saturação de dados, momento em que a recolha de informação deixa de acrescentar novos contributos relevantes ao estudo, determinando assim o número total de participantes no estudo (Vilelas, 2025). A saturação dos dados foi atingida à décima entrevista.

A participação no estudo obedeceu ainda aos seguintes critérios de inclusão: I) Enfermeiros com tempo mínimo de exercício profissional igual ou superior a 2 anos; e II) Enfermeiros com tempo mínimo de exercício profissional no Serviço de Medicina igual ou superior a 2 anos.

Neste estudo participaram dez enfermeiros, todos do sexo feminino. A idade média dos participantes é de 33,2 anos ($\pm 6,56$).

Quanto à formação académica, 80% dos participantes possuem licenciatura e 20% mestrado. Cinco enfermeiros detêm o título de especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica e um enfermeiro detém o título de especialista em Enfermagem de Reabilitação. 50% dos participantes são ainda pós-graduados em áreas como feridas e viabilidade tecidual, supervisão clínica, gestão e administração em serviços de saúde, doente crítico, geriatria e gerontologia e reabilitação. Apenas quatro possuem curso de SAV.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, os participantes apresentam uma média de 10,9 anos ($\pm 6,44$), dos quais 5,1 anos ($\pm 2,60$) correspondem ao trabalho no serviço onde se efetuou o estudo.

2.2.4. Instrumento da Colheita de Dados

Como técnica de recolha de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada. Esta opção permite aos participantes expressarem-se de acordo com a suas perspetivas, assegurando simultaneamente ao investigador a possibilidade de orientar a condução da entrevista em função dos objetivos definidos, sem comprometer a liberdade de resposta dos entrevistados (Vilelas, 2025).

O guião da entrevista foi estruturado em blocos temáticos, integrando um conjunto de questões orientadoras delineadas com o propósito de responder aos objetivos do estudo. Contemplando as seguintes perguntas: Na sua perspetiva, qual o papel das equipas de resposta rápida na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados? Na sua perspetiva, quais são os fatores que influenciam a ativação de equipas de resposta rápida? Na sua perspetiva, que intervenções podem ser colocadas em prática para facilitar e melhorar a ativação de equipas de resposta rápida?

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, tendo sido disponibilizadas aos participantes para validação ou eventual correção. A recolha de dados ocorreu em maio de 2025, com uma duração média de 15 minutos por entrevista, tendo sido realizadas num local apropriado, num ambiente de total privacidade e sem interrupções. Previamente à sua realização, foi realizado um pré-teste, com duas entrevistas, com o objetivo de verificar a adequabilidade e pertinência do

guião face aos objetivos definidos. As entrevistas foram transcritas pelo investigador principal, com recurso à aplicação Transkriptor©.

2.2.5. Análise de Dados

A transcrição integral das entrevistas constituiu o corpo principal da investigação. O tratamento da informação foi realizado de acordo com a técnica de análise de conteúdo, seguindo os pressupostos metodológicos de Bardin (2024).

Numa primeira fase, correspondente à pré-análise, realizaram-se múltiplas leituras do material transcrito, com o objetivo de organizar de forma a torná-lo operacional e facilitar a sistematização de ideias emergentes. Esta etapa revelou-se fundamental, para a construção de um esquema orientador que sustentasse o desenvolvimento das etapas subsequentes. Na segunda fase, dedicada à exploração do material, procedeu-se à codificação, classificação e agregação dos dados possibilitando a descrição das características mais relevantes do conteúdo. Por fim, na terceira fase, referente ao tratamento dos resultados e à sua interpretação, procurou-se valorizar as informações obtidas, relacionando-as com a fundamentação teórica, de modo a conferir sentido à análise (Bardin, 2024).

Com o objetivo de facilitar o processo de análise e tratamento dos dados, recorreu-se ao *software Atlas.ti*©.

O critério de categorização adotado foi semântico, tendo a organização dos dados seguido as qualidades propostas por Bardin (2024). Assim, assegurou-se a exclusão mútua, garantindo que cada unidade de registo fosse incluída apenas numa categoria; a homogeneidade, assegurada pela utilização de um princípio único de classificação; a pertinência, assegurada pela consonância entre as categorias e os objetivos do estudo; a objetividade e fidelidade, traduzidas na manutenção da mesma grelha categorial mesmo após diferentes análises; e, por último, a produtividade, verificada quando o sistema de categorização se revelou suficientemente produtivo para sustentar conclusões significativas.

2.3. Apresentação e Discussão de Resultados

Neste capítulo procede-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas aos enfermeiros participantes do contexto de internamento em medicina. Em conformidade com os objetivos definidos, da análise dos dados emergiram três áreas temáticas. A primeira, Contributos das Equipas de Resposta Rápida, subdividida em três categorias: a dimensão assistencial, profissional e operacional. A segunda área, Fatores de Influência na Ativação de

Equipas de Resposta Rápida, organizada em duas categorias: enfermeiro e cultura institucional. Por fim, a terceira área temática, Estratégias Facilitadoras de Ativações de Equipas de Resposta Rápida, na qual os dados foram agrupados em duas categorias: desenvolvimento profissional e comunicação.

Seguidamente, são apresentados, descritos e discutidos os resultados emergentes de cada área temática, assim como das respetivas categorias e subcategorias, de forma a evidenciar os principais achados e a sua articulação com os objetivos do estudo.

2.3.1. Contributos das Equipas de Resposta Rápida

Na área dos contributos das ERR, surgiram três categorias: a dimensão assistencial, profissional e operacional, como apresentado no quadro 2.

2.3.1.1. Dimensão Assistencial

No âmbito desta categoria, é consensual e reconhecido entre os participantes, a importância que estas equipas representam na promoção da segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados: *“Eu acho que é uma mais-valia”* (E1); *“Eu acho estas equipas muito relevantes (...) tanto na nossa prestação de cuidados como para a segurança do doente.”* (E5); *“Eu acho que é fundamental (...) uma equipa que tem formação, experiência e contacto diário com esta situação, é lógico que é uma mais-valia na prestação de cuidados de saúde ao doente.”* (E8).

Contributos das Equipas de Resposta Rápida			
Categoria	Subcategoria	Relato	Nº
Dimensão Assistencial	Segurança do Doente e Qualidade dos Cuidados	<i>“(...) é uma mais-valia na prestação de cuidados de saúde ao doente que está nesta situação. Por isso, é fundamental a existência dessa equipa.”</i> (E8)	10
Dimensão Profissional	Diferenciação e Especialização	<i>“São colegas com mais experiência, também já especialistas e que acabam por passar por situações de maior instabilidade com os doentes e, portanto, acabam com um bocadinho mais de prática e dão um apoio mais diferenciado ao doente.”</i> (E3) <i>“Acho que estão focados e treinados para situações de emergência”</i> (E9)	9
Dimensão Operacional	Rapidez	<i>“(...) já estão habituadas a lidar com situações de emergência, à partida irão ter uma resposta mais rápida.”</i> (E7)	7

Quadro 2 - Contributos das Equipas de Resposta Rápida

A literatura reforça este aspeto, sublinhando que a implementação de ERR desempenha um papel determinante no reforço da segurança do doente (Olsen et al., 2019; Róin et al., 2025). A otimização da gestão de complicações durante o internamento e a redução da incidência de eventos adversos constituem, objetivos centrais para as instituições de saúde a nível mundial (Holtsmark et al., 2024).

Olsen et al. (2019), acrescentam ainda que esta estratégia é amplamente apoiada por organizações internacionais dedicadas à melhoria da qualidade, como o *Institute of Healthcare Improvement*.

2.3.1.2. Dimensão Profissional

Esta dimensão foi amplamente mencionada pelos participantes, que destacam como aspeto fundamental a diferenciação, a especialização e as competências dos membros da equipa: *“São pessoas com conhecimento diferenciado (...)”*(E1); *“(..) garantirmos que ele tenha acesso a cuidados diferenciados.”* (E6); *“São importantes. Acho que estão focados e treinados para situações de emergência, mais do que propriamente as equipas de internamento.”*(E9).

Estas equipas são constituídas habitualmente por enfermeiros e médicos com competências avançadas na abordagem do doente crítico, que respondem tanto a situações de PCR como de deterioração clínica (Treacy & Stayt, 2019; Won & Kang, 2022). Em Portugal, o Ministério da Saúde (2018) recomenda que esta equipa seja constituída por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em suporte avançado de vida. A Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar da unidade em causa apresenta uma taxa de especialização em enfermagem médico-cirúrgica superior a 90% o que pode explicar a perceção positiva apresentada pelos participantes.

2.3.1.3. Dimensão Operacional

A rapidez na atuação, constituiu outro aspeto valorizado pela maioria dos entrevistados. Como referiram alguns participantes: *“(..) têm uma tomada de decisão muito mais rápida do que a maior parte de nós”*(E1); *“(..) essas pessoas já estão habituadas a lidar com situações de emergência, à partida irão ter uma resposta mais rápida.”*(E7); *“(..) agem de forma muito rápida”*(E10). Este reconhecimento encontra suporte na literatura, sendo referido por Mitchell et al. (2019) que, uma vez ativadas, as ERR têm como finalidade intervir junto de doentes que apresentem sinais de deterioração clínica, prevenindo a progressão para quadros de maior descompensação e garantindo a instituição de tratamento adequado e atempado, bem como a rápida e apropriada escalada de cuidados. De acordo com o Despacho nº9639/2018 do Ministério da Saúde (2018), estas equipas devem garantir resposta imediata não apenas em situações de PCR, mas também em situações de deterioração fisiológica aguda. Neste contexto, a célere ativação das ERR revela-se crucial, uma vez que a evidência científica disponível demonstra que os atrasos na resposta destas equipas estão associados a taxas de sobrevivência significativamente mais reduzidas (Ministério da Saúde, 2018).

2.3.2 Fatores de Influência na Ativação das Equipas de Resposta Rápida

Da análise realizada emergiram dados, apresentados no quadro 3, que permitiram identificar um conjunto de fatores que interferem e influenciam a dinâmica de ativação de ERR, e que se relacionam com: os Enfermeiros e a Cultura Institucional.

Fatores de Influência na Ativação de Equipas de Resposta Rápida			
Categoria	Subcategoria	Relato	Nº
Enfermeiro	Medo da Crítica e Insegurança	"Eu acho que às vezes as pessoas têm um bocado de medo de ligar porque não têm a certeza se aquilo é ou não uma situação de emergência." (E7)	8
	Experiência Profissional	"(...) para quem tem pouca experiência, pode atrasar a ativação, que às vezes até é válida." (E6)	7
	Consulta de Pares	"os elementos mais jovens (...) se houver dúvidas, eu acredito que antes de ativar a equipa, possam ir perguntar a um elemento mais velho." (E8)	2
Cultura Institucional	Comunicação e Relação Entre as Equipas	"E depois, porque eu acho que a equipa também tem isso de muito bom, que é, eu nunca ouvi uma má resposta por parte da equipa" (E6) "Porque estamos aqui para trabalhar em equipa, não é tipo, tu és uma equipa, eu sou da outra." (E4)	8
	Não Priorização das Equipas de Resposta Rápida	"Nós às vezes não contactamos diretamente estas equipas por causa dessa mesma questão, de termos uma permanência ou uma urgência que podemos contactar." (E5)	7
	Crítérios de Ativação	"Acho que os critérios não estão tão bem definidos para escolhermos um ou escolhermos outros. Às vezes existe alguma confusão." (E5)	5

Quadro 3 - Fatores de Influência de Ativação de Equipas de Resposta Rápida

2.3.2.1. Enfermeiros

Relativamente à categoria Enfermeiro, os dados recolhidos evidenciam que o medo da crítica e a insegurança foram os aspetos mais destacados pelos entrevistados, enquanto fatores que influenciam a ativação destas equipas. "[Medo de ser criticado por ativações desnecessárias?] - Sinceramente, eu acho que sim (...)"(E3); "[Também passa por medo da crítica?] – Passa, passa. (...) porque tens a noção que vais chamar uma equipa que é especialista naquilo"(E6); "[Medo no sentido de ser criticado por uma ativação considerada desnecessária?] - Sim. (...) pode ser pela falta de experiência, mas eu acho que é mais a insegurança"(E7). Este receio é igualmente identificado na literatura como um fator de influência negativa, conforme salientado nos estudos de Chua et al., (2019), Hecht et al., (2024) Jenkins et al. (2015) Moreira et al. (2018) e Ruiz et al., (2024).

Ainda nesta categoria, surge também como fator a experiência profissional, apontada pelos participantes como determinante na ativação em tempo oportuno: "A experiência do profissional, (...) também tem influência"(E1); "Para quem tem pouca experiência, pode atrasar a ativação, que às vezes até é válida."(E6); "Tem tudo que ver com o profissional de saúde, neste caso, o enfermeiro, que está a trabalhar com o doente. Tem que ver com o conhecimento dele, com a experiência (...)"(E8). Estes testemunhos vão de encontro aos resultados de Moreira et al. (2018) e Tilley e Spencer (2020), que sublinham que enfermeiros com menor formação e experiência revelam maior

relutância na realização de ativações. Por sua vez, os profissionais mais experientes tendem a efetuar um maior número de ativações, evidenciando maior segurança na tomada de decisão. Ainda nesta subcategoria, alguns participantes afirmaram que a experiência profissional influencia também a capacidade de reconhecimento de sinais de deterioração clínica, aspecto crucial para uma adequada escalada de cuidados: *“(...) tem que ver com a perícia que ele tem em identificar sinais de alarme que possam advir e convergir numa situação de peri-paragem ou de agravamento da situação clínica.”*(E8); *“(...) mas isso também vai um bocadinho no contexto da experiência de cada um. Eu posso olhar para um doente e achar que estou a ver ali alguma coisa que para mim é grave, e outro colega se calhar menos experiente vê o contrário.”*(E3). Estas perceções encontram suporte nos estudos de Egozcue et al. (2023), Hecht et al. (2024) e Ruiz et al., (2024), que evidenciam as dificuldades dos enfermeiros no reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica, sendo que neste domínio, Ruiz et al. (2024) afirmam ser particularmente desafiante para profissionais em início de carreira.

Moreira et al. (2018) acrescenta que os atrasos nas ativações destas equipas estão frequentemente associados à falha no reconhecimento desses mesmos sinais, enquanto Jones et al. (2009) sublinha a experiência profissional como fator determinante para a utilização eficaz de ERR, na medida em que enfermeiros mais experientes demonstram maior confiança e aptidão no reconhecimento precoce da deterioração clínica.

Outro elemento identificado, ainda que com menor destaque, refere-se à consulta de pares. Alguns participantes reconhecem que a partilha de opiniões com colegas mais experientes constitui uma prática habitual, sobretudo entre profissionais mais jovens: *“Primeiro, à medida que os elementos mais novos são inseridos em equipas mais experientes, têm com quem partilhar opiniões antes de fazer a ativação.”*(E6); *“os elementos mais jovens (...) se houver dúvidas, eu acredito que antes de ativar a equipa, possam ir perguntar a um elemento mais velho.”*(E8). Estes dados encontram correspondência nos estudos de Ruiz et al. (2024) e Tilley e Spencer (2020) que referem ser comum a procura de uma segunda opinião junto de colegas mais experientes, em especial quando estão em causa alterações subtis do estado clínico do doente. Essa validação por parte dos pares constitui, segundo os autores, um recurso que aumenta a confiança e a segurança no momento de realizar uma ativação.

2.3.2.2. Cultura Institucional

Verifica-se igualmente que um dos principais fatores de influência é a cultura institucional. Embora os critérios de ativação não sejam desconhecidos pelos profissionais, a perceção geral é de que

estes não se encontram plenamente definidos. Para além disso, persiste uma cultura de não priorização destas equipas, prevalecendo enraizada a prática de recorrer em primeira instância à equipa de permanência, o que retarda a plena integração destas equipas. A “formatação” dos profissionais leva, assim, à priorização do médico assistente em detrimento da ERR. *“Temos tendência ainda a chamar a permanência.”*(E1); *“Não ativamos como primeira linha (...) acabamos por protelar a ativação da EEMI e tentar a permanência. Ativamos só numa fase mais avançada”* (E2); *“Acho que priorizo sempre a equipa médica assistente (...) não priorizo a ERR em todos os critérios.”*(E3); *“Só depois quando o doente está com uma alteração de estado clínico mais grave é que se ativam estas equipas.”* (E5). Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Azimirad et al. (2022), Chua et al. (2019) e Tilley & Spencer (2020).

Este fator de influência advém, em grande medida, da não interiorização dos critérios de ativação e de hábitos enraizados. Alguns participantes reconhecem que, apesar de os critérios estarem esclarecidos, nem sempre estes são aplicados de forma consistente: *“Os critérios de ativação estão bem esclarecidos (...). Mas, muitas das vezes, nós vemos que não é chamado a equipa de emergência. Percebes? Porque, se calhar, só aquele critério não justifica estar a chamar a equipa de emergência”* (E4); *“Acho que os critérios não estão tão bem definidos para escolhermos um ou escolhermos outros. Às vezes existe alguma confusão.”*(E5); *“(...) apesar de termos ali os critérios definidos, nem sempre é tudo by the book, ou seja, nem sempre a pessoa tem aqueles critérios certinhos”*(E7).

Embora os critérios sejam do conhecimento dos participantes, verifica-se resistência na sua aplicação integral, prevalecendo a tendência de só ativar a ERR em casos graves, como PCR ou instabilidade clínica evidente: *“Algumas pessoas até assumem a equipa de emergência como, por exemplo, só uma equipa de ressuscitação.”* (E2); *“Acabamos por chamar a equipa só em casos mais graves (...) Ainda estamos muito formatados para (...) quando o doente está em PCR ou instabilidade hemodinâmica.”* (E3); *“(...) quanto mais se insistir nesta questão da formação mais se vai introduzir esta ideia de que a EEMI não serve só para paragens. Não pode servir só para paragens.”*(E6). Estes achados convergem com o estudo realizado por Tilley e Spencer (2020), onde foi identificado que a ativação das ERR decorria sobretudo em situações críticas, não sendo valorizadas como recurso essencial para a gestão precoce da deterioração clínica do doente.

No âmbito da Comunicação e Relação Entre as Equipas, verifica-se que, embora alguns participantes considerem o contacto com estas equipas como positivo: *“Sempre que estive presente em situações de emergência em que a equipa veio, a comunicação foi sempre eficaz.”* (E1); *“Tem sido boa a comunicação, eles têm sido impecáveis.”*(E3); *“(...) de todas as vezes que eu tive que ativar a EEMI,*

a comunicação foi muito clara.”(E8), outros referem que a postura negativa por parte de alguns elementos destas equipas influencia desfavoravelmente futuras ativações. “Há equipas que é muito, eu é que sei, tu não és nada.”(E2); “Sim, porque estamos aqui para trabalhar em equipa, não é tipo, tu és uma equipa, eu sou da outra.”(E4); “Eu já tive experiências em que o médico e o enfermeiro vêm cá e fazem-te sentir uma parte colaborante no processo e já tive colegas que vêm cá e dizem porque tu não sabias preparar aquele fármaco, ou porque é que tu ainda não tens isto adiantado (...) Já acham que és um incompetente.” (E7). A colaboração interprofissional caracteriza-se pelo trabalho conjunto entre diferentes profissionais de saúde, com o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados, valorizando as competências e o contributo de cada um. No entanto, este processo pode ser dificultado por desequilíbrios de autoridade, falta de clareza nos papéis profissionais, bem como por fricções nas fronteiras profissionais durante a prestação de cuidados (Reeves et al., 2017). Estes dados vão de encontro aos estudos realizados por Hecht et al. (2024), Ruiz et al., (2024) e Tilley & Spencer (2020), que sublinham que atitudes negativas, intimidatórias ou pouco colaborativas por parte dos membros destas equipas, desencorajam ativações subsequentes. Hecht et al. (2024) e Ruiz et al. (2024) realçam a importância de uma cultura institucional que promova ativações, trabalho em equipa e que fomente um ambiente de respeito mútuo, contribuindo assim para a otimização do desempenho e da eficácia das mesmas.

2.3.3 Estratégias Facilitadoras para Ativação de Equipas de Resposta Rápida

No que respeita às estratégias facilitadoras no contexto das ativações, e como evidenciado no quadro 4, emergiram duas categorias: o desenvolvimento profissional e a comunicação.

Estratégias Facilitadoras para Ativação de Equipas de Resposta Rápida			
Categoria	Subcategoria	Relato	Nº
Desenvolvimento Profissional	Formação Contínua	“Depois desta última formação que tivemos da EEMI, o pessoal ficou mais sensibilizado.” (E1) “formação com casos clínicos para melhorar procedimentos” (E10)	9
Comunicação	Debriefing	“Quando há uma ativação, independentemente de como correu, conforme for a critério da ativação, se há saída da equipa, poder haver uma conversa sobre aquilo que aconteceu.” (E6) “o debriefing permite-te aprender com aquela experiência que acabaste de ter, estando a refletir sobre a tua ação” (E8)	7
	Proximidade e Cooperação entre Equipas	“Não haver tanta distância.” (E9)	3

Quadro 4 - Estratégias Facilitadoras de Ativação de Equipas de Resposta Rápida

2.3.3.1. Desenvolvimento Profissional

Nesta categoria, os entrevistados destacaram amplamente a importância da formação contínua como fator facilitador na ativação de ERR. A realização de ações formativas sobre o papel destas equipas foi apontada como essencial para consolidar a integração das mesmas no seu quotidiano

clínico: *“Depois desta última formação que tivemos da EEMI, o pessoal ficou mais sensibilizado.”* (E1); *“(...) pelo que ouvi falar também desta formação, já estamos a ser mais sensibilizados”* (E3); *“(...) ainda há pouco tempo não tínhamos uma formação nesse sentido.”* (E4); *“(...)mais formações nesse âmbito logo quando fazemos a integração no hospital”* (E5). Para além disso, foi igualmente sublinhada a necessidade de formação prática, nomeadamente através de simulações clínicas e formação direcionada ao doente crítico, *“(...) simulação com casos clínicos, para quem se sente desconfortável na área do doente crítico, acho que é uma mais-valia ter formação”* (E2); *“A parte mais prática de casos clínicos e de como agirmos em equipa. (...) é importante, porque às vezes gera confusão”* (E4); *“Eu acho que tem que se insistir na formação.”* (E6); *“Formação de reconhecimento de sinais de deterioração (...) formação com casos clínicos por exemplo.”* (E7). A literatura sustenta esta perceção, evidenciando que o desenvolvimento de programas de formação contínua baseados em prática simulada, formação sobre ERR, critérios de ativação e reconhecimento de sinais precoces de deterioração clínica é fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais (Azimirad et al., 2020; Chua et al., 2020; Egozcue et al., 2023; Hecht et al., 2024 e Ruiz et al., 2024; Tilley & Spencer 2020).

2.3.3.2. Comunicação

Os participantes referiram, de forma quase consensual, a necessidade de implementar debriefings com feedback construtivo após cada ativação, reconhecendo estas práticas como ferramentas essenciais de melhoria contínua, com o propósito de reforçar a aprendizagem e incentivar futuras ativações. *“(...) tentar perceber se atuámos de forma correta e assim. E como já chegou a acontecer também, foi alguém da equipa chegar e corrigir-nos num ponto ou outro.”* (E3); *“Quando há uma ativação, independentemente de como correu, (...) poder haver uma conversa sobre aquilo que aconteceu.”* (E6); *“Debriefing permite-te aprender com aquela experiência que acabaste de ter, estando a refletir sobre a tua ação”*(E8); *“O feedback que eu já tive das situações em que chamei a equipa (...) a dizer que sim, que agimos corretamente... e sentimos maior segurança.”*(E9).

O debriefing realizado após um evento crítico permite que os participantes processem as emoções desencadeadas pela situação, bem como possibilitar a identificação de possíveis áreas de melhoria com o intuito de otimizar a resposta em situações semelhantes no futuro. Os profissionais de saúde reconhecem os benefícios e a utilidade destas sessões, cuja relevância é reforçada em orientações práticas como as da *American Heart Association* (Imperio et al., 2024). Neste sentido, os resultados obtidos vão de encontro com os estudos de Burrell et al. (2020), Hecht et al. (2024) e Tilley e Spencer (2020), que evidenciam que ERR proativas que realizem visitas regulares aos serviços de internamento, e que garantam feedbacks e debriefings, facilitam o processo de ativação, melhoram

a colaboração interprofissional e aumentam a confiança. De igual modo, Azimirad et al. (2020) e Tilley e Spencer (2020) recomendam a promoção de uma cultura de não punição, como forma de reforçar as relações interprofissionais, sendo salientado por Tilley e Spencer (2020) que, em caso de uma ativação não se revelar clinicamente necessária, esta deve ser entendida como uma oportunidade de aprendizagem e não como motivo de crítica.

Ainda neste domínio, foi referido pelos participantes a necessidade de maior proximidade e colaboração entre equipas. *“Colocar toda a gente em pé de igualdade.”* (E2); *“A comunicação era muito importante. Estamos aqui para trabalhar em equipa, não é tipo, tu és uma equipa, eu sou de outra.”*(E4); *“Não haver tanta distância.”*(E9). Neste contexto, Hecht et al. (2024), Ruiz et al., (2024) e Tilley & Spencer (2020) referem que atitudes negativas, intimidatórias e pouco colaborativas por parte dos membros destas equipas, constituem barreiras à ativação, desencorajando os profissionais a recorrerem a este recurso em situações futuras.

2.4. Limitações

O tipo de estudo realizado e o tamanho da amostra não permitem generalizar os resultados. No entanto, os resultados obtidos permitem uma compreensão aprofundada das perceções dos enfermeiros participantes e oferecem contributos relevantes para a compreensão das dinâmicas clínicas e pedagógicas associadas às ativações. A identificação de estratégias facilitadoras, como o desenvolvimento profissional e a comunicação, pode orientar intervenções futuras, promovendo práticas mais éticas, colaborativas e centradas na pessoa.

2.5. Conclusão

A implementação de ERR, constitui uma estratégia fundamental na melhoria da segurança do doente e da qualidade dos cuidados prestados, diferenciando-se pela resposta rápida e eficaz em situações de deterioração clínica. A sua diferenciação aliada à especialização dos profissionais que as integram, permite um apoio essencial aos enfermeiros do serviço de internamento.

A ativação das ERR é influenciada por diversos fatores, nomeadamente o medo da crítica, a insegurança e a experiência profissional. A existência de hábitos enraizados, a indefinição dos critérios ou a cultura institucional podem condicionar a ativação atempada das ERR. Estes fatores, demonstram a importância de fortalecer a confiança profissional e a articulação entre as equipas.

A formação contínua, o desenvolvimento de competências por simulação e a implementação do *debriefing* enquanto ferramenta de melhoria contínua foram destacadas como estratégias

facilitadoras para a ativação de ERR. Não só promovem a aprendizagem, mas também a cooperação entre equipas.

Considerando os resultados obtidos, torna-se pertinente aprofundar o estudo com amostras mais amplas e diversificadas, bem como explorar a influência de variáveis contextuais, como cultura organizacional e estilos de liderança, na eficácia das ativações e na qualidade dos cuidados prestados bem como na tomada de decisão ética.

3. CONTRIBUTO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS AO GRAU DE MESTRE

De acordo com o Decreto de lei n.º 65/2018 publicado em Diário da República (2018), que descreve o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, o grau de mestre é conferido aos estudantes que demonstrem possuir conhecimentos aprofundados e a capacidade de os desenvolver e aplicar na resolução de problemas complexos, em contextos profissionais e multidisciplinares e relacionados com a sua área de estudo. Este grau pressupõe ainda a competência para lidar com questões complexas e formular juízos fundamentados, integrando de forma crítica as dimensões éticas e deontológicas inerentes à prática profissional. O mestre deve, adicionalmente, evidenciar a capacidade de comunicar as suas conclusões de forma clara e eficaz, de modo que seja compreendido, independentemente do grau de literacia do público-alvo. Deve ainda demonstrar autonomia, responsabilidade e compromisso com a aprendizagem ao longo da vida (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

A licenciatura em enfermagem, e a pós-graduação em abordagem ao doente crítico e a prática profissional têm contribuído para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me aprofundar conceitos e explorar novos domínios.

Na área da PSC, cada situação clínica exige uma constante adaptação e uma necessidade de tomar decisões rápidas e fundamentadas. Foi neste confronto com a complexidade que reconheci a importância de integrar diferentes conhecimentos e refletir sobre as implicações éticas e deontológicas das decisões tomadas. A clareza, a objetividade e a adequação da linguagem tornaram-se, assim, aspetos centrais durante todo o percurso, particularmente em situações relacionadas com a PSC.

A enfermagem enquanto profissão e disciplina, procura constantemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados, encontrando na investigação uma ferramenta indispensável para a sua evolução. Ao longo deste mestrado, tornou-se evidente que a atualização científica permanente não é opcional, mas uma responsabilidade ética e profissional.

O processo de investigação desenvolvido foi fundamental para o fortalecimento do meu pensamento crítico e reflexivo, bem como para a tomada de decisões fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Este percurso permitiu-me desenvolver a minha capacidade para identificar problemas emergentes na prática clínica, formular questões de investigação pertinentes, selecionar e analisar evidência relevante, e sistematizar e discutir os resultados obtidos. Paralelamente,

possibilitou a aplicação de metodologias que contribuíram para a construção de conhecimento científico relevante para a profissão.

A competência de investigação foi igualmente reforçada através da realização de uma revisão integrativa da literatura e de um estudo qualitativo, sobre ERR e os fatores que influenciam a sua ativação. Apesar de constituírem uma estratégia fundamental para a melhoria da segurança do doente e da qualidade dos cuidados prestados, persistem diversos fatores que condicionam a sua ativação. Assim, a realização deste estudo em contexto real da prática clínica revelou-se particularmente relevante, permitindo compreender de forma mais aprofundada esta problemática, identificar os fatores que influenciam as ativações e delinear possíveis estratégias que facilitarão a otimização deste processo. Acima de tudo, permitiu-me desenvolver a capacidade de efetuar de forma autónoma investigação capaz de gerar conhecimento relevante para a minha prática clínica.

Procurei igualmente divulgar e comunicar os resultados obtidos dos processos investigativos desenvolvidos durante o mestrado, tanto para a comunidade académica como para profissionais de saúde. Esta divulgação concretizou-se através da participação em congressos com apresentação de E-posters, da submissão de dois artigos em revistas científicas e de ações de formação em serviço sobre temáticas relevantes para a prática clínica, contribuindo, assim para a promoção da melhoria contínua da profissão e para o avanço do conhecimento em enfermagem.

Em síntese, considero que este trabalho de investigação constituiu um contributo significativo para o meu crescimento pessoal e profissional, permitindo-me desenvolver competências essenciais associadas ao grau de mestre e reforçando o meu compromisso enquanto futura EE, na promoção da qualidade e da excelência dos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

No término desta etapa, torna-se relevante a realização de uma análise reflexiva sobre as aprendizagens adquiridas e o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais alcançadas ao longo deste percurso formativo.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC configura-se como uma área de elevada exigência e complexidade, desafiando os profissionais a investirem continuamente em formação especializada. Este investimento torna-se indispensável para garantir cuidados de excelência, nos quais o EEEMCPSC assume um papel fundamental. O cuidado à PSC requer intervenções especializadas e altamente qualificadas, orientadas para garantir a manutenção de funções vitais, a prevenção de complicações, a limitação de incapacidades e a promoção da sua recuperação.

A componente formativa é essencial para o desenvolvimento de uma prática clínica orientada para a melhoria contínua. Neste sentido, além da componente teórica do curso, também o estágio de natureza profissional constituiu uma oportunidade de aprendizagem essencial para o meu desenvolvimento e aquisição de competências, comuns e específicas, na área da enfermagem face à PSC. Paralelamente, permitiu-me também desenvolver competências emocionais fundamentais para lidar com a pessoa e respetiva família em contextos de emergência e vulnerabilidade, possibilitando-me intervir enquanto agente facilitador dos processos de transição vivenciados.

A diversidade dos contextos de estágios, foi igualmente enriquecedora, possibilitando o contacto com diferentes realidades clínicas, dinâmicas organizacionais e tipologias de doentes. Estas experiências, desenvolvidas fora da minha realidade de exercício profissional, foram fundamentais, pois contribuíram significativamente para o meu desenvolvimento enquanto futura EE. Destaco, ainda o papel que os enfermeiros orientadores desempenharam durante todo o meu percurso de estágio, cujo acompanhamento e incentivo à discussão e reflexão crítica constituíram um contributo essencial para o meu desenvolvimento.

A realização da revisão integrativa da literatura e do estudo de investigação qualitativo sobre fatores que influenciam a ativação de ERR por enfermeiros, permitiu-me aprofundar competências na área da investigação e no desenvolvimento de estudos em contexto da prática de cuidados. Este processo possibilita a produção e aplicação de conhecimento científico atualizado, fundamental para uma prática clínica fundamentada na evidência, contribuindo para a segurança dos cuidados e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Reconheço, assim, que o EE deve assumir um papel ativo na produção de conhecimento, integrando projetos de investigação e inovação que contribuam para o avanço da profissão.

O principal desafio encontrado ao longo deste percurso foi, sem dúvida, o fator tempo, resultante da necessidade de conciliar a vida pessoal com as atividades académicas e profissionais. Esta exigência implicou uma organização rigorosa e adaptação constante, tendo em conta a incompatibilidade de horários. Contudo, encerro esta etapa com um profundo sentimento de realização, por ter conseguido superar as dificuldades que foram surgindo e por ter desenvolvido competências que contribuirão para o meu exercício profissional enquanto futura EE e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC.

Em síntese, apesar dos desafios enfrentados, considero que o balanço deste percurso é positivo. A conclusão deste mestrado representa não apenas o culminar de uma etapa académica, mas também um marco significativo de crescimento pessoal e profissional. Sempre que nos dispomos a sair da nossa zona de conforto vamos evoluindo, e o investimento contínuo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, tem como propósito aprimorar a minha prestação de cuidados, reconhecendo a responsabilidade e compromisso com a excelência. Reconheço, contudo, que este caminho não é estático. As competências são dinâmicas, exigindo uma atualização constante do conhecimento técnico e científico, que sustenta a evolução da prática profissional e melhoria dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos* (RT 13/2019). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência* (RT 11/2015). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência* (RT 14/2019). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Alnajei, S. a. T., & Guerrero, J. G. (2024). A cross-sectional study on the nurses' attitude towards rapid response system activation for clinically deteriorated patients. *Nursing Communications*, 8(0), e2024006. <https://doi.org/10.53388/in2024006>
- Al-Yahyai, A. N. S., Arulappan, J., Matua, G. A., Al-Ghafri, S. M., Al-Sarakhi, S. H., Al-Rahbi, K. K. S., & Jayapal, S. K. (2021). Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential strategy. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211015234>
- American Heart Association. (2021). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*.
- Andersen, L. W., Holmberg, M. J., Berg, K. M., Donnino, M. W., & Granfeldt, A. (2019). In-Hospital cardiac arrest. *JAMA*, 321(12), 1200–1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>
- André, M. (2022). *Liderança clínica em enfermagem, dos enfermeiros em formação avançada* [Master Thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/44508>
- Assembleia da República. (2006). Lei n.º 27/2006 - Lei de Bases da Proteção Civil. In *Diário da República: Vol. Série I* (n.º 126/2006). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
- Assembleia da República. (2012). Lei n.º 25/2012 - Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). In *Diário da República: Vol. n.º 136, Série I* (pp. 3728–3730). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/07/13600/0372803730.pdf>

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019 - Lei de Bases da Saúde. In *Diário da República*: Vol. n.º 169, Série I (pp. 55–66).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. <https://prociv.gov.pt/pt/prevencao-e-preparacao/planeamento-de-emergencia/plano-nacional-de-emergencia/>

Azeredo, T. R. M., & Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Revista Sinais Vitais - Coimbra - ISSN 0872-8844*, n.º 108, 44–54.
https://www.researchgate.net/publication/279770744_Monitorizacao_hemodinamica_invasiva

Azimirad, M., Magnusson, C., Wiseman, A., Selander, T., Parviainen, I., & Turunen, H. (2020). Nurses' ability to timely activate rapid response systems for deteriorating patients: A comparative case scenario study between Finnish and British nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 60, 102871.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102871>

Azimirad, M., Magnusson, C., Wiseman, A., Selander, T., Parviainen, I., & Turunen, H. (2022). A clinical competence approach to examine British and Finnish nurses' attitudes towards the rapid response system model: A study in two acute hospitals. *Australian Critical Care*, 35(1), 72–80.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.02.011>

Bagshaw, S. M., Mondor, E. E., Scouten, C., Montgomery, C., Slater-MacLean, L., Jones, D. A., Bellomo, R., & Gibney, R. T. N. (2010). A survey of nurses' beliefs about the medical emergency team system in a Canadian tertiary hospital. *American Journal of Critical Care*, 19(1), 74–83.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2009532>

Baptista, G., Magalhães, B., Rodrigues, V., & Galvão, A. (2024). Estratégias de Comunicação do Enfermeiro com o Doente Crítico em Unidades de Cuidados Intensivos: Scoping Review. *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, 2(15).
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/35355/26223>

Bardin, L. (2024). *Análise de Conteúdo* (4ª edição). Edições 70, LDA.

Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Pova, P., Bouadma, L., Timsit, J., & Zahar, J. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103227.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>

Burrell, E., Kapu, A., Huggins, E., Cole, K., Fitzsimmons, J., Collins, N., & Weavind, L. (2020). Dedicated, proactive, nurse practitioner rapid response team eliminating barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(1), e17–e20. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.07.013>

Cabete, D., Da Fonte, C., De Matos, M., Patrica, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 20), 129–138. <https://doi.org/10.12707/riv18062>

Cabral, A., Silva, D., & Silva, M. (2024). Comunicação com o Doente Crítico no Serviço de Medicina Intensiva. *Millenium -Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14). <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/32763/24218>

Calsavara, V. J., Scorsolini-Comin, F., & Corsi, C. a. C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Phenomenological Studies - Revista Da Abordagem Gestáltica*, 25(1), 92–102. <https://doi.org/10.18065/rag.2019v25.9>

Chua, W. L., Legido-Quigley, H., Jones, D., Hassan, N. B., Tee, A., & Liaw, S. Y. (2019). A call for better doctor–nurse collaboration: A qualitative study of the experiences of junior doctors and nurses in escalating care for deteriorating ward patients. *Australian Critical Care*, 33(1), 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.01.006>

Churpek, M. M., Adhikari, R., & Edelson, D. P. (2016). The value of vital sign trends for detecting clinical deterioration on the wards. *Resuscitation*, 102, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.02.005>

Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista De Enfermagem Referência, VI Série*(nº1: e21028). <https://doi.org/10.12707/rv21028>

Da Silva, P. L. N., Santos, A. G. P., Rodrigues, B. G., Novi, B. R., Ramos, D. Z., Rocha, P. T., Cruz, P. K. R., & Pereira, L. B. (2019). Aspectos epidemiológicos, clínicos e assistenciais da monitorização hemodinâmica invasiva: uma revisão bibliográfica. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 10. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.334>

Diário da República. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 - Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. In *Diário da República: Vol. Série I* (n.º 157/2018, pp. 4147–4182). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Dias, A. O., Feijó, I. E. R., Fernandes, K. B. P., Feijó, V. B. E. R., & Andraus, R. a. C. (2022). Time de Resposta Rápida: percepção de enfermeiros sobre o atendimento do serviço em um hospital público

de ensino. *Research Society and Development*, 11(8), e32211831045. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31045>

Difonzo, M. (2019). Performance of the afferent limb of rapid response systems in managing deteriorating Patients: a Systematic review. *Critical Care Research and Practice*, 2019, 1–16. <https://doi.org/10.1155/2019/6902420>

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCC - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação n.º 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Norma n.º 015/2013 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Norma n.º 029/2012 (atualizada a 31/10/2013) - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 014/2015 - Medicamentos de alerta máximo*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (2ª edição)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de>

informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-902833-

pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma n.º 017/2022 - Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Norma Clínica n.º 019/2015 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Norma Clínica n.º 022/2015 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022e). *Norma Clínica n.º 021/2015 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Norma Clínica n.º 004/2023 - Avaliação de risco e rastreio de Enterobacteriales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos – Relatório da Estratégia Multimodal PBCI 2009-2022*.
<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal-1.aspx>

Egozcue, E., King, M. A., Bermudez, N., Rios, N. S., Villalba, M., & Miller, A. (2023). Empowering nursing staff to activate rapid response teams: using in situ simulation to bolster knowledge and confidence. *Nursing & Health Sciences Research Journal*, *6*(1), 34–48. <https://doi.org/10.55481/2578-3750.1168>

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Consentimento Informado*.
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

Estevam, J., & Pedro, A. (2025). Avaliação da Dor no Doente Crítico com Alterações de Consciência: Scoping Review. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, *10*(3), 30–51.
[http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(3\).684.30-51](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(3).684.30-51)

Goniewicz, K., Goniewicz, M., Burkle, F. M., & Khorram-Manesh, A. (2021). Cohort research analysis of disaster experience, preparedness, and competency-based training among nurses. *PLoS ONE*, *16*(1), e0244488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244488>

Granitto, M., Linenfelser, P., Hursey, R., Parsons, M., & Norton, C. (2020). Empowering nurses to activate the rapid response team. *Nursing*, *50*(6), 52–57.
<https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000662356.08413.90>

Gräsner, J., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, *161*, 61–79.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>

Grupo Português de Triagem. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes - Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*.
<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

Gullick, J., Lin, F., Massey, D., Wilson, L., Greenwood, M., Skylas, K., Woodard, M., Tembo, A. C., Mitchell, M., & Gill, F. J. (2019). Structures, processes and outcomes of specialist critical care nurse education: An integrative review. *Australian Critical Care*, *32*(4), 331–345.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.09.007>

Hecht, J. D., Yoder, L. H., Danesh, V., & Heitkemper, E. M. (2024). A systematic review of the facilitators and barriers to rapid response team activation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(2), 148–157. <https://doi.org/10.1111/wvn.12700>

Holtmark, C., Larsen, M. H., Steindal, S. A., & Solberg, M. T. (2024). Critical care nurses' role in rapid response teams: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(10), 3831–3843. <https://doi.org/10.1111/jocn.17196>

Imperio, M., Ireland, K., Xu, Y., Esteitie, R., Tan, L. D., & Alismail, A. (2024). Clinical team debriefing post-critical events: perceptions, benefits, and barriers among learners. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1406988>

International Council of Nurses. (2019). *Core competencies in disaster nursing: Version 2.0*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/core-competencies-disaster-nursing-version-20>

Jackson, S., Penprase, B., & Grobbel, C. (2016). Factors influencing registered nurses' decision to activate an adult rapid response team in a community hospital. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000162>

Jenkins, S. H., Astroth, K. S., & Woith, W. M. (2015). Non-Critical-Care nurses' perceptions of facilitators and barriers to rapid response team activation. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(5), 264–270. <https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000168>

Jones, L., King, L., & Wilson, C. (2009). A literature review: factors that impact on nurses' effective use of the Medical Emergency Team (MET). *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3379–3390. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02944.x>

Macedo, R., Madureira, A. D., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Revista SERVIR*, n.º 1, Série 2, 19–30. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23763/19197>

Marques, R. a. A. (2019). *Chefes de equipa enfermagem: papel como líderes clínicos* [Master Thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://hdl.handle.net/10400.26/36865>

Meleis, A. (2015). Transitions Theory. In *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361–380). F. A. Davis Company.

Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. In *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (Issue 6, pp. 65–72). Springer Publishing Company.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>

Menon, V. P., Prasanna, P., Edathadathil, F., Balachandran, S., Moni, M., Sathyapalan, D., Pai, R. D., & Singh, S. (2018). A quality improvement initiative to reduce “Out-of-ICU” cardiopulmonary arrests in a tertiary care hospital in India: a 2-Year learning experience. *Quality Management in Health Care*, 27(1), 39–49. <https://doi.org/10.1097/qmh.0000000000000160>

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018 - Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior: Vol. Série I* (n.º 157/2018,). Diário da República. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Ministério da Saúde. (2006). Despacho Normativo n.º 18459/2006. In *Diário da República: Vol. n.º 176, Série II*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2006/09/176000000/1861118612.pdf>

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. In *Diário da República: Vol. n.º 153, Série II* (pp. 20673–20678). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Ministério da Saúde. (2018). Despacho n.º 9639/2018. In *Diário da República: Vol. n.º 198/2018, Série II* (pp. 27533–27533). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. In *Diário da República: Vol. n.º 187, Série II*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Ministério da Saúde. (2022). Despacho n.º 10901/2022 - Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). In *Diário da República: Vol. Série II* (n.º 174/2022, pp. 93–99). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

Mitchell, O. J. L., Motschwiller, C. W., Horowitz, J. M., Evans, L. E., & Mukherjee, V. (2019). Characterising variation in composition and activation criteria of rapid response and cardiac arrest teams: a survey of Medicare participating hospitals in five American states. *BMJ Open*, 9(3), e024548. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024548>

Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cardiac intensive care in Portugal: The time for change. *Revista Portuguesa De Cardiologia (English Edition)*, 39(7), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2020.04.007>

Moreira, A. a. S., Ramos, R. O., Ligório, A. B. S., Junqueira, K. D., & Corrêa, K. S. (2018). Rapid response team: what factors interfere with its performance. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 36(2), e05. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e05>

Munroe, B., Curtis, K., Balzer, S., Royston, K., Fetchet, W., Tucker, S., Pratt, W., Morris, R., Fry, M., & Considine, J. (2021). Translation of evidence into policy to improve clinical practice: the development of an emergency department rapid response system. *Australasian Emergency Care*, 24(3), 197–209. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.08.003>

Munroe, B., Curtis, K., Fry, M., Balzer, S., Perara, P., Couttie, T., Royston, K., Yu, P., Tidswell, N., & Considine, J. (2023). Impact of an emergency department rapid response system on inpatient clinical deterioration: A controlled pre-post study. *Australasian Emergency Care*, 26(4), 333–340. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.05.001>

Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da nurse competence scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 77–89. https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA

Olsen, S. L., Søreide, E., Hillman, K., & Hansen, B. S. (2019). Succeeding with rapid response systems – a never-ending process: A systematic review of how health-care professionals perceive facilitators and barriers within the limbs of the RRS. *Resuscitation*, 144, 75–90. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.08.034>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática: Vol. Série I*(n.º 1). ISBN: 978-972-99646-9-5.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos.*

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. In *Diário da República: Vol. Série II* (n.º 123/2015, pp. 17240–17243).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 76/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. In *Diário da República: Vol. N.º 21, Série II* (pp. 3478–3487).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem a pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. In *Diário da República: Vol. n.º 135, Série II* (pp. 19370–19539).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República: Vol. n.º 26, Série II* (pp. 4744–4750).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. In *Diário da República: Vol. n.º 184, Série II* (pp. 128–155). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020

statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

Pinheiro, A. R. P. Q., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 31(4). <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190070>

Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 62(5), 739–744. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500015>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Library*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>

Rego, S., Palácios, M., & Siqueira-Batista, R. (2009). *Bioética para profissionais de saúde*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413906>

Reime, M. H., Tangvik, L. S., Kinn-Mikalsen, M. A., & Johnsgaard, T. (2024). Intrahospital Handovers before and after the Implementation of ISBAR Communication: A Quality Improvement Study on ICU Nurses' Handovers to General Medical Ward Nurses. *Nursing Reports*, 14(3), 2072–2083. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030154>

Ribeiro, O. M. P. L., Da Silva Martins, M. M. F. P., De Sousa, P. a. F., De Lima Trindade, L., Forte, E. C. N., & Da Silva, J. M. a. V. (2020). Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. *Rev Rene*, 21. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>

Ribeiro, O. M. P. L., Da Silva Martins, M. M. F. P., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmaticos de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

- Róin, T., Axelsen, M. S., & Bunkenborg, G. (2025). A bridge between cultures for better patient care: A qualitative study of the Nurse-Led Rapid Response Team. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(3). <https://doi.org/10.1111/scs.70064>
- Ruiz, C., Golec, K., & Vonderheid, S. C. (2024). Nurses' experience with patient deterioration and rapid response teams. *Applied Nursing Research*, 79, 151823. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151823>
- Sá, F. L. F. R. G., & Henriques, H. M. S. R. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Saúde Mental*, 26, 109–123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. F. P., De Moura, A. A., & Zanetti, A. C. B. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(1), 126–134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). A Influência dos estilos de liderança em Enfermagem na dinâmica da equipa: uma revisão sistemática. *Germinare - Revista Científica Do Instituto Piaget*, (2), 70–82. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>
- Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. a. D., Simões, C. J., & Príncipe, F. (2022). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 288–297. <https://doi.org/10.1111/nicc.12854>
- Schoeber, N. H. C., Linders, M., Binkhorst, M., De Boode, W., Draaisma, J. M. T., Morsink, M., Nusmeier, A., Pas, M., Van Riessen, C., Turner, N. M., Verhage, R., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2022). Healthcare professionals' knowledge of the systematic ABCDE approach: a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00753-y>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. S., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Referência - Revista De Enfermagem, Série III*(n.º 3), 15–23. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962003.pdf>
- Silva, F., Costa, P., Braga, F., & Martins, S. (2024). Barreiras à higiene das mãos num serviço de urgência segundo os profissionais de saúde. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(3), 1–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i3.325>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines

2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Sousa, L., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 31–39.
https://www.researchgate.net/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA

Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 39–48. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>

Sprogis, S. K., Currey, J., Jones, D., & Considine, J. (2023). Clinicians' use and perceptions of the pre-medical emergency team tier of one rapid response system: A mixed-methods study. *Australian Critical Care*, 38(6), 1050–1058. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.01.010>

Teixeira, J. M. F., & Da Silva, M. a. C. P. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056–1072. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>

Thorén, A., Jonsson, M., Spångfors, M., Joelsson-Alm, E., Jakobsson, J., Rawshani, A., Kahan, T., Engdahl, J., Jadenius, A., Von Platen, E. B., Herlitz, J., & Djärv, T. (2023). Rapid response team activation prior to in-hospital cardiac arrest: Areas for improvements based on a national cohort study. *Resuscitation*, 193, 109978. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109978>

Tilley, M., & Spencer, K. (2020). Perceived barriers to rapid response team activation among nurses. *American Journal of Nursing*, 120(7), 52–60.
<https://doi.org/10.1097/01.naj.0000688220.05900.7c>

Timóteo, A. T., Silva, T. P., Moreira, R. I., Gonçalves, A., Soares, R., & Ferreira, R. C. (2020). Unidades de insuficiência cardíaca: estado da arte na abordagem da insuficiência cardíaca. *Revista Portuguesa De Cardiologia*, 39(6), 341–350. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.02.007>

Treacy, M., & Stayt, L. C. (2019). To identify the factors that influence the recognizing and responding to adult patient deterioration in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3272–3285.
<https://doi.org/10.1111/jan.14138>

Ventura-Silva, J. M. A., Da Silva Martins, M. M. F. P., De Lima Trindade, L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F. D. S., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Da Silva Ferreira De Melo, R. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Recien*, 6(17), 19–23. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.17.19-23>

Vilas Boas, A. C. S. (2023). *Equipa de Emergência Médica Intra Hospitalar - A Realidade de Quem Ativa* [Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/3745?locale=pt>

Vilelas, J. (2025). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (4ª edição). Edições Sílabo.

Visualização de Nursing activities score. (n.d.). <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23763/19197>

Won, Y., & Kang, J. (2022). Development of a comprehensive model for the role of the rapid response team nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103136>

World Health Organization. (2024, December 18). *Global report on infection prevention and control 2024: executive summary*. <https://www.who.int/publications/i/item/B09195>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Wu, Y., Wang, J., Luo, F., Li, D., Ran, X., Ren, X., Zhang, L., & Wei, J. (2022). Construct and clinical verification of a nurse-led rapid response systems and activation criteria. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01087-7>

APÊNDICES

Apêndice I

Sessão de Formação: Violência Interpessoal – Aspetos Éticos e Deontológicos e Enfermagem em Contexto Forense



 **SNS**
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

Aspetos Éticos e Deontológicos
Enfermagem em Contexto Forense

Realizado no Âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica CESPU-ESSVA

 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE

Violência Interpessoal



Objetivo Geral:

- Capacitar os Enfermeiros para uma Abordagem Integrada, Sistemática e Eficaz no Diagnóstico, Intervenção e Cuidado a Vítimas de Violência, considerando o Contexto Português.

Objetivos Específicos:

- Adquirir Conhecimentos Sobre o Fenómeno da Violência e Sobre a Realidade Portuguesa no Contexto da Violência.
- Sensibilizar e dotar os Enfermeiros Especialistas e os Enfermeiros Generalistas de Competências Fundamentais para a Abordagem, Diagnóstico e Intervenção no Âmbito da Violência Interpessoal.
- Conscientizar os enfermeiros para a importância da sistematização de conhecimentos e competências no cuidado à pessoa vítima de violência.

Realizado por:
Cátia Salgado

Sob Supervisão:
Enf. Especialista Pedro Luís Ferreira

Realizado no Âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | CESPU-ESSVA

Violência Interpessoal | Índice

1. Violência: Fenómeno | Natureza | Tipologia
2. Realidade Portuguesa | Aspetos Legais e Números
3. O Papel do Enfermeiro Especialista
4. Atuação, Apoio e Encaminhamento
5. Aspetos Éticos e Deontológicos
6. Enfermagem em Contexto Forense
7. Conclusão e Reflexão Final
8. Referências Bibliográficas

01

VIOLÊNCIA

Fenómeno | Natureza | Tipologia

"Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação"

(OMS, 2002)

Violência | Fenómeno | Natureza e Tipologia



NATUREZA

Violência Física | Violência Psicológica | Violência Sexual | Negligência | Privação



TIPOLOGIA

Violência Autodirigida | Violência Interpessoal | Violência Coletiva

(OMS, 2002)

Violência Interpessoal



Familiar | Parceiros

Maus Tratos a Crianças e Jovens
Violência contra Pessoas Idosas
Violência Entre Parceiros Íntimos



Comunidade

Violência Juvenil
Assédio/Abuso Sexual
Violência Institucional

Serviço de Urgência

(OMS, 2002)

02 VIOLÊNCIA

Realidade Portuguesa | Aspetos Legais e Números

“As intervenções e ações dos serviços e profissionais são enquadradas em um conjunto vasto de legislação.
Além da matéria jurídica, existem diversos diplomas que incidem na temática da violência ao longo do ciclo vital.”

(DGS, 2016)

Violência | Realidade Portuguesa | Aspetos Legais e Números



Resolução da Assembleia da República Nº4/2013 de 21/Jun

Aprova em Portugal a Convenção do Conselho da Europa Para A Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e Violência Doméstica, entre outras.

Despacho Nº 9494/2019 de 21/Out

Determina, no âmbito da Direção Geral de Saúde (DGS), a criação e desenvolvimento do Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, com o objetivo de reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal.

Violência | Realidade Portuguesa | Aspetos Legais e Números

Artigo 152 do Código Penal

Violência Doméstica

"Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privação da liberdade, ofensas sexuais ou impedir o acesso ou fruição aos recursos económicos patrimoniais próprios ou comuns:

- a) ao cônjuge ou Ex cônjuge;
- b) a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) ao progenitor de descendente com quem em 1.º grau;
- d) a pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
- e) a menor que seja seu descendente ou de uma das pessoas referidas nas alíneas), b) e c), ainda que com ele não coabite.



Violência | Realidade Portuguesa | Aspetos Legais e Números

Relatório Ministério da Administração Interna



Violência Doméstica
34% | 26520

Outros Crimes Contra Pessoas
66% | 51384

Total de 77904 Crimes



Violência Doméstica
36% | 30488

Outros Crimes Contra Pessoas
64% | 55353

Total de 85841 Crimes



Violência Doméstica
34% | 30431

Outros Crimes Contra Pessoas
66% | 59977

Total de 90408 Crimes

03

VIOLÊNCIA

O Papel do Enfermeiro

“Os enfermeiros encontram-se numa posição única para conseguirem dar resposta às necessidades específicas das pessoas em risco ou em perigo de sofrer atos de violência.”

(DGS,2016)

Violência | O Papel do Enfermeiro Especialista

Competências Comuns Enfermeiro Especialista

Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional.

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Promove a proteção dos direitos humanos.

Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

(OE, 2019)

Competências Específicas Enfermeiro Especialista Em Médico- Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

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

Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima ou no meio envolvente

Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes

Reencaminha para os organismos vocacionados no apoio à vítima e respetiva família

(OE, 2018)

Violência | O Papel do Enfermeiro

Devido à proximidade requerida aos enfermeiros para com os utentes, mais especificamente num serviço de urgência, é crucial que estes estejam devidamente habilitados para identificar, detetar e sinalizar situações de violência doméstica, desempenhando, desta forma, um papel fundamental na prevenção, deteção, diagnóstico e intervenção desta problemática. (Marques, P. 2017)

O papel dos Enfermeiros nestas situações deverá incluir a sinalização, acompanhamento e encaminhamento da vítima, estabelecendo uma relação de empatia e de segurança com as mesmas (Oliveira, I. et al., 2021)

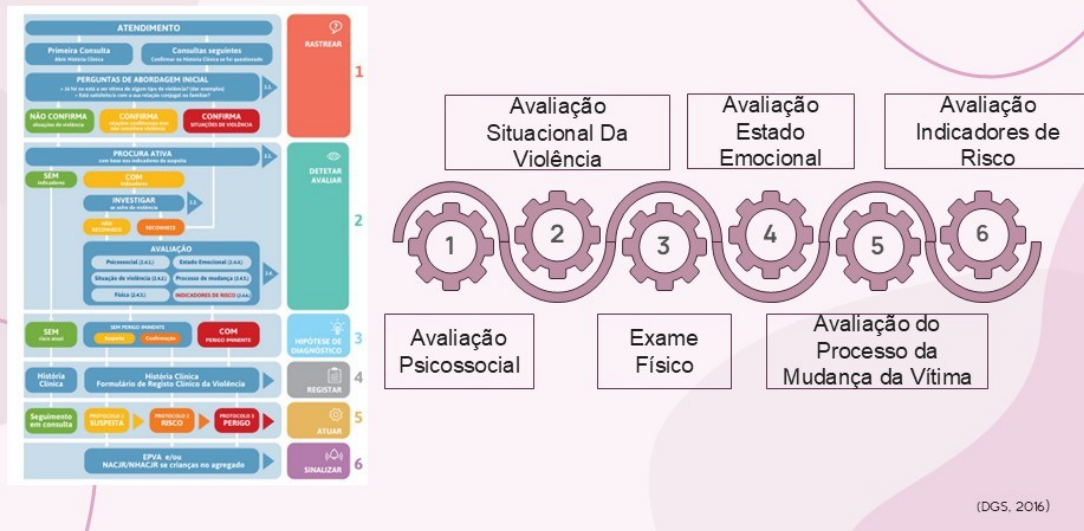
04 VIOLÊNCIA

Atuação, Apoio e Encaminhamento

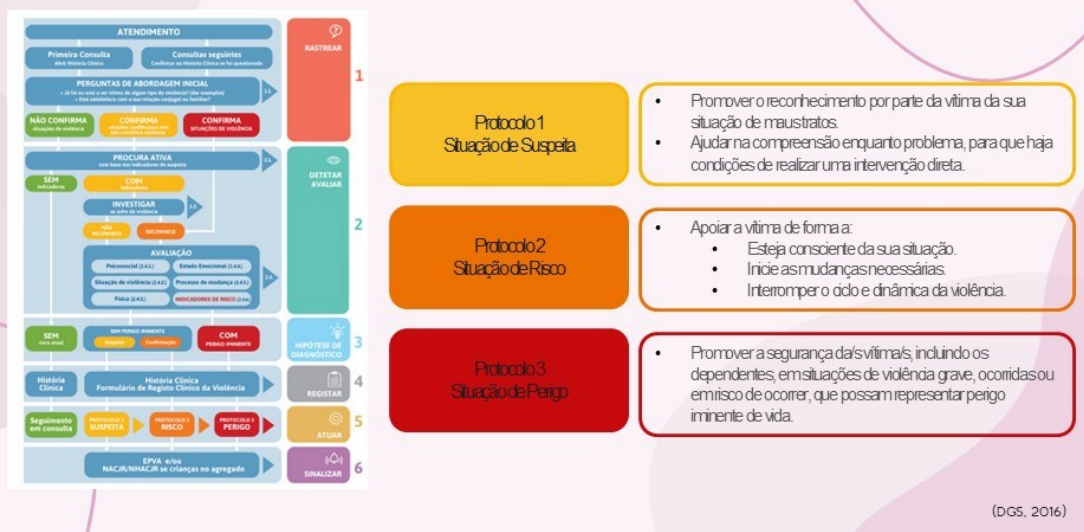


“O fluxograma geral de atuação tem como objetivo facultar orientações para as boas práticas na deteção e intervenção em situações de violência interpessoal, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. “
(DGS, 2016)

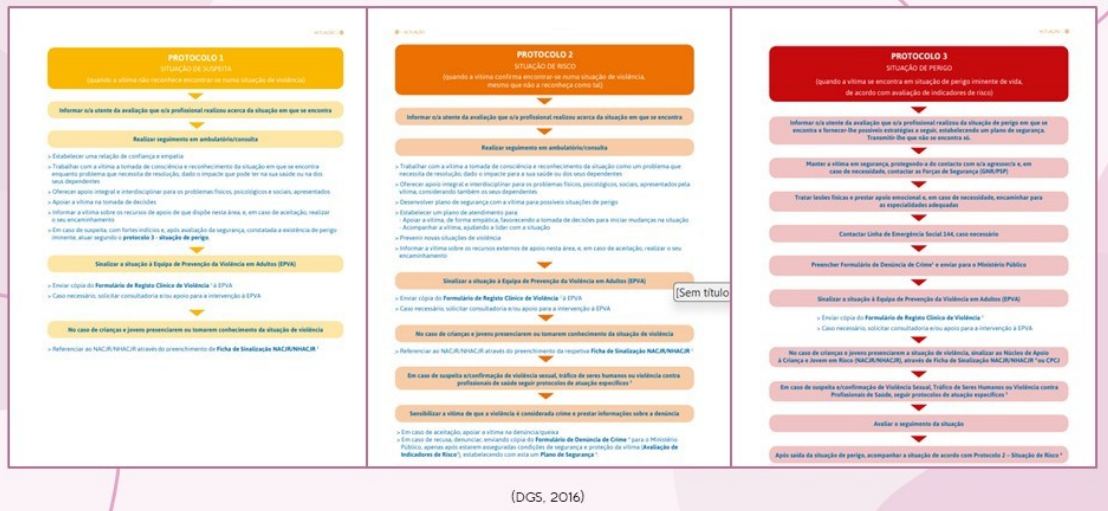
Violência | Atuação, Apoio e Encaminhamento



Violência | Atuação, Apoio e Encaminhamento



Violência | Atuação, Apoio e Encaminhamento



(DGS, 2016)

05

VIOLENCIA Aspectos Éticos e Deontológicos

“Nos casos de violência, os profissionais e as equipas de saúde devem assumir uma conduta adequada, ética e deontológica, no decurso de todo o processo de atendimento, de forma a efetuar intervenções de excelência.”

(DGS, 2016)

Violência | Aspectos Éticos e Deontológicos

Sigilo Profissional e Obrigatoriedade de Denúncia

Os crimes de violência doméstica, maus-tratos, ofensas a integridade física grave, lenocínio, tráfico de pessoas, entre outros, são

O sigilo profissional, como pilar da relação de

A quebra do segredo profissional, esta implícita em situações de perigo iminente, onde a saúde, a integridade física ou a vida estão em causa. Nestes casos, não deve haver dúvidas quanto à inevitável quebra do sigilo profissional.

(DGS, 2016)

artigo 242.º do Código de Processo Penal a todos os funcionários na aceção do artigo 386.º do Código Penal

(DGS, 2016)

quebra constitui um crime compreendido no Código Penal

(DGS, 2016)

Violência | Aspectos Éticos e Deontológicos

Continua a Existir um Compromisso de Confidencialidade e de Sigilo



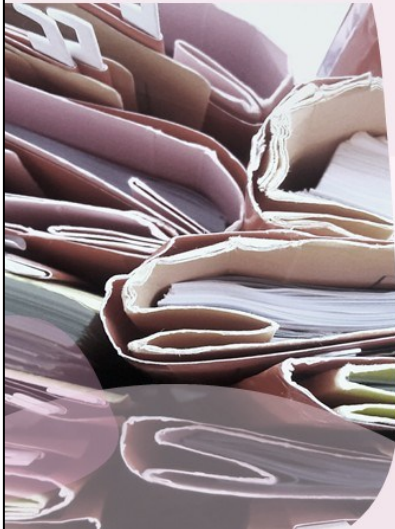
Transmissão de Informação entre Profissionais Deve Ser a Estritamente Necessária

Questões de segurança Inerentes ao Risco Provocado por uma Fuga de Informação Deve ser Ainda Avaliada a Necessidade de um Plano de Proteção à Vítima durante o Processo

Objectivo de Criar uma Relação de Alto Nível de Confiança

(DGS, 2016)

Violência | Aspectos Éticos e Deontológicos



Partilha de Informações

- Suspeita de Maus-tratos a Crianças ou Jovens
- Resposta Mais Eficaz à Vítima
- Segurança

(DGS, 2016)

Minimização de Danos Respeito Pelo Tempo, Ritmo e Decisão da Vítima

- Princípio da Intervenção Mínima;
- Evitar Partilha Excessiva de Informação;
- Evitar Repetição de Intervenções;
- Perante o Contexto Socioeconómico da Vítima:
- Respeitar o Tempo e Ritmo da Vítima
- Evitar Acelerar e Influenciar o Processo
- Abordar e Compreender Holisticamente a Vítima
- Confiança | Empoderamento | Segurança

(DGS, 2016)

Princípio de Autonomia Consentimento

- A tomada de decisões é da exclusiva responsabilidade da vítima. Esta decisão permite consolidar mudanças de forma mais efetiva.
- Não se sobrepõe as questões legais previamente abordadas

(DGS, 2016)

06

VIOLÊNCIA

Enfermagem em Contexto Forense

“Concebida como a Integração dos Aspectos Forenses dos Cuidados de Saúde com a Formação Bio/Psico/Social e Espiritual do Enfermeiro, Aplicada à Investigação Científica e ao Cuidado Especializado de Vítimas e Perpetradores de Traumas, Violência, Atividades Criminosas e Acidentes Traumáticos.”

(Lynch & Duval, 2011)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Conceitos Gerais

Enfermagem Forense	Identificação, recolha e preservação de vestígios. Avaliação e Tratamento das Vítimas/Agressores de Trauma (Gomes, 2014)
Prioridade De Cuidados	1º - Intervenções Life-Saving 2º - Tratamento Adequado da Pessoa 3º - Identificação de Vestígios, Recolha e Preservação (Lynch & Duval, 2011)
Registos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Anotar as afirmações espontâneas utilizando "aspas", fazendo-as anteceder de "o/a utente referiu ou relatou..."; • Registrar o que se viu e ouviu (ex. "o/a utente estava a tremer e a chorar enquanto descrevia o episódio); • Registrar, mesmo quando o relato é discordante da avaliação realizada (ex. "apesar da utente, atualmente grávida de 6 meses, relata que bateu acidentalmente com a cabeça na esquina da porta, questiona-se se o ferimento não foi infligido. De registar que na gravidez anterior relatou vários episódios de violência física por parte do companheiro" (Redondo et al., 2012)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Conceitos Gerais

Cadeia de Custódia	Procedimento para Validação da Autenticação dos Items que Constituem os Vestígios. Inerente à Recolha de Vestígios. Parte do Método Científico da Investigação Evitando a Contaminação de Vestígios. (Gomes, 2014)
---------------------------	---



(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Conceitos Gerais

Princípio De Locard	No local do crime ficam inevitavelmente vestígios do criminoso, que por sua vez transporta consigo voluntariamente ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso." <small>(Locard, 1939)</small>
Prova	indício, sinal ou uma evidência que serve para estabelecer a verdade de algo enquanto Reais Circunstanciais Diretas <small>(Braz, 2013)</small>
Vestígio	Da palavra " <i>Vestigium</i> " que significa rasto, pista, pegada e sinal. Tudo o que encontramos na vítima que após ser estudado e interpretado pelos peritos, possa a vir a transformar-se em prova numa investigação criminal. Físicos: Impressões Digitais, Explosivos, Projeteis, Fibras de Tecido, Balas e Cartuchos Biológicos: Sangue, Manchas, Saliva, Sêmen, Fezes, Cabelo, Unhas. <small>(Gomes, 2014)</small>

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Vestígios Mais Frequentes



(Lynch & Duval, 2011)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense



O Enfermeiro na Preservação de Vestígios

- Identificação das Vítimas / Agressores;
- Guardar a Roupa
- Examinar as Lesões
- Identificar as Lesões que Podem Tornar-se Fatais
- Fotografar Lesões
- Documentar e Registrar com Precisão
- Notificação e Encaminhamento

(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses



- Retirar Corretamente a Roupa.
- Cortar Sempre Pelas Costuras Longe do Local de Lesão.



- Evitar Usar Sacos de Plástico na Recolha e Preservação de Vestígios Biológicos, para assim Evitar a Aceleração da Degradação.

(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses

Roupa

Usar Equipamentos de Proteção Individual.

Não se Devem Sacudir as Peças de Roupa.

Não Colocar a Roupa no Chão.

Colocar um lençol ou papel descartável no chão e por cima deste outro lençol (tendo o primeiro o objetivo de prevenir a contaminação e o segundo a recolha de vestígios);

Pedir à vítima para retirar a roupa em cima do lençol que posteriormente também deverá ser identificado e embalado;

Colocar individualmente as peças de roupa, incluindo os sapatos, em sacos de papel para evitar contaminação cruzada.

(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses



Armas de Fogo

Na Existência de Arma Deve-se Ter Especial Cuidado com o Manuseamento da Mesma.

Bloquear a Arma | Colocar em Contentor Largo e Rígido | Entregar à Autoridade Policial



Armas Brancas

Se Faca Empalada no Corpo, Proteger o Cabo com Saco de Papel e Fixar de Modo a Não Sair. Preservar Intata a Roupa da Vítima (sempre que possível) de Modo a Determinar a Posição da Roupa e do Corpo no Momento da Agressão.



Fragmentos de Vidro

Se Faca Empalada no Corpo, Proteger o Cabo com Saco de Papel e Fixar de Modo a Não Sair. Preservar Intata a Roupa da Vítima (sempre que possível) de Modo a Determinar a Posição da Roupa e do Corpo no Momento da Agressão.

(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses



Balas e Outros Projéteis

- Usar Luvas e Pinças com Pontas de Borracha para a Recolha.
- Não Limpar Nem Secar Manualmente (Devem Secar ao Ar).
- Não Colocar em Contato com Outros Objetos Metálicos.
- Colocar em Recipiente com Compressa Esterilizada (Ex: Copo para Recolha de Urina).
- Embalar, Identificar E Selar.



Fluidos Corporais

- As Zaragatoas Deverão Ser Realizadas Antes de Qualquer Contato com a Superfície Corporal da Vítima.
- Zaragatoas devem ser Humedecidas com Água Esterilizada Antes de Passar Na Superfície Suspeita de Conter Fluidos Corporais Secos.
- Realizar Movimentos Circulares e Não Esfregar.
- Deixar Secar ao Ar Livre (15 A 30 Minutos).
- Identificar e Selar.

(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses



Feridas

Fornecem Informações Importantes no que Respeita ao Mecanismo de Lesão pelo que Devem Ser Efetuadas Notas Descritivas de cada uma Contendo:

Tamanho | Forma | Cor | Localização | Características da Pele Circundante | Presença de Material na Lesão ou à sua Volta



Asfixia com Laço

Se Vítima Cadáver, o Laço Deve Permanecer no Corpo.
Se Tiver que Ser Removido, Nunca Desatar. Cortar pelo Menos a 15 cm do Nó .
Se Possível Fotografar ou Desenhar a Aparência do Laço.

Registrar: **De que Lado da Vítima está o Nó | Coloração da Vítima**
Descrever: **Sulco no Pescoço: Tamanho, Profundidade, Cor e Largura.**

(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Acondicionamento e Rotulagem



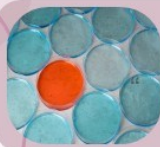
Secagem

A Secagem ao Ar é o Método Preferencial para Preservar Vestígios Húmidos.
Cada Item Deve Secar Separadamente



Rotulagem

Todos os Vestígios Devem Ser Identificados, Rotulados e Guardados.
Escrever No Envelope antes de Colocar os Vestígios Dentro de Forma a Não os Danificar.



Selagem

Cada saco/envelope Deve Ser Selado, de forma a Não Ser Adicionado Qualquer Item. Importa também Assinar por Cima do Selo para Garantir a Custódia da Prova

(Gomes, 2014)

Violência | Enfermagem em Contexto Forense

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses

Outros Aspectos

Se possível informar, a vítima ou a pessoa que sinaliza, quanto aos comportamentos que a vítima deve evitar até à realização do exame físico, nomeadamente em casos de violência sexual e sempre que seja possível:

Tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo mãos e boca;

Lavar os dentes;

Limpar ou cortar as unhas das mãos;

Pentear-se;

Mudar de roupa ou lavar a roupa que usava no momento da agressão;

Urinar ou defecar, sendo que, caso seja imperioso, o deverá fazer para um contentor limpo, com tampa;

Comer, beber, mascar ou fumar.

(DGS, 2016)

07

Conclusão

35

2019

32

2020

28

2021

23

2022

22

2023

Obrigado

Questões?
Catiadm.salgado@gmail.com

“Quantos Deuses
É Que O Medo Cria
Semear a Morte
Sangue à Terra Fria

Desce Mais Um Corpo
A História é Igual
Quando Os Cintos Dançam
Chora a Catedral”
Garota Não

O8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artigo 152º do Código Penal, Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. Retrieved June 13, 2024, from <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>.
- Braz, J. (2013). *Investigação criminal. A organização, o método e a prova: Os desafios da nova criminalidade*. (3a ed). Coimbra: Edições Almedina.
- Despacho nº 94/94/2019 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, Diário da República, nº 202/2019 142 (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9494-2019-125517180>.
- DGS (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª ed.). Recuperado em 8 de maio de 2024, de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx.
- Gomes, A (2014). *Enfermagem Forense, Volume 1*. Lisboa. Lidel ISBN:9789897520600.
- Locard, E. (1939). *A investigação criminal e os métodos científicos*. Coimbra: Arménio Amado.
- Lynch, V & Duval, J (2011). *Forensic Nursing Science*. (2ª Edição). St Louis: Elsevier Mosby.
- Ministério da Administração Interna (2021). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2021*.
- Ministério da Administração Interna (2022). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2022*.

O8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministério da Administração Interna (2022). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2023*.
- Oliveira, I. J., Almeida, D., Bastos, L., Augusto, C., & Barreiro, S. (2021). Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 41-51. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.159>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento nº 429/2018). Diário da República, nº 135/2018, Série II, 16 de julho de 2018.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento N°140/2019). Diário da República, série II, N°26, 6 de fevereiro de 2019.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *World report on violence and health* (Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, & Rafael Lozano, Eds.). ISBN 92 4 154561 5. Recuperado em 8 de maio de 2024, de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

Apêndice II

Guia de Atuação – Enfermagem em Contexto Forense

Enfermagem em Contexto Forense

Conceitos Gerais

Enfermagem Forense	Identificação, Recolha e Preservação de Vestígios. Avaliação e Tratamento das Vítimas/Agressores de Trauma.
Prioridade de Cuidados	1º - Intervenções Life-Saving 2º - Tratamento Adequado da Pessoa 3º - Identificação de Vestígios, Recolha e Preservação
Registos de Enfermagem	Devem ser factuais, precisos, completos e cronológicos; Devem descrever o estado físico e emocional da vítima; Todas as intervenções realizadas; Registo detalhado das lesões; Anotar as afirmações espontâneas utilizando "aspas" (ex: "a/o utente referiu ou relatou..."); Registar, mesmo quando o relato é discordante da avaliação realizada.
Cadeia de Custódia	Procedimento para validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios. Parte do método científico da investigação evitando a contaminação de vestígios. Inicia-se com a pessoa que identifica e recolhe os vestígios e termina com a pessoa que protege e entrega os vestígios à autoridade policial.
Prova	Indício, sinal ou uma evidência que serve para estabelecer a verdade de algo. Reais Circunstanciais Diretas
Vestígio	Tudo o que encontramos na vítima que após ser estudado e interpretado pelos peritos, possa vir a transformar-se em prova numa investigação criminal. Físicos: Impressões digitais, explosivos, projeteis, fibras de tecido, balas e cartuchos. Biológicos: Sangue, manchas, saliva, sêmen, fezes, cabelo, unhas.



Arma de Fogo

- Na existência de arma deve-se ter especial cuidado com o manuseamento da mesma.
Bloquear a Arma | Colocar em Contentor Largo e Rígido | Entregar à Autoridade Policial



Armas Brancas

- Se faca empalada no corpo, proteger o cabo com saco de papel e fixar a faca de modo a não sair;
- Descrever de forma pormenorizada as características das lesões;
- Preservar intata a roupa da vítima (sempre que possível) de modo a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.



Fragmentos de Vidro

- Recolher todos os vidros para um recipiente de plástico, e de seguida colocar em envelope de papel, etiquetar e selar.



Balas e Outros Projéteis

- Usar luvas e pinças com pontas de borracha para a recolha;
- Não limpar nem secar manualmente (devem secar ao ar);
- Não colocar em contato com outros objetos metálicos;
- Colocar em recipiente com compressa esterilizada (Ex: copo para recolha de urina).
- Embalar, identificar e selar.



Fluídos Corporais

- As zaragatoas deverão ser realizadas antes de qualquer contato com a superfície corporal da vítima;
- Zaragatoas devem ser humedecidas com água esterilizada antes de passar na superfície suspeita de conter fluidos corporais secos;
- Realizar movimentos circulares e não esfregar.
- Deixar secar ao ar livre (15 a 30 minutos).
- Identificar e selar.



Feridas

- Fornecem informações importantes no que respeita ao mecanismo de lesão pelo que devem ser efetuadas notas descritivas de cada uma contendo:



Tamanho | Forma | Cor | Localização

Caraterísticas da Pele Circundante | Presença de Material na Lesão ou à sua Volta



Asfixia Com Laço

- Se vítima cadáver, o laço deve permanecer no corpo;
- Se tiver de ser removido, nunca desatar. Cortar pelo menos a 15 cm do nó;
- Se possível fotografar ou desenhar a aparência do laço.
- Registrar: De que Lado da Vítima está o Nó | Coloração da Vítima.
- Descrever: **Sulco no Pescoço: Tamanho, Profundidade, Cor e Largura.**

	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar Corretamente a Roupa; • Cortar Sempre Pelas Costuras Longe do Local de Lesão.
	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar Usar Sacos de Plástico na Recolha e Preservação de Vestígios Biológicos; • Todos os vestígios devem ser corretamente identificados, rotulados e guardados; • Identificar o envelope e/ou saco de papel antes de colocar os vestígios dentro, de forma a não danificar; • Deve-se rotular com o nº do processo, idade, data de nascimento, localização de onde foi recolhido, data e hora, iniciais ou assinatura da pessoa que recolheu; • Cada envelope e/ou saco deve ser selado, de forma a não ser adicionado qualquer item. De ressaltar, que se deve assinar por cima do selo para garantir a custódia da prova.

Cuidados com a Roupa



- Usar equipamentos de proteção individual;
- Não se devem sacudir as peças de roupa;
- Não colocar a roupa no chão;
- Colocar um lençol ou papel descartável no chão e por cima deste outro lençol (tendo o primeiro o objetivo de prevenir a contaminação e o segundo a recolha de vestígios);
- Pedir à vítima para retirar a roupa em cima do lençol, que posteriormente também deverá ser identificado e embalado;
- Colocar individualmente as peças de roupa, incluindo os sapatos, em sacos de papel para evitar contaminação cruzada.

Informar, a vítima ou a pessoa que sinaliza, quanto aos comportamentos que a vítima deve evitar até à realização do exame físico, nomeadamente em casos de violência sexual e sempre que seja possível:

- Tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo mãos e boca;
- Lavar os dentes;
- Limpar ou cortar as unhas das mãos;
- Pentear-se;
- Mudar de roupa ou lavar a roupa que usava no momento da agressão;
- Urinar ou defecar, sendo que, caso seja imperioso, o deverá fazer para um contentor limpo, com tampa;
- Comer, beber, mascar ou fumar.

Realizado por: Cátia Salgado

Sob Supervisão: Enfermeiro Especialista Pedro Luís Ferreira

Realizado no Âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | CESPU-ESSVA

Apêndice III
Poster – Cateter Venoso Central: Cuidados de Enfermagem

Cateter Venoso Central

Cuidados de Enfermagem

Lúmen Proximal

Aminas e/ou Amiodarona

Não Colocar Torneira

Exceto Se Necessário Colocar Ambas
As Perfusões

Lúmen Medial

Restantes Perfusões

Acesso Livre Para Medicação de
Urgência/Emergência

Lúmen Distal

Sedação e Analgesia
Nutrição Parentérica
Fluidoterapia



Descontaminar Sempre As Vias Com Clorexidina 2% Em
Álcool Ou Álcool 70%, Por Fricção Durante 15 Segundos.

Deixar Secar Antes De Conectar Qualquer Dispositivo

A Técnica *No-Touch* Pode Ser Utilizada Em
Alternativa Ao Uso De Luvas Estéreis.

Após Cada Utilização, Efetuar Técnica Push-
Pause Para Lavagem Da Via.

As Vias Que Não Estiverem Em Uso Devem
Ser Mantidas Com Válvula Anti Refluxo
Unidirecional.

Mudar Sistemas de Perfusão
Com Intervalo Mínimo de 4 Dias

Mudar Sistemas de Perfusão De Produtos
Sanguíneos ou Lipídicos A Cada 24 Horas

Substituir Penso Com Técnica Assética:
Penso Com Compressa– até 48h
Penso Transparente– 7 dias
Sempre Que Se Encontre Visivelmente Sujo ou
Descolado



Higienizar Sempre
As Mãos Antes de
Manipular o CVC

(DGS, 2022)

Realizado por: Cátia Salgado

Sob Supervisão: Liliana Macedo | Catarina Pinto

No Âmbito: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | CESPU-ESSVA



Bibliografia

Apêndice IV

Folha de Descolonização de MRSA+

Rastreio de MRSA Positivo Zaragatoa Realizada a: ___/___/___

Banho com Clorhexidina	1º dia			2º dia			3º dia			4º dia			5º dia		
	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h

Mupirucina Tópica a 2%	1º dia			2º dia			3º dia			4º dia			5º dia		
	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h

1º Follow-up às 48h após terminada a descolonização: ___/___/___ Resultado: ___

▪ Se descolonização eficaz, realizar:

2º Follow-up ao 14º dia: ___/___/___ Resultado: ___

3º Follow-up ao 21º dia: ___/___/___ Resultado: ___

▪ Se a descolonização não tiver sido eficaz, realizar:

Banho com Clorhexidina	1º dia			2º dia			3º dia			4º dia			5º dia		
	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h

Mupirucina Tópica a 2%	1º dia			2º dia			3º dia			4º dia			5º dia		
	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h	6h	14h	22h

1º Follow-up às 48h após terminada a descolonização: ___/___/___ Resultado: ___

2º Follow-up ao 14º dia: ___/___/___ Resultado: ___

3º Follow-up ao 21º dia: ___/___/___ Resultado: ___

ANEXOS

ANEXO I

Certificado E-Poster "Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros: Uma Revisão Integrativa"



 **IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24**

 11 E 12 DE OUTUBRO  AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Cátia Salgado; Mariana Machado; Nuno Silva; Tiago Alves; Isabel Araújo

apresentaram o poster "Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros: Uma Revisão Integrativa" no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24 que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

Certificado n.º 2464/2024



ANEXO II

Certificado E-Poster "A Tomada de Decisão dos Enfermeiros na Triagem – Relato de Experiência"



 **IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24**

 11 E 12 DE OUTUBRO  AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

**Nuno Silva; Cátia Salgado; Mariana Machado; Pedro Rosinha;
Marlene Ribeiro**

apresentaram o poster vencedor "A Tomada de Decisão dos Enfermeiros na Triagem" no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24 que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

Certificado n.º 2403/2024



ANEXO III

Certificado E-Poster “Discharge Lounge – A Clinical Pathway to Value-Based
Healthcare”



 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE

**HEALTH
MANAGEMENT
ADMINISTRATION
INTERNATIONAL CONGRESS**

CERTIFICADO

Certifica-se que, **Cátia Salgado**

foi autor(a) do poster vencedor “Discharge Lounge – A Clinical Pathway to Value-Based Healthcare” no II Health Management Administration International Congress, que decorreu nos dias 9 e 10 de maio de 2025, com uma carga horária total de 15 horas, no Centro Cultural de Paredes.


Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da CESPU-ESSVA


Prof. Doutor Nuno Araújo
Comissão Científica e Organizadora

CERTIFICADO Nº 1523/2025

 IA+ SAÚDE
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO
EM SAÚDE DO VALE DO AVE

 UNIVERSIDADE DE SÃO CAMILO

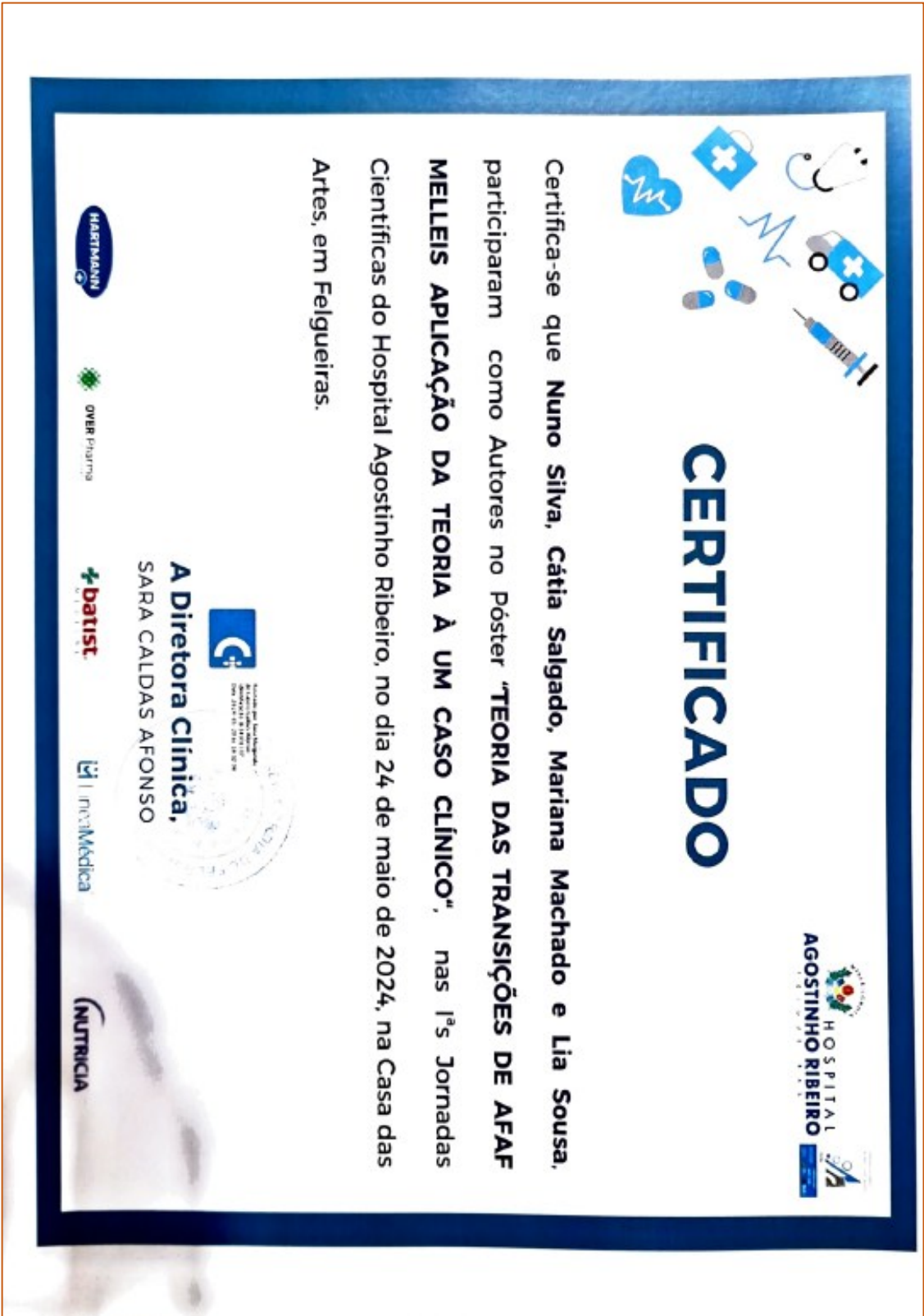
 ESB

 FACULDADE DE SAÚDE
GAYETANO HEREDIA

 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE

ANEXO IV

Certificado E-Poster “Teoria das Transições de Afaf Meleis: Aplicação da Teoria a um Caso Clínico”



ANEXO V

Certificado de Frequência de Formação Profissional



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Enfarte Lda – Formação e Consultoria em Saúde, matriculada sob o número 508514207 na Conservatória do Registo Comercial de Braga, entidade detentora da marca PLANOSAÚDE, com sede em Vila Nova de Famalicão, Portugal, Centro Internacional de Treino da American Heart Association e entidade creditada pelo INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica com o número de certificado 04EA.SAV.02/2023, certifica que:

CÁTIA DANIELA MACIEIRA SALGADO

titular do Cartão de Cidadão nº 14325795, validade até 09.04.2031, natural de Guimarães, frequentou com aproveitamento (20 valores) o curso de: SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR, incluído no Programa Pós-Graduado de Formação em Emergência e Trauma da PlanoSaúde, destinado a profissionais de saúde, com uma carga horária de 14 horas letivas, segundo com as recomendações da American Heart Association (AHA), acreditação INEM e realizado nos dias 22 e 23 de abril de 2024.

PlanoSaúde, 23 de abril de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Estêvão Lafuente, MD

Instrutor AHA nº 04110002065

(assinatura e carimbo da entidade formadora)



Este Documento Certifica que o titular acima completou com sucesso as avaliações nacionais e cognitivas e de capacidade, de acordo com o currículo da American Heart Association para o Programa de Suporte Avançado de Vida, com a validade de dois anos.

ANEXO VI

Parecer Comissão de Ética



Exmo. (a) Senhor(a)

Enfª Cátia Daniela Macieira Salgado

catia.dmsalgado@gmail.com

N/ Comunicação nº: 10/2025	V/ Referência:	Data: 01/04/2025
----------------------------	----------------	------------------

Assunto: "Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento"

Exma Senhora Enfª Cátia Daniela Macieira Salgado,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo "Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo na [REDACTED] nas condições referidas no mesmo.

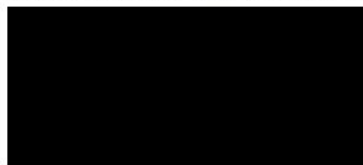
Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 27/03/2025 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, na [REDACTED] no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Departamento de Formação, Investigação, Inovação e



ANEXO VII

Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave da CESPU, será desenvolvido um projeto de investigação, intitulado *“Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida por Enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento”*, orientado pela Professora Doutora Maria Clara Simões. O presente estudo classifica-se como um estudo Qualitativo, Exploratório e Descritivo com o objetivo de conhecer os Fatores que Influenciam a Ativação de Equipas de Resposta Rápida na perspetiva dos Enfermeiros a exercer funções num Serviço de Internamento.

Eu, _____
abaixo-assinado, tomei conhecimento de que a minha participação no estudo consiste num questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e numa entrevista semiestruturada, tendo me sido explicado em que consiste e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Foi-me garantido que após a transcrição do material gravado em suporte de áudio, este será destruído. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Este estudo não tem qualquer financiamento, nem implica nenhuma despesa ou risco para o participante, assim como não existe forma de pagamento pela sua participação.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto científico.

Afirmo que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador.

Investigadora: Cátia Salgado | Contacto: 913893412 | Email: catia.dmsalgado@gmail.com

Data: ___/___/____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Investigador: _____

