

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM RELATÓRIO

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: UM CAMINHO PARA A SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Esmeralda Cristo Félix

ORIENTAÇÃO

Professora Antónia Costa

Beja, setembro 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM RELATÓRIO

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: UM CAMINHO PARA A SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Esmeralda Maria Baioa Cristo Félix

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EMENFERMAGEM, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM MÉDICO CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ORIENTAÇÃO

Professora Antónia Costa

Beja, setembro 2025

A verdadeira viagem do descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos." — Marcel Proust

RESUMO

Introdução: O relatório é parte integrante à obtenção do grau de mestre em enfermagem e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica. A notificação de Eventos adversos, configura um instrumento de aprendizagem e, ao mesmo tempo, é um barómetro da cultura de segurança de uma instituição de saúde.

Objetivo: Descrever de forma pormenorizada as atividades desenvolvidas durante o Estágio, evidenciando a sua relevância na aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, assim como das competências de Mestre em Enfermagem.

Metodologia: Descritiva e crítico-reflexiva com a análise das competências de enfermagem comuns, específicas e de mestre adquiridas em contexto de estágio, e as atividades/estratégias desenvolvidas para cada competência, tendo como suporte a Teoria de Enfermagem das Transições de Afaf Meleis. Foi realizada uma *Scoping Review* sobre a notificação de Eventos Adversos, seguindo as diretrizes metodológicas do Joanna Briggs Institute, constituindo uma base teórica e científica ao estudo desenvolvido, contribuindo para a consolidação das competências de mestre.

Resultados: A analise crítico-reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências permitiu integrar conhecimentos prévios e desenvolver capacidades como o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a antecipação. Este percurso formativo traduziu-se numa transformação da prática profissional, alicerçada na aplicação da evidência científica e na valorização da cultura de segurança, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Conclusão: A elaboração deste relatório permitiu descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências através de uma análise crítico-reflexiva devidamente fundamentada das atividades desenvolvidas, durante o ciclo de estudos, assim como, a promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cultura de Segurança do Doente; Notificação de Eventos adversos; Qualidade e Gestão de Risco.

ABSTRACT

Introduction: This report is an integral component in obtaining the Master's degree in Nursing and the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: the person in critical condition. The reporting of adverse events serves both as a learning tool and as a barometer of the safety culture within a healthcare institution. **Objective**: Provide a detailed description of the activities carried out during the internship, highlighting their relevance in the development of both the core and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing — the person in critical condition — as well as the competencies required for the Master's degree in Nursing. **Methodology**: Descriptive and critical-reflective analysis of the core, specific, and master's-level nursing competencies acquired during the internship, including the activities and strategies developed to support each competency. This analysis is grounded in Afaf Meleis' Nursing Theory of Transitions. A Scoping Review on the reporting of Adverse Events was conducted, following the methodological guidelines of the Joanna Briggs Institute, providing a theoretical and scientific foundation for the study and contributing to the consolidation of master's-level competencies. **Results**: The critical-reflective analysis of the process of acquiring and developing competencies enabled the integration of prior knowledge and the enhancement of key abilities such as clinical reasoning, decision-making, and anticipation. This educational journey resulted in a transformation of professional practice, grounded in the application of scientific evidence and the promotion of a safety culture, with a direct impact on the quality of care provided to individuals in critical condition. **Conclusion**: The preparation of this report enabled a comprehensive description of the process of acquiring and developing competencies through a well-founded critical-reflective analysis of the activities carried out throughout the study cycle, as well as the promotion of care quality and safety.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Patient Safety Culture; Adverse Event Reporting; Quality and Risk Management.

AGRADECIMENTOS

Este relatório representa não apenas o culminar de um percurso académico exigente, mas também a expressão de uma caminhada vivida com entrega, persistência e profundo compromisso pessoal e profissional. Por isso, é com gratidão que reconheço todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este momento se tornasse possível.

Aos meus pais, que já partiram, mas que no céu comemoram esta nossa conquista, agradeço por me ensinarem, desde cedo, a batalhar pelos meus objetivos com coragem, integridade e determinação. Os valores que me transmitiram permanecem vivos em mim e foram alicerces fundamentais ao longo desta travessia.

Aos colegas de trabalho e de curso, expresso o meu reconhecimento pela partilha de saberes, pela entreajuda constante e pela capacidade de transformar os desafios em oportunidades de crescimento coletivo. A vossa presença tornou este percurso mais rico e mais humano.

À professora orientadora, agradeço pela orientação rigorosa, pela disponibilidade e pelo incentivo permanente. O seu acompanhamento foi essencial para a construção deste trabalho com consistência, profundidade e sentido.

Aos enfermeiros supervisores dos contextos clínicos onde decorreu o estágio, deixo uma palavra de especial apreço pela forma como acolheram, acompanharam e desafiaram o meu desenvolvimento. A vossa experiência, exigência e generosidade foram determinantes para a consolidação das competências especializadas e para a construção de uma prática mais consciente, segura e humanizada.

Ao meu marido e aos meus filhos, agradeço com o coração inteiro. Foram o meu suporte incondicional, acolhendo as minhas ausências, os meus silêncios, os momentos de fragilidade. A vossa paciência, compreensão e presença foram fundamentais para que eu pudesse persistir, mesmo nos dias mais difíceis.

A todos, o meu sincero obrigada. Este relatório é também vosso — fruto de uma caminhada partilhada, sustentada por afetos, valores e vínculos que me fortalecem e me inspiram

ÍNDICE

RESUMO iii

ABSTRACT iv

AGRADECIMENTOS v

ÍNDICE vi

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS viii

1. INTRODUÇÃO 1

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL 6

2.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS 7

2.2. CONCEPTUALIZAÇAO DA PROBLEMATICA: NOTIFICAÇÃO DE EA E SEGURANÇA DO DOENTE 11

2.2.1. METODOLOGIA DE PESQUISA – SCR 17

2.2.2. RESULTADOS 20

2.2.3. DISCUSSÃO 22

2.2.4. CONCLUSÃO 23

3. CARATERIZAÇAO DOS CONTEXTOS CLINICOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM 25

3.1. ULS: CARACTERÍSTICAS GERAIS 27

3.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS 29

3.2.1. ANÁLISE DO CONTEXTO RELATIVAMENTE À NOTIFICAÇAO DE EA 32

3.3. SMI: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS 36

3.3.1. ANÁLISE DO CONTEXTO RELATIVAMENTE À NOTIFICAÇÃO DE EA 41

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EE E DE MESTRE EM ENFERMAGEM 44

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE E MESTRE ENFERMAGEM 46

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE E DE MESTRE ENFERMAGEM 63

4.3. DESAFIOS ENFRENTADOS E SUPERAÇÃO 79

5. CONCLUSÃO 82

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84

Apêndice A - Síntese das evidências empíricas 95

Apêndice B - Plano de sessão da formação 101

Apêndice C - Póster Científico 104

Apêndice D - Cartaz informativo 106

Anexo A - Declaração de Participação na Ação Formativa 109

Anexo B - Declaração de Participação na Formação "Gases Medicinais" 111

Anexo C - Declaração de Participação na Formação "Que Importância e Que Estratégias" 113

Anexo D - Declaração de Participação na Formação "Journal Club" 115

Anexo E - Declaração de Participação na Formação "Gestão de Conflitos" 117

Anexo F - Declaração de Participação na Formação "O Papel das Técnicas Auxiliares de Saúde na Prevenção e Controlo de Infeção no SMI" 119

Anexo G - Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 121

Anexo H - Ofício de Autorização para Estágio de Observação na VMER de Beja 123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

AVD – Atividades de Vida Diária

BPS – *Behavioral Pain Scale* (Escala de Dor Comportamental)

CH – Centro Hospitalar

CLT – *Cognitive Load Theory* (Teoria da Carga Cognitiva)

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DRE – Diário da República Eletrónico

EA – Eventos Adversos

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC–PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica *(nomenclatura preferida para a área de especialização)*

GCL – Grupo Coordenador Local

HSLE – Hospital de São Luís de Elvas

HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Doente

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPBeja – Instituto Politécnico de Beja

PCC – População, Conceito e Contexto

ITLS – *International Trauma Life Support* (Suporte Avançado de Vida no Trauma)

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MeSH – *Medical Subject Headings*

MS – Ministério da Saúde

NAS – *Nursing Activities Score* (Índice de Atividades de Enfermagem)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS (WHO) – Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*)

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PBE – Prática Baseada na Evidência

ICN – *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiros)

PPCIRA – Programa de Prevenção em Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses – Scoping Reviews*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCA – Análise de Causa Raiz (*Root Cause Analysis*)

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

ScR – *Scoping Review*

SIV – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SWOT – *Strengths; Weaknesses; Opportunities; Threats* (Forças; Fraquezas; Oportunidades; Ameaças)

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório (3.º semestre), integrada no 8.º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), ministrado pela Escola Superior de Saúde de Beja, do Instituto Politécnico de Beja (IPBeja), nos anos letivos de 2023/2024 e 2024/2025.

Este relatório tem como finalidade central a descrição do percurso formativo e do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), bem como das competências específicas do EE em EMC-PSC, articuladas com as competências de Mestre em Enfermagem. A abordagem adotada assenta numa análise crítico-reflexiva sustentada na evidência científica mais atual, com vista à obtenção do título de EE em EMC-PSC e do grau de Mestre em Enfermagem, mediante apresentação e discussão em provas públicas.

De forma a planear e estruturar este relatório, delineámos um percurso metodológico que nos permitisse articular a prática clínica com a reflexão teórica e a análise crítico-reflexiva das competências adquiridas ao longo do estágio. A construção deste documento teve como base o projeto individual de aquisição de competências, desenvolvido na UC de Projeto em EMC-PSC, onde definimos os objetivos a alcançar e planificámos as estratégias e atividades a desenvolver, com vista à consolidação das competências comuns do EE, das competências específicas do EE em EMC-PSC e das competências de Mestre em Enfermagem. A estruturação deste processo formativo permitiu-nos selecionar contextos clínicos diversificados e delinear intervenções alinhadas com os padrões de qualidade e segurança dos cuidados. A temática da notificação de Eventos Adversos (EA) revelou-se transversal às experiências vivenciadas, permitindo-nos consolidar aprendizagens, aprofundar o nosso compromisso com a segurança do doente e reforçar a importância da PBE como eixo estruturante da atuação especializada.

Para concretizar este processo, foram selecionados dois contextos clínicos distintos: O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), entre de fevereiro a 4 de abril de 2025, e o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), entre 26 de abril a 15 de junho de 2025, de uma Unidade Local de Saúde (ULS). Em cada um destes contextos, foi atribuída a supervisão clínica a um EE em EMC-PSC, sob orientação pedagógica da Professora Maria Antónia Costa. Importa referir que, apesar da estrutura formativa prever três estágios clínicos, não foi realizada a componente de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) uma vez que foi atribuída creditação de competências pela nossa experiência profissional na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Com o intuito de enriquecer e complementar o processo formativo, foram ainda realizados estágios de

observação na Unidade Local do Programa de Prevenção em Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA), e na Viatura Medica de Emergência e Reanimação (VMER).

A temática escolhida para o nosso projeto individual de aquisição de competências foi a Notificação de EA como prática promotora da segurança dos cuidados, tendo como objetivo major refletir sobre a importância da notificação de EA na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC. Como sustentáculo teórico e científico, elaborámos um artigo sob a forma de *Scoping Review* (ScR), com o título: "Notificação de eventos adversos: Um caminho para a segurança dos cuidados", com o propósito de compreender o estado da arte sobre esta problemática.

A fundamentação teórica do projeto foi ancorada na Teoria das Transições, de Afaf Meleis, que possibilitou uma compreensão aprofundada dos processos de mudança vivenciados tanto pelos profissionais como pelas pessoas em situação crítica. Esta perspetiva orientou intervenções baseadas na evidência científica, promovendo uma cultura de segurança e uma prática centrada na pessoa. A aplicação destes referenciais favoreceu uma abordagem qualificada e segura, sustentada na reflexão crítica e na integração dos saberes, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados. A escolha destes modelos decorreu do nosso interesse pessoal e profissional, bem como da convicção da relevância desta temática para a PSC, tendo em vista a prestação de cuidados de enfermagem que assegurem segurança, qualidade e humanização. Esta escolha foi ainda reforçada pela nossa experiência prévia na SIV do INEM, a qual permitiu o reconhecimento e creditação de competências na área da emergência extra-hospitalar.

Esta vivência, em contexto de elevada exigência clínica e tomada de decisão rápida, despertou em nós uma consciência crítica sobre os riscos inerentes à prestação de cuidados em situações de instabilidade e reforçou o nosso compromisso com a promoção da segurança do doente. A experiência adquirida na SIV revelou-se particularmente relevante para a compreensão aprofundada dos contextos de estágio subsequentes — nomeadamente no SUMC e no SMI — onde a complexidade clínica, a elevada rotatividade de doentes e a necessidade de respostas céleres e seguras evidenciam a importância da identificação, análise e prevenção de EA.

A segurança do doente constitui um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, assumindo especial relevância em contextos clínicos de elevada complexidade, como os que envolvem a PSC. Esta é definida como "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19362). A prestação de cuidados à PSC exige, por isso, monitorização contínua, intervenções rápidas e complexas, e recursos humanos e tecnológicos especializados.

O EEEMC na área da PSC é reconhecido como elemento-chave na resposta às necessidades de cuidados seguros, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial, através da implementação de práticas baseadas na evidência, da participação em programas de melhoria clínica e da promoção de ambientes terapêuticos seguros (OE, 2019). Os cuidados prestados exigem elevada qualificação técnica e científica, com capacidade para manter funções vitais, prevenir complicações e promover a recuperação funcional (OE, 2018).

A prestação de cuidados de saúde caracteriza-se pela sua elevada complexidade e exposição ao risco, exigindo dos profissionais uma atenção constante à segurança do doente. A possibilidade de ocorrência de EA está sempre presente, o que torna imperativa a adoção de práticas clínicas seguras e sistemas organizacionais eficazes. A segurança do doente é, por isso, reconhecida como um direito fundamental e um dos principais desafios dos cuidados de saúde contemporâneos, sendo transversal a todas as dimensões da qualidade assistência (OE, 2023; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). A ocorrência de EA pode comprometer a segurança do doente, sendo essencial adotar estratégias que promovam a sua identificação, análise e prevenção. A notificação de EA constitui uma ferramenta fundamental para a construção de uma cultura de segurança, permitindo reconhecer falhas nos processos e implementar melhorias sustentadas na prática clínica (DGS, 2011; Ministério da Saúde [MS], 2015).

A cultura de segurança é determinada por múltiplos elementos, como valores partilhados, comunicação aberta, trabalho em equipa, aceitação das vulnerabilidades, notificação sem culpabilização, aprendizagem com o erro e resiliência organizacional (Fragata, 2011). Contudo, a notificação de EA continua a ser um desafio, devido ao receio de represálias e à ausência de sistemas eficazes. Siman et al. (2017) referem que a notificação é essencial para evitar a repetição de eventos e que a aprendizagem baseada no erro contribui para a melhoria dos processos.

A gestão de risco é uma ferramenta indispensável na segurança do doente, permitindo definir estratégias que aumentem a segurança dos *stakeholder*[1] e melhorem os processos assistenciais (Guerra et al., 2021; Ramos & Trindade, 2011). A Organização Mundial de Saude/World Health Organizacion (OMS/WHO) afirma que cuidados eficazes, integrados, centrados no doente, oportunos, equitativos, eficientes e seguros são sinónimo de qualidade (WHO, 2020). Embora não seja possível eliminar todos os riscos, é fundamental reduzir a probabilidade de ocorrência de incidentes, assegurando a segurança do doente (WHO, 2004; 2009).

Importa distinguir entre incidente e evento adverso: o incidente é "qualquer desvio do cuidado médico usual que cause lesão ao paciente ou represente um risco de dano, incluindo erros, EA evitáveis

[1] *stakeholder* - todas as partes interessadas que são afetadas ou que influenciam a qualidade e a segurança dos serviços de saúde

e perigos" (OMS/WHO, 2021, p. XXII), enquanto o evento adverso é um "incidente que resulta em dano evitável a um paciente" (OMS/WHO, 2021, p. XXI).

Para promover a cultura de segurança e apoiar a gestão de risco, existem sistemas de notificação e alerta de incidentes (OMS/WHO, 2021). Em Portugal, o sistema Nacional de Saúde (SNS) disponibiliza o sistema. Notifica[2], através do qual profissionais e cidadãos podem reportar incidentes, contribuindo para a construção de uma cultura de segurança (MS, 2015).

A pertinência da temática em estudo advém do facto de a notificação de EA constituir, simultaneamente, um instrumento de aprendizagem organizacional e um indicador relevante da maturidade da cultura de segurança institucional. Apesar da robusta evidência empírica que sustenta a sua importância na prevenção de falhas e na melhoria contínua dos cuidados, continua a verificar-se uma subnotificação significativa destes eventos. O relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance*, alerta para o ceticismo ainda presente relativamente aos sistemas de notificação, sublinhando que os resultados obtidos permanecem aquém do desejável. Neste contexto, consideramos que a escolha desta temática se revela particularmente oportuna e atual, contribuindo de forma efetiva para a promoção da segurança do doente e para a qualificação dos cuidados prestados à PSC, refletindo, igualmente, uma continuidade coerente com o nosso percurso formativo, profissional e com os contextos clínicos vivenciados ao longo do estágio.

Neste relatório, propomo-nos explanar as estratégias e atividades desenvolvidas ao longo do estágio, evidenciando o seu contributo para o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), bem como das competências de Mestre em Enfermagem. A abordagem adotada centra-se na notificação de EA como prática promotora da segurança dos cuidados, permitindo-nos refletir criticamente sobre a sua relevância na melhoria contínua da qualidade assistencial.

Neste sentido, definiu-se como objetivo geral descrever de forma pormenorizada as atividades desenvolvidas durante o Estágio, evidenciando a sua relevância na aquisição das competências comuns e específicas do EMC-PSC, assim como das competências de Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos, pretende-se: apresentar o enquadramento teórico e conceptual, que suporta o relatório, descrever os contextos clínicos onde decorreram os estágios, apresentar, elaborar uma análise crítico-reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências especializadas e de mestre.

Para a elaboração do presente relatório recorremos ao método descritivo, aliado a uma análise

[2] NOTIFICA- é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde.

crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas no âmbito dos estágios. Foi realizada uma ScR, sobre a notificação de EA, suportada pelas recomendações de Joanna Briggs Institute (JBI).

No primeiro capítulo, Introdução, apresentamos o enquadramento geral do relatório, a justificação da escolha da temática, os objetivos delineados e a metodologia adotada para a sua concretização. O segundo Capítulo – Enquadramento Teórico e Conceptual integra o referencial teórico que sustenta a temática em estudo, e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, bem como a revisão da literatura sobre a notificação de EA e a sua relevância na segurança dos cuidados. No terceiro Capítulo – Caracterização dos Contextos da Prática Especializada em Enfermagem, descrevemos os contextos clínicos onde decorreram os estágios, analisando as suas especificidades, recursos, dinâmicas de equipa e desafios, com especial enfoque na relação entre esses contextos e a temática da segurança do doente. No quarto Capítulo– Análise Reflexiva da Aquisição de Competências do EE e de Mestre em Enfermagem constitui o núcleo central do relatório, onde refletimos criticamente sobre as atividades desenvolvidas, as aprendizagens realizadas e o processo de aquisição das competências comuns, específicas e de mestre, à luz das experiências vivenciadas e da evidência científica. Por fim, no quinto Capítulo – Conclusão, sintetizamos os principais contributos deste percurso formativo, avaliamos o grau de concretização dos objetivos propostos e refletimos sobre as implicações da temática abordada para a prática profissional e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde.

Para a elaboração deste relatório, adotámos a norma de citação e referenciação da American Psychological Association (APA), 7.ª edição (2020). Esta norma permite uma estruturação clara, coerente e reconhecida internacionalmente, facilitando a identificação das referências utilizadas ao longo do trabalho e assegurando o rigor científico e a integridade académica. As citações diretas e indiretas foram realizadas de acordo com os princípios da APA, respeitando a autoria, o ano de publicação e, quando aplicável, a paginação. As referências bibliográficas encontram-se organizadas por ordem alfabética no final do relatório, permitindo uma consulta rápida e transparente das fontes que sustentam a fundamentação teórica e a análise crítico-reflexiva desenvolvida. Este relatório foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, exceto nas citações diretas, onde foi mantido o texto original dos autores e de acordo com a norma para a elaboração de trabalhos académicos produzidos no IPBeja (2024). Por forma a respeitar a proteção de dados procurámos ao longo do trabalho não identificar locais e instituições onde decorreu a nossa aprendizagem.

Respeitando o dever de sigilo académico e profissional, as informações contidas neste documento não incluem a identificação das instituições e das pessoas envolvidas neste percurso, sendo esta omissão intencional.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL

Além da experiência profissional e da evidência científica, é igualmente fulcral a aplicação de teorias que orientem a prática de enfermagem, contribuindo para uma tomada de decisão fundamentada e para a melhoria dos resultados em saúde. Segundo Lacerda et al. (2024), a construção e aplicação de teorias em enfermagem são essenciais para o desenvolvimento do conhecimento disciplinar, permitindo compreender, explicar e orientar a prática profissional, com impacto direto na segurança e qualidade dos cuidados. Os conhecimentos em enfermagem, sustentados em teorias e metodologias científicas, favorecem o pensamento crítico, a tomada de decisão consciente e a avaliação dos resultados obtidos, especialmente em contextos de elevada complexidade clínica como os que envolvem a PSC.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC exige, por isso, um conhecimento científico sólido que sustente a prática e promova intervenções seguras e centradas na pessoa. Daí a importância da existência de um quadro de referências específico para o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em PSC (OE, 2015, p. 17243). Neste contexto, e considerando que o estágio constitui um espaço privilegiado de prática e desenvolvimento de competências, foi selecionada a Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico para orientar a aquisição e consolidação das competências especializadas e de mestre. Esta teoria permite compreender os processos de mudança vivenciados pelos profissionais e pelas pessoas em situação crítica, favorecendo intervenções sustentadas na evidência científica e na promoção da cultura de segurança.

Para o avanço do tema científico abordado neste Relatório de Estágio (RE), torna-se essencial discutir conceitos estruturantes e identificar estratégias orientadoras que sustentem uma prática eficaz por parte dos Enfermeiros Especialistas (EE) na prestação de cuidados à PSC e à sua família. A enfermagem, enquanto disciplina profissional, é regulada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e pelo Código Deontológico da OE, os quais clarificam as obrigações éticas e legais da profissão, respeitando os direitos dos indivíduos e das comunidades.

No contexto da prestação de cuidados à PSC — definida como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais (OE, 2018) — é imperativo que a prática se alicerce num conhecimento científico sólido, que sustente a tomada de decisão consciente e promova cuidados seguros e humanizados. Daí a importância da existência de um quadro de referências específico para o exercício profissional do EE em PSC (OE, 2015, p. 17243).

Neste sentido, e considerando que o estágio constitui um espaço privilegiado de prática e desenvolvimento de competências, foi selecionada a Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico para orientar a aquisição e consolidação das competências especializadas e de mestre.

Esta teoria permite compreender os processos de mudança vivenciados pelos profissionais e pelas pessoas em situação crítica, favorecendo intervenções centradas na pessoa e sustentadas na evidência científica.

Este capítulo aborda, portanto, os conceitos relacionados com a qualidade em saúde e a segurança dos cuidados, com especial enfoque na notificação de EA como prática promotora da cultura de segurança. Apresenta-se a metodologia adotada para a realização do enquadramento teórico-conceptual, os resultados da ScR elaborada sobre a temática, e discute-se a relevância da notificação de EA nos cuidados de enfermagem prestados à PSC, articulando os conceitos-chave entre si e fundamentando teórica e empiricamente o presente relatório.

2.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis

O modelo teórico de enfermagem adotado neste trabalho é a teoria das transições, teoria de médio alcance, proposta por Afaf Ibrahim Meleis, onde a transição é entendida como "uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças" (Costa, 2016). Esta teoria pode ser observada de forma esquemática no Diagrama da Teoria das Transições (Figura 1), que sintetiza as principais dimensões e relações entre os elementos do processo de transição.

A transição é, então, um processo dinâmico, pois discorre das alterações na vida, saúde, relacionamentos e ambientes da pessoa (Sousa et al., 2020); complexo e não estruturado, pois pode ser provocado por diferentes fatores (internos e/ou externos) (Meleis, 2010; 2012); e pessoal, onde a pessoa tem consciência das mudanças pelas quais está a passar, afetando a sua identidade, o seu comportamento e o seu estado de saúde, interferindo nos papéis sociais desempenhados, destacando-se a sua singularidade, diversidade e as diversas dimensões que contribuem para a construção de diferentes significados, resultantes da perceção de cada pessoa (Meleis, 2012).

Segundo Fawcett, o conhecimento em enfermagem estrutura-se em cinco níveis interdependentes: metaparadigmas, filosofias, modelos concetuais, teorias e indicadores empíricos, os quais orientam a prática profissional e a produção científica (Lacerda et al., 2024). Afaf Meleis, ao desenvolver a Teoria das Transições, não propôs novos metaparadigmas, mas aprofundou os quatro clássicos da enfermagem — Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem — como eixos interpretativos dos processos de mudança vivenciados ao longo da vida e nos cuidados de saúde (Meleis, 2018) Neste modelo, a pessoa é compreendida como protagonista da transição, a saúde como um estado dinâmico influenciado pela forma como a pessoa experiência e gere essas mudanças, o ambiente como o conjunto

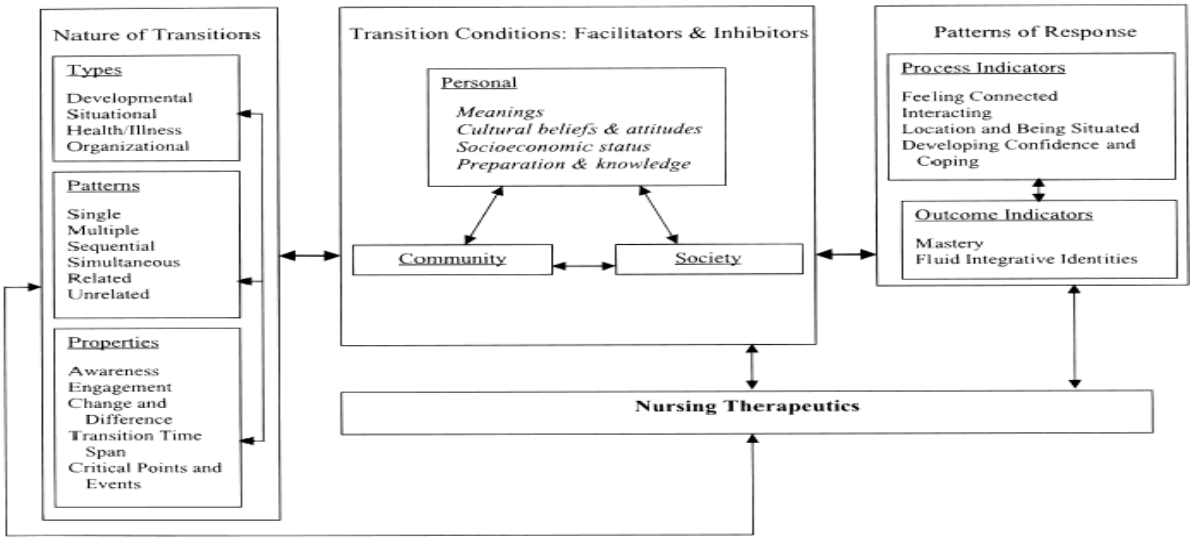
de fatores que podem facilitar ou dificultar a qualidade da transição, e a enfermagem como agente facilitador da transição saudável, promovendo adaptações positivas e sustentadas (Meleis, 2018; MedFoco, 2024).

Segundo Meleis, a transição representa uma alteração no estado de saúde, nas funções desempenhadas, nas expectativas ou nas competências de uma pessoa, sendo a transição um processo que apresenta características comuns, como o afastamento da rede social e dos sistemas de apoio, a perda momentânea de objetos ou referências familiares significativas, o surgimento de novas necessidades e o abandono de expectativas que já não se aplicam às novas circunstâncias de vida da pessoa (Costa, 2016).

Neste sentido, considera-se que a adoção deste modelo para este trabalho faz todo o sentido, dado que ele fornece informação que permite compreender e apoiar as mudanças vividas pelas pessoas em situação crítica. Conforme Meleis et al. (2000), esta teoria, focada nos processos de transição que ocorrem ao longo da vida do indivíduo, procura compreender de que forma este, lida com as mudanças significativas da sua vida, estado de saúde e bem-estar, assumindo-se que durante o período de transição, o indivíduo está mais suscetível a riscos que podem impactar a sua saúde, o que justifica a necessidade de cuidados de enfermagem. Nesta teoria, a transição assume-se como um processo gradual que se desenvolve ao longo do tempo e que provoca transformações significativas na vida do doente (Meleis, 2013). A autora explica que, ao longo da sua trajetória, a pessoa vivencia diferentes fases de mudança, caracterizadas pela passagem de um estado para o outro e é durante esta passagem que ocorrem períodos de instabilidade, que podem ser antecedidos ou sucedidos por fases de estabilidade (Meleis, 2013).

Figura 1.

Diagrama da Teoria das Transições



Nota. Fonte: Elaboração própria

Pensando na PSC, a aplicabilidade da teoria das transições revesse na compreensão do processo vivido pelo doente e pela família, isto porque, numa situação crítica como, por exemplo, o internamento num serviço de medicina intensiva (SMI) ou um rápido agravamento da doença, leva a uma transição brusca na vida do doente e da sua família. E aqui, o enfermeiro, socorrendo-se desta teoria, consegue identificar mudanças no estado de saúde, nos papéis sociais e nas capacidades que ocorrem durante esse período, desenvolvendo uma intervenção que proporciona um cuidado eficaz (Costa, 2016).

As mudanças de que Meleis fala podem estar relacionadas com eventos críticos, como é o caso da PSC, que levam a alterações de perceções, identidades, relações e rotinas. Estas mudanças exigem do enfermeiro experiência, conhecimento e sensibilidade uma vez que correspondem a uma fase de grande vulnerabilidade para os integrantes (Meleis, 2010). Neste sentido, no decorrer do processo de transição, as intervenções de enfermagem são entendidas como uma ação interativa e contínua, que devem oferecer conhecimento e capacitação adequada aos seus intervenientes, desencadeando respostas positivas aos processos de transição que permitiram restaurar o bem-estar do indivíduo (Meleis, 2010).

A teoria das transições reconhece a "natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem" (Sousa et al., 2020, p. 66). No que diz respeito às transições vividas pelo doente, diferentes transições podem ser vivenciadas ao mesmo tempo durante algum tempo (Costa, 2016) e podem ser de quatro tipos (McEwen & Wills, 2019; Silva et al., 2019):

- desenvolvimentais: relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital, por exemplo, a transição da infância para a adolescência;
- situacionais: relacionadas com a alteração de papéis desempenhados anteriormente, sendo mudanças provocadas por acontecimentos inesperados, como a morte de um familiar;
- de saúde-doença: quando há a passagem de um estado saudável para um estado de doença, uma mudança que ocorre, por exemplo, com o diagnóstico de uma doença. No processo de transição saúde-doença, relativamente à notificação de EA, na interação com a PSC, os enfermeiros, ao implementarem estratégias facilitadoras e promotoras de notificação contribuem para que este processo de transição seja saudável, humanizado, compartilhado, holístico, científico e seguro;
- organizacionais: relacionadas com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e Intra organizacionais. Por exemplo, podem ser mudanças que ocorrem nas instituições de saúde devido a alterações políticas.

Além disso, a autora refere que existem transições saudáveis, as quais se caracterizam pelo domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos com novos papéis; transições insalubres (ou

ineficazes), que influenciam o indivíduo e aumentam a sua vulnerabilidade e exposição ao risco; e insuficiência do papel, marcada pela dificuldade do indivíduo em desempenhar um novo papel (Meleis, 1975).

Ainda a respeito das transições, elas podem pautar-se por padrões distintos, ou seja, padrões simples "quando a pessoa vivencia uma única transição, ou múltipla", sequenciais "quando ocorrem em intervalos de tempo distintos, ou simultâneas"; e transições "relacionadas ou não relacionadas" (Silva et al., 2019, p. 38). Contudo, interessa sublinhar a ideia de que "existem propriedades que interferem diretamente ou indiretamente com o processo de transição, nomeadamente, a consciencialização, o empenho, a mudança e diferença, o espaço temporal e os eventos e pontos críticos" (Silva et al., 2019, p. 38).

Meleis explica que os fatores pessoais e os fatores ambientais influenciam a forma como a transição acontece, sendo que estes podem ajudar, ou não, o indivíduo rumo a uma transição saudável (Costa, 2016). Os primeiros referem-se aos significados, atitudes, crenças culturais, situação socioeconómica, conhecimento que a pessoa possui e não só podem facilitar ou dificultar o processo de uma transição saudável, como influenciam o resultado da transição (Meleis et al., 2000). Os segundos relacionam-se com a comunidade e a sociedade em que a pessoa vive, pelo que o apoio destas é fundamental para uma transição saudável, bem como a informação prestada pelos profissionais de saúde e os conselhos de pessoas de confiança (Costa, 2016).

Redirecionando a teoria das transições para a intervenção do enfermeiro junto da PSC, esta torna-se importante, como já referido anteriormente, para a compreensão do processo vivido pelo doente e pela família, mas também para a identificação de vulnerabilidades, já que a teoria destaca sinais de vulnerabilidade durante a transição, como o isolamento social, a insegurança, a perda de referências familiares e a dificuldade em lidar com novas exigências, pelo que o enfermeiro pode antecipar riscos e desenvolver uma intervenção que vise prevenir situações de maior vulnerabilidade emocional ou física. Pois tanto o doente como a família, têm a necessidade de se reajustarem, dado que experienciam situações de desconforto e angústia mediante a vulnerabilidade da situação (Chibante et al., 2015).

Além disso, ao apoiar-se na teoria das transições, entende-se que o enfermeiro pode desenvolver uma intervenção que promova o papel ativo do doente no seu próprio processo de transição, que procure facilitar a adaptação do doente e da família à nova condição, disponibilizando-lhe recursos internos e externos, privilegiando uma comunicação clara, educação para a saúde e a participação da rede de apoio.

Portanto, a teoria das transições figura um apoio para a intervenção do enfermeiro junto da PSC, pois ajuda-o a compreender a dimensão humana da mudança brusca que acontece mediante uma situação crítica, identificando vulnerabilidades e desenvolvendo uma intervenção de enfermagem individualizada,

que promova uma transição saudável, uma adaptação saudável à nova condição e uma recuperação funcional e emocional do paciente e da sua família. No fundo, o enfermeiro desenvolve uma intervenção que visa promover uma transição saudável, essencial no âmbito dos cuidados humanizados, prestando cuidados de conforto personalizados (Svavarsdottir et al., 2018).

2.2. CONCEPTUALIZAÇAO DA PROBLEMATICA: NOTIFICAÇÃO DE EA E SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é, assumidamente, um pilar essencial da qualidade em saúde (Amaral, 2023), sendo a bandeira que encerra um compromisso ético, clínico e organizacional com uma prestação de cuidados que minimize os riscos e previna os danos evitáveis. Por isso mesmo, o que diferencia o conceito de segurança do doente do conceito de qualidade da prestação de cuidados de saúde é, precisamente, o facto do primeiro se referir a evitar ou reduzir os danos reais ou potenciais que decorrem da prestação de cuidados de saúde, enquanto a qualidade da prestação de cuidados de saúde consiste em medir até que ponto um serviço ou produto de saúde produz os resultados desejados (Amaral, 2023).

Mas, a segurança do doente, tal como a qualidade, "…é um dever multiprofissional e de aplicação peculiar a cada contexto de exercício, o que exige o empenhamento de todos os profissionais…" (Brás & Ferreira, 2016, p. 13), considerando-se a segurança do doente "…como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde. E, este dano diz respeito ao comprometimento de estrutura(s) ou função(ões) do organismo humano, seja físico, social ou psicológico." (Gomes et al., 2016, p. 3647).

Quando existe falta de segurança do doente ocorre, necessariamente, uma perda de confiança nas instituições de saúde e nos seus profissionais, resultando na deterioração das relações entre estes e os doentes e num aumento dos custos sociais e económicos (Brás & Ferreira, 2016).

A notificação de EA surge como um componente crucial das estratégias de promoção da segurança do doente, criando oportunidades de aprendizagem e de melhoria contínua dos processos assistenciais (Amaral, 2023; Azevedo et al., 2020; Lima, 2011). E nesta ordem de ideias, é urgente transitar de uma cultura de culpabilização para uma focada na identificação das causas dos EA nos cuidados de saúde (Brás & Ferreira, 2016). No fundo, é premente implementar uma cultura de segurança do doente, considerando-se que

> Prevenir eventos e ter um ambiente seguro para cuidar e ser cuidado traz impacto aos pacientes, familiares e trabalhadores, sabendo-se que se a instituição possui uma estrutura preocupada com a prevenção e promoção de saúde através do uso de protocolos assistenciais,

mapas de riscos e planos de ação, assim como a cultura de um comportamento que assume que erros podem acontecer, mas que é preciso ter ferramentas que possam mitigá-los (Souza et al., 2023, p. 3).

No contexto assistencial, e por forma a evitar confusões concetuais, importa esclarecer alguns conceitos que, apesar de distintos, podem gerar alguma confusão e que são mencionados por Amaral (2023, pp. 1709-1710), que se baseou em vários teóricos:

- Incidente de segurança do doente: "evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente";
- Dano associado aos cuidados de saúde: "dano resultante ou que está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma doença ou lesão subjacente";
- Evento adverso: "um incidente que resulta em dano para o doente";
- Evento sem dano: "incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis";
- Quase evento (*near miss*): "um incidente que não alcançou o doente";
- Erro: "falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano";
- Infração: "um desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra";
- *Medical error:* "um evento adverso ou um quase evento que é evitável à luz do conhecimento médico atual";
- *Never event*: "um incidente de segurança no doente que resulta em lesão grave ou morte";
- Evento sentinela: "um evento de segurança do doente (não relacionado com o curso natural da doença ou condição subjacente) que atinge um doente e resulta numa das seguintes condições: morte; dano permanente ou dano temporário grave e intervenção necessária para sustentar a vida".

No âmbito do presente trabalho, é dada particular atenção aos EA, os quais se traduzem em qualquer ocorrência inesperada relacionada com o processo de cuidados, que resulte, ou possa resultar, em dano para o doente, independentemente de estar associada a erro ou falha no sistema. Estes "…são responsáveis por causar danos permanentes e/ou mortes e podem ocorrer por falhas no processo assistencial, na organização dos serviços (estrutura), na falta de liderança e/ou atitudes que modifiquem as realidades existentes nas instituições de saúde…" (Gomes et al., 2016, p. 3647).

A notificação de EA configura uma estratégia central para promover a segurança do doente, uma

vez que permite a identificação de falhas, a análise das suas causas e a implementação de medidas corretivas e preventivas. Esta pode ser explicada como uma "atividade voluntária do profissional e/ou do cidadão com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretoras sistémicas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir" (DGS, 2012). Este processo contribui para a criação de um sistema de aprendizagem organizacional, em que a informação recolhida é utilizada para reduzir a probabilidade de recorrência de incidentes semelhantes. A notificação permite a aprendizagem com o erro, pelo que é uma ferramenta que permite identificar riscos, perigos e vulnerabilidades da instituição (MS, 2015). Isto porque:

> Os inúmeros EA e erros evitáveis ocorridos nos serviços de saúde são veementemente capazes de gerar incapacidades físicas irreparáveis e óbitos (...). Além disso, a contribuição para a ocorrência de tais eventos pode estar relacionada à estrutura inadequada das instituições de saúde, deficiência de recursos humanos e materiais, comunicação não efetiva entre os profissionais, sobrecarga de trabalho, bem como habilidades e conhecimentos insuficientes por quem presta o atendimento, ou seja, relacionada ao erro humano (Gomes et al., 2016, p. 3647).

A notificação de EA é uma prática reconhecida por entidades internacionais como a WHO, a qual recomenda a sua implementação em todos os sistemas de saúde modernos, sendo importante referir que o sistema de notificação é um mecanismo estruturado que permite o registo anónimo, voluntário ou obrigatório, de EA e incidentes, promovendo uma cultura liberta de represálias e repercussões (Fonseca, 2012; Lima, 2011). Entre os benefícios da notificação de EA, destacam-se (Fonseca, 2012; Lima, 2011; Santos et al., 2010):

- Identificação de fatores causais: permite analisar o que levou ao erro, facilitando a deteção da descoberta da origem dos problemas, promovendo medidas corretivas;
- Gestão de risco: contribui para o desenvolvimento de políticas e procedimentos institucionais mais seguros e adaptados à realidade de cada instituição;
- Aprendizagem organizacional: promove uma abordagem educativa, visando a evolução contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, a eficácia deste mecanismo depende de fatores como a cultura de segurança

prevalecente na instituição. Uma cultura de segurança é o pilar número um do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) – 2021-2026, onde se pode ler que:

> A segurança do doente é uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde, que depende do compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização (DGS, 2022, p. 22).

Uma cultura não punitiva, que privilegie a abordagem sistémica e não a culpabilização individual, é essencial para incentivar os profissionais de saúde a reportarem incidentes sem receio de represálias ou repercussões disciplinares. Porque na verdade, ainda existem profissionais de saúde que identificam o erro e não os notificam (Soydemir et al., 2016).

Segundo a DGS, a cultura de segurança é fundamental para reduzir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, bem como para propiciar um ambiente seguro para os profissionais de saúde, e, consequentemente para os doentes. Atualmente, a inclusão dos doentes, familiares e cuidadores na cultura de segurança é cada vez mais relevante, considerando-se por isso, a literacia em saúde como uma das bases de sustentação deste pilar (DGS, 2022).

Isto, leva-nos aos desafios e barreiras que se colocam à notificação de EA, uma vez que, apesar das evidências que reforçam a importância da notificação de eventos, ainda existe um padrão de subordinação, resultante de fatores como a falta de conhecimento/formação, perceção de erro dos profissionais, falta de tempo, atitudes das entidades administrativas, medo de represálias, falta de *feedback* sobre os eventos reportados, obstáculos relacionados com o sistema de reporte (Carrilho, 2024; Ferreira & Dixe, 2024; Fonseca, 2012; Lima et al., 2018; Soydemir et al., 2016):

1) Muitos profissionais apenas reportam eventos de maior gravidade, negligenciando os "quase erros" ou incidentes sem dano aparente;
2) Barreiras organizacionais e culturais dificultam a implementação eficaz dos sistemas de notificação.

Assim, para ultrapassarem as barreiras que se impõem à notificação de EA, é necessário que as instituições invistam em (Ferreira & Dixe, 2024; Fonseca, 2012; Lima, 2011):

- Formação contínua, com foco no conceito de EA, assim como sobre os procedimentos de notificação e a cultura de segurança;

- *Feedback* constante aos profissionais notificados, reforçando a importância da notificação para a melhoria dos processos;
- Ambiente não punitivo, pelo que deve ser mantido em anonimato o autor que reporta o evento, por forma a proteger o profissional de represálias;
- Envolvimento de todos os intervenientes, como gestores, profissionais de saúde, doentes e famílias, refletindo a responsabilidade de todos pela segurança em saúde.

O modelo de James Reason, conhecido como a Teoria do Queijo Suíço, onde compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo, com a sua análise das "falhas latentes" e "erros ativos", mostra que a generalidade dos EA resulta de uma combinação de fragilidades organizacionais e falhas humanas, reforçando a necessidade de sistemas de notificação eficientes e confidenciais (Gomes et al., 2016).

Portanto, "…torna-se imperativo que os erros/ EA sejam identificados, analisados, avaliados e controlados através de medidas corretivas recorrendo a uma política de gestão de risco…" (Lima et al., 2018, p. 100). Para além da deteção e reporte, a gestão eficaz dos EA exige uma análise sistemática, a qual pode ser feita através de metodologias como a Análise de Causa Raiz (*Root Cause Analysis* – RCA). A RCA pode ser explicada como:

> O processo de descobrir a causa raiz de um problema para determinar uma solução apropriada. A RCA preconiza que prevenir e tratar sistematicamente os problemas subjacentes é mais útil do que simplesmente tratar sintomas pontuais e combater incêndios. Ela é utilizada para analisar as causas ou causas raízes de eventos com impacto positivo e eventos com impacto negativo, sendo mais comumente utilizada na análise de falhas e eventos. A natureza das causas de tais eventos pode variar, incluindo processos e tecnologias do projeto, características organizacionais, fatores humanos e eventos externos (Souza et al., 2023, p. 2).

Inicialmente concebida para ser utilizada pela engenharia (Souza et al., 2023), esta abordagem permite identificar causas primárias e fatores contributivos, promovendo intervenções que visam a melhoria dos processos, a reorganização dos fluxos de trabalho e o reforço da formação profissional. De acordo com Souza et al. (2023), a aplicação da metodologia RCA no âmbito da saúde foi incorporada, em 1977, pela Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations e desde aí, tem vindo a ser utilizada por múltiplas instituições de saúde. Atualmente,

> A RCA é uma ferramenta que realiza uma análise interdisciplinar do evento, ou seja, envolve pessoas de diferentes conhecimentos para que possam, em conjunto, contribuir significativamente na avaliação dos fatores contribuintes para a ocorrência do evento. Sua característica primordial é que ela se concentra em avaliar sistemas e processos e não possui o enfoque em classificar o desempenho individual de quem participou ativamente, sendo este considerado uma segunda vítima do evento (Souza et al., 2023, p. 3).

A insuficiente segurança dos doentes é apontada como um grande problema de saúde pública, sendo também um custo adicional para as instituições de saúde (Conselho da União Europeia, 2009). E "…a qualidade em saúde não existirá se a segurança do doente não estiver assegurada e se esta não se assumir como uma preocupação fulcral durante a prestação de cuidados de saúde…" (Lima et al., 2018, p. 100). Por isso, é essencial uma cultura de segurança e para que esta seja alcançada e prevaleça entre as instituições de saúde,

> É necessária uma mudança transformacional, num ambiente que promova a recolha sistemática e contínua de dados e o foco no respeito e transparência. É assim essencial criar confiança, estabelecer princípios de responsabilização e facilitar aos profissionais a identificação de situações e ambientes inseguros. A promoção de uma cultura de segurança, alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma comunicação, formação e sensibilização, não deverá ser apenas uma escolha, mas um imperativo para todos os profissionais, órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsabilidade de todos (DGS, 2022, p. 22).

O papel do enfermeiro é especialmente relevante neste contexto, mediante o seu contacto contínuo com o doente e a sua participação ativa na vigilância clínica. A relevância das práticas de enfermagem no dia a dia do internamento do paciente é inquestionável, pois o enfermeiro atua de forma direta tanto na prevenção de infeções como na recuperação do estado de saúde do indivíduo (Duarte et al., 2015). A capacidade de identificar, precocemente, sinais de deterioração e de comunicar ocorrências de forma clara e documentada é fundamental para prevenir o aumento da ocorrência de incidentes.

Torna-se fundamental consciencializar os profissionais de saúde, não só os enfermeiros, para a importância e necessidade da notificação de EA e a pesar do investimento em ações de sensibilização, a adesão à notificação tem estado abaixo do esperado e desejado (Louis et al., 2016). Socorrendo-se de diferentes fonte, Carvalho e Aguiar (2023, p. 33) resumem os grandes obstáculos que se colocam à notificação, afirmando que: Esta baixa adesão parece ser multifatorial, incluindo o medo da culpabilização, de sanções administrativas e legais, a resistência à burocracia, a perceção de que a notificação não têm impacto na qualidade dos cuidados, a falta de suporte organizacional, o feedback tardio ou inadequado e a falta de conhecimento acerca do Sistema de Notificação de Incidentes e EA (SNIEA) implementado.

Adicionalmente, a falta de recursos humanos na saúde, médicos e enfermeiros parece também ter influência. A sobrecarga horária e funcional dos profissionais leva à necessidade de reorganizar os cuidados, priorizando o doente e a rápida resolução de situações potencialmente perigosas ou erros, e deixando para segundo plano questões burocráticas como a sua notificação. Sabe-se que este comportamento não promove a Segurança do Doente nem a Qualidade dos Cuidados, uma vez que não permite a antecipação de situações potencialmente perigosas para o doente nem a compreensão do contexto em que os erros ocorreram, não sendo possível a sua prevenção.

Assim sendo, a notificação de EA é uma ferramenta essencial para a melhoria contínua da qualidade e segurança em saúde. A sua eficácia depende de um ambiente organizacional que valorize a transparência, o trabalho em equipa e a aprendizagem a partir dos erros. Ao transformar incidentes em oportunidades de melhoria, as instituições de saúde promovem a redução de risco e, concomitantemente, a consolidação de uma cultura de segurança focada no doente.

2.2.1. Metodologia de Pesquisa – ScR

Para sintetizar a evidência científica sobre a notificação de EA e a segurança do doente, foi realizada uma ScR que segue o protocolo do JBI e recorre à metodologia PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018), com a finalidade de garantir o seu rigor científico. Além disso, este tipo de revisão de literatura tem vindo a ser muito utilizado desde 2012, dado que permite o mapeamento e a síntese de evidências empíricas existentes em saúde (Armstrong et al., 2011; Salvador et al., 2021) e a inclusão de diferentes tipos de evidências (Cordeiro & Soares, 2019). A finalidade desta ScR, foi mapear e investigar as causas para a baixa adesão à notificação de EA na PSC.

Segundo a metodologia JBI, foi definido como objetivo desta ScR: Identificar as causas da baixa adesão à notificação de EA na PSC, tendo-se procedido à formulação da questão de investigação utilizando o método PCC –**P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto –, o qual apoiou a procura de evidências (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018). Assim sendo, na Tabela 1 especifica-se a estratégia PCC, a qual contribuiu para a formulação da questão de investigação.

Tabela 1.

Participantes, Conceito, Contexto

Participantes	Enfermeiros
Conceito	Notificação de EA
Contexto	PSC

Nota: Elaboração própria.

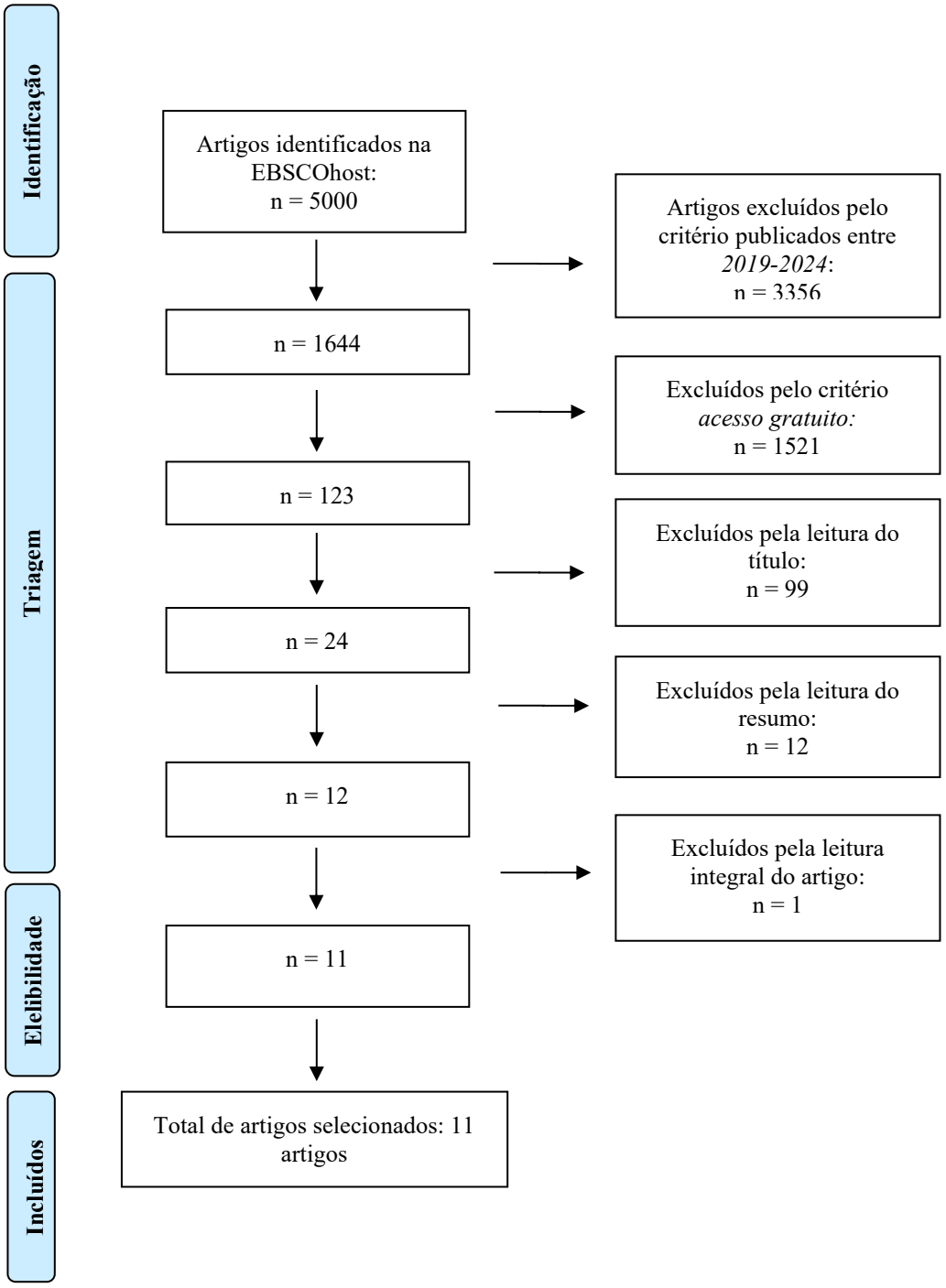
Desta forma, e tendo em conta o exposto até agora, foi formulada a seguinte questão? é: "Quais as causas da baixa adesão à notificação de EA por parte dos enfermeiros que atuam junto da PSC?

O passo seguinte consistiu na pesquisa dos descritores em ciências da saúde do MeSH/DeCS (*Medical Subjet Headings*/Descritores em Ciências da Saúde, respetivamente), pois, segundo Pellizzon (2024), a partir dos DeCS utiliza-se a terminologia autorizada e aceite mundialmente, agilizando a pesquisa bibliográfica e o acesso às evidências. A pesquisa dos DeCS foi feita através do website https://decs.bvsalud.org/, definindo-se como palavras-chave: Segurança dos cuidados; EA; Notificação; Enfermagem. Para a construção da frase boleana, conjugaram-se os DeCS com os operadores booleanos "AND" e "OR" e que resultaram na seguinte fórmula de busca: Segurança dos cuidados AND Enfermagem AND Notificação OR Eventos Adversos. A pesquisa bibliográfica foi efetuada através da consulta na Elton Bryson Stephens Company (EBSCOhost), considerando artigos científicos com texto integral e analisados pelos pares. Na seleção dos estudos foram definidos os critérios de inclusão baseados nas características do estudo e da publicação e presença de texto completo, no período de 2019 a 2025, sendo excluídos os estudos não pertinentes pelo título, presença de duplicados e os que não forneceram apresentação de texto completo. Da pesquisa efetuada, resultaram 123 estudos na EBSCOhost. Após a leitura do título, do resumo e do texto integral, a amostra de artigos que integra esta ScR é composta por 11 artigos: Alhassan et al. (2022)*;* Al'Ma'mari et al. (2019)*;* Batista et al. (2020)*;* Kakemam et al. (2022)*;* Kakemam et al. (2024)*;* Kakemam et al. (2021)*;* Maldonado et al.(2020)*;* Nantsupawat et al. (2022)*;* Okpalauwaekwe & Tzeng (2021)*;* Yesilyaprak & Korkmaz (2023)*;* Zhao et al. (2025).

Em seguida, apresenta-se o fluxograma PRISMA, o qual demonstra todo o processo de extração de dados.

Figura 2.

Fluxograma PRISMA



Nota: Fonte própria.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos, e concluída a seleção dos artigos científicos pertinentes, procedeu-se à construção de uma tabela de extração de dados, com o objetivo de sistematizar e facilitar a análise das evidências encontradas. Esta tabela encontra-se em apêndice (Apêndice A) e contempla os principais elementos metodológicos e empíricos de cada estudo incluído na ScR. A estrutura da tabela de extração de dados foi concebida com o propósito de permitir uma leitura comparativa e integrada dos artigos incluídos na ScR. Para cada estudo selecionado, procedeu-se à identificação completa do título conforme publicado, à referência dos autores responsáveis pela investigação, à explicitação clara do objetivo do estudo, à caracterização da amostra (incluindo dimensão, perfil e contexto), à descrição do tipo de estudo (design metodológico adotado, seja quantitativo, qualitativo ou revisão), à síntese dos resultados principais relacionados com a temática da notificação de EA, e à apresentação das conclusões, destacando as implicações práticas e recomendações propostas pelos autores.

A análise dos artigos foi realizada de forma sistemática, permitindo responder à questão de investigação formulada: "Quais as causas da baixa adesão à notificação de EA por parte dos enfermeiros que atuam junto da PSC?"

A organização da tabela e a leitura crítica dos estudos possibilitaram identificar fatores facilitadores e barreiras à notificação de EA, compreender o papel da liderança, da formação e da cultura organizacional, mapear estratégias institucionais que promovem ambientes seguros e práticas de reporte eficazes, bem como reconhecer lacunas e oportunidades de melhoria na prática clínica e na gestão dos cuidados.

Este processo de extração e análise revelou-se essencial para a construção de uma visão abrangente e fundamentada sobre o estado atual da evidência científica nesta área, reforçando a pertinência da temática e sublinhando a necessidade de intervenções estruturadas que contribuam para o fortalecimento da segurança do doente.

2.2.2. RESULTADOS

Como se referiu anteriormente, procedeu-se à pesquisa de evidências científicas na EBSCOhost, tendo-se selecionado um total de 11 artigos publicados em 2019 (n = 1), 2020 (n = 2), 2021 (n = 2), 2022 (n = 3), 2023 (n = 1), 2024 (n = 1) e 2025 (n = 1). A ScR realizada permitiu mapear evidências empíricas recentes sobre a notificação de EA em contextos de cuidados críticos, com especial enfoque na prática dos enfermeiros e na cultura de segurança institucional. Os estudos analisados revelam que a notificação de EA é uma prática essencial para a melhoria contínua da qualidade assistencial, embora ainda condicionada por múltiplos fatores individuais, organizacionais e sistémicos.

Diversos estudos destacam o papel da liderança, do feedback e da comunicação aberta como elementos facilitadores da notificação. Alhassan et al. (2022) identificaram que o apoio da gestão, a resposta não punitiva aos erros e o feedback eficaz são preditores significativos da prática de notificação entre enfermeiros em hospitais do Gana. Resultados semelhantes foram encontrados por Al'Ma'mari et al. (2019), que evidenciaram que a cultura de segurança é favorecida por processos institucionais de melhoria, trabalho em equipa e aprendizagem organizacional.

No contexto cirúrgico, Batista et al. (2020) demonstraram que rastreadores clínicos de alto desempenho, como reações adversas a medicamentos e infeções hospitalares, são eficazes na identificação de EA, reforçando a importância de ferramentas sistematizadas para a deteção precoce de incidentes.

A dimensão cognitiva e organizacional também foi explorada por Kakemam et al. (2021, 2022, 2024), que evidenciaram que o pensamento sistémico, a competência percebida em segurança do doente e o trabalho em equipa estão associados a menor ocorrência de EA e maior propensão para os reportar. Os enfermeiros com maiores níveis de conhecimento, atitude e habilidades demonstraram comportamentos mais seguros e maior confiança na notificação.

Estudos qualitativos, como os de Maldonado et al. (2020) e Nantsupawat et al. (2022), revelam que, apesar da prática de notificação estar presente, subsiste uma cultura de medo e receio de punições. Os profissionais apontam como estratégias de melhoria a educação contínua, o apoio institucional, a comunicação clara e a garantia de que os relatos conduzem a ações corretivas.

A revisão de Okpalauwaekwe e Tzeng (2021) acrescenta uma perspetiva sobre os fatores que contribuem para a ocorrência de EA em adultos mais velhos, destacando a fragilidade física, a polifarmácia e as falhas organizacionais como elementos críticos em unidades de reabilitação.

Yesilyaprak e Korkmaz (2023) verificaram que, em unidades de terapia intensiva cirúrgica, a cultura de segurança é percebida como moderada, com destaque para o trabalho em equipa, mas com uma frequência de notificação de EA extremamente baixa. A correlação entre cultura de segurança e ocorrência de EA, embora estatisticamente significativa, foi fraca, sugerindo que melhorias na cultura organizacional podem ter impacto positivo na segurança do doente.

Por fim, Zhao et al. (2025) demonstraram que uma plataforma de formação baseada na *Cognitive Load Theory* (CLT), aplicada via WeChat, foi eficaz na redução das barreiras percebidas à notificação de EA. Os enfermeiros do grupo experimental apresentaram maior consciência, intenção e hábitos de reporte, bem como menor perceção de cultura punitiva, evidenciando o potencial das tecnologias digitais para transformar comportamentos e promover ambientes de aprendizagem seguros.

Em síntese, os resultados da ScR reforçam que a notificação de EA é influenciada por fatores

como liderança, formação, cultura institucional, competências individuais e estrutura organizacional. Estes elementos são particularmente relevantes nos cuidados à PSC, onde a complexidade clínica exige ambientes de trabalho seguros, equipas bem preparadas e sistemas de notificação eficazes. A evidência recolhida sustenta a pertinência da temática escolhida e orienta intervenções futuras centradas na promoção da cultura de segurança e na qualificação dos cuidados de enfermagem.

2.2.3. DISCUSSÃO

No enquadramento teórico e concetual, referiu-se que a cultura de segurança se traduz num conjunto de valores, atitudes e comportamentos que priorizam a segurança acima de outros objetivos, e que uma cultura justa promove confiança, transparência e ausência de punição para erros não intencionais. Nos resultados obtidos na ScR, são vários os estudos (Majda et al., 2024; Maldonado et al., 2020; Yesilyaprak & Korkmaz, 2023) que evidenciam níveis intermédios de cultura de segurança e baixa frequência de notificação de EA. Esta discrepância entre perceção positiva em algumas dimensões (como trabalho em equipa) e a baixa prática de notificação confirma o que a teoria prevê: mesmo existindo consciência e cooperação, a perceção de punição ou falta de utilidade da notificação impede a ação. Por outras palavras, sem operacionalizar uma cultura justa (Reason), o reporte continua limitado.

O modelo do Queijo Suíço explica que os EA ocorrem pela conjugação de falhas latentes e erros ativos, e que as barreiras defensivas podem ser fortalecidas pela aprendizagem organizacional (Gomes et al., 2016). Os resultados da revisão mostram que barreiras organizacionais, como a dotação inadequada, uma comunicação deficiente e a ausência de *feedback*, funcionam como "buracos" que alinham as defesas, facilitando o dano. Intervenções como a plataforma WeChat, apresentada no estudo de Zhao et al. (2025), ao reduzirem barreiras e reforçarem competências, atuam diretamente e "tapam" alguns buracos desse modelo, prevenindo que incidentes se transformem em EA.

Por outro lado, também se percebeu que, através do enquadramento teórico-concetual, a notificação é apenas o primeiro passo da gestão do risco, devendo ser acompanhada pela análise de causas e implementação de melhorias. Os estudos contemplados nesta ScR mostram que, frequentemente, o ciclo não é fechado, já que a ausência de *feedback* impede que os profissionais percebam a utilidade da notificação de EA. E isto, contraria o exposto na literatura e as recomendações do PNSD, que defendem que cada evento reportado deve ser analisado e servir de base para ações corretivas, promovendo a aprendizagem organizacional. E de acordo com Ferreira e Dixe (2024), Fonseca (2012) e Lima (2011), a formação contínua com foco na notificação de EA, o *feedback* aos profissionais notificados, o ambiente não punitivo e o envolvimento de todos os intervenientes, é essencial para se ultrapassarem as barreiras

à notificação.

No que diz respeito a fatores humanos e organizacionais, viu-se anteriormente que a sobrecarga de trabalho, o clima punitivo e a perceção de irrelevância são determinantes no comportamento de notificar EA. Os resultados apresentadores em estudos como os de Nantsupawat et al. (2022) e Okpalauwaekwe e Tzeng (2021), reforçam que uma dotação insuficiente leva a cuidados omitidos e a menor reporte, confirmando que as condições estruturais devem ser geridas por forma a viabilizar a notificação. A ausência de tempo e de processos integrados, é apontada em diversos estudos, o que reflete os obstáculos descritos na teoria que versa sobre o assunto.

Constatou-se também que a formação contínua, o pensamento sistémico e a cooperação interdisciplinar são competências-chave para prevenir e reportar EA. Os estudos de Kakemam et al. (2022; 2024) mostram que enfermeiros com maior pensamento sistémico e perceção de competência em segurança têm menor ocorrência de EA e maior taxa de reporte, validando a previsão teórica de que estas competências fortalecem as barreiras defensivas do sistema. O trabalho em equipa, valorizado na teoria e identificado como forte em algumas unidades, nem sempre se traduz na notificação de EA, sugerindo que a competência relacional precisa de ser acompanhada por processos e sistemas eficazes.

Relativamente a intervenções educativas, percebeu-se que a formação é um elemento essencial e os resultados de Zhao et al. (2025) mostram que o formato e o *design* pedagógico são igualmente importantes. A CLT, aplicada numa plataforma *WeChat*, reduziu barreiras e aumentou a intenção de reportar. Tal, permite inferir que não basta formar, é também necessário estruturar o ensino para reduzir carga extrínseca e aumentar a transferência para a prática.

Assim, pode dizer que esta ScR demonstra que a cultura justa, sistemas simples e não punitivos, a par de competências em segurança do doente e gestão sistémica do risco são determinantes para a notificação de EA. Além disso, as intervenções digirais baseadas na CLT podem ser uma aposta, para levar à mudança de comportamento e passar-se para uma real cultura de segurança e para profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, a contribuírem para o aumento da taxa de adesão à notificação de EA e a uma maior consciência da importância desta prática para a segurança do doente e dos próprios profissionais.

2.2.4. Conclusão

Esta ScR mostrou que, embora a notificação de EA seja amplamente reconhecida na teoria e nas políticas de saúde como um instrumento central para a aprendizagem organizacional e melhoria contínua da qualidade em saúde e segurança dos cuidados, a sua implementação prática permanece insuficiente. A

maioria dos estudos analisados revelou níveis intermédios de cultura de segurança e frequência reduzida de reporte, especialmente no que se refere a incidentes sem dano ou "quase-erros".

As causas desta baixa adesão à notificação encontram fundamento num conjunto de barreiras interligadas, que se passam a destacar:

- Perceção de cultura punitiva e medo de represálias, que inibem a comunicação aberta e honesta sobre erros;
- Ausência de *feedback* e de evidência visível de que a notificação conduz a melhorias concretas, diminuindo a motivação para notificar;
- Falta de tempo e sobrecarga de trabalho, que levam a priorizar tarefas assistenciais imediatas em detrimento de uma notificação formal;
- Complexidade ou morosidade dos sistemas de notificação, que desencoraja o uso no contexto de pressão assistencial;
- Perceção de irrelevância da notificação, particularmente em incidentes sem dano, associada a lacunas de formação sobre o seu valor preventivo.

Estes fatores confirmam que a adesão à notificação não depende apenas da consciência sobre a importância da segurança, mas sobretudo da existência de um ambiente organizacional não punitivo, de processos simples e acessíveis, de *feedback* sistemático e de condições estruturais adequadas.

Assim, os resultados da Scr realizada, mostram que a redução da subnotificação exige intervenções com diferentes focos e que enfoquem:

- o reforço da cultura justa, com liderança visível e comunicação transparente;
- sistemas de notificação simplificados, anónimos e integrados na prática clínica;
- a formação contínua com abordagens pedagógicas que favoreçam a transferência para a prática;
- a melhoria das condições de trabalho para reduzir a sobrecarga de trabalho, "dar" tempo aos profissionais de saúde e recursos à notificação;
- o fecho do ciclo de aprendizagem com devolução sistemática de resultados e medidas adotadas.

Nesta ordem de ideias, a integração destas estratégias é essencial para transformar a notificação de EA numa prática normalizada e eficaz, capaz de sustentar a prevenção de danos e a melhoria da qualidade em saúde, através de uma cultura de segurança e com foco na segurança do doente.

3. CARATERIZAÇAO DOS CONTEXTOS CLINICOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O estágio deverá constituir um momento essencial de aprendizagem, possibilitando a articulação de conhecimentos, competências e atitudes, bem como o fomentar do desenvolvimento de raciocínio crítico e tomada de decisão, aspetos fundamentais para um desempenho autónomo e eficaz (Esteves et al., 2018). São, portanto, uma pedra basilar, para a aquisição de uma prática profissional baseada na formação ou evidencia científica, que permitem cimentar conhecimentos teórico-práticos, bem como o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, fundamentais para o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade de decisão e da humanização do cuidado. Nunes (2010) contempla a "…*práxis*, enquanto esfera articulada de teoria e prática, de fundamentação conceptual da ação que reverte em amplitude e aumento do conhecimento." (p. 9).

O Estágio em Enfermagem à PSC, integrado no 2º semestre do mestrado, é uma UC em que o contexto de cuidados é escolhido pelo estudante de acordo com o seu projeto de desenvolvimento pessoal e profissional, que deve ser desenvolvido num dos seguintes contextos: UCI de queimados, de transplantados, cirúrgicos, de gastroenterologia, de neurocríticos ou de coronários; Unidade de cuidados intermédios; Unidades de emergência intra-hospitalar; Unidades de emergência extra-hospitalar; Comissão de controlo de infeção ,Unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica, tais como unidades de diálise, de hemodinâmica, de imagiologia, de electrofisiologia e de endoscopia. Cada estudante mobiliza os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares que o antecedem. Com este estágio pretende-se que cada estudante desenvolva a sua prática de cuidados junto de pessoas a vivenciarem situações de doença crítica e/ou falência orgânica. Este estágio presume a articulação e integração de conteúdos das diferentes unidades curriculares que o precederam. No seu todo, configura um conjunto de saberes a mobilizar e aprofundar pelo estudante nas atividades a realizar no período de prática clínica, desenvolvida em situação real de prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, em contexto de unidades de cuidados intensivos monovalentes, em equipas de emergência extra e intra-hospitalar e em unidades de diagnóstico, intervenção e terapêutica. Devido a minha realidade profissional, que se desenvolve maioritariamente num serviço de emergência extra-hospitalar, uma ambulância SIV- Suporte Imediato de Vida, foi obtida validação de competências neste estágio. Não sendo, por isso, necessário a realização deste estágio.

A prestação de cuidados em contexto extra-hospitalar representa uma dimensão exigente e especializada da prática de enfermagem, particularmente quando se trata da assistência à PSC. A atuação na SIV, integrada no INEM, exige competências técnicas, científicas e humanas altamente desenvolvidas,

sendo um espaço privilegiado para a aplicação de intervenções de enfermagem em situações de urgência e emergência (Oliveira, Neves, Gonçalves, Domingues & Figueiredo, 2014).

A SIV é uma unidade móvel de emergência pré-hospitalar, tripulada por um enfermeiro e um técnico de emergência, equipada com material de Suporte Avançado de Vida (SAV). A sua missão centra-se na estabilização clínica de doentes críticos, garantindo intervenções imediatas até à chegada de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) ou ao transporte para uma unidade hospitalar (INEM, 2016).

Este serviço opera em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sendo acionado para situações como paragem cardiorrespiratória, politraumatizados, síndromes coronários agudos e acidentes vasculares cerebrais.

O exercício da função na SIV pressupõe formação específica, nomeadamente o Curso de Emergência Médica para Enfermeiros, que contempla módulos teóricos e práticos em suporte básico e avançado de vida, trauma, pediatria, obstetrícia e gestão de incidentes com múltiplas vítimas. A formação contínua é assegurada através de simulações clínicas, atualização de protocolos e treino em cenários complexos, promovendo o desenvolvimento de competências como avaliação rápida e sistematizada da PSC, tomada de decisão em ambientes instáveis, comunicação eficaz com equipas multidisciplinares e gestão emocional em contextos de elevada pressão (Miranda, Silva, Sousa, Magalhães & Graça, 2024).

A prática na SIV é marcada por episódios de elevada intensidade emocional e técnica. A reanimação de uma vítima em paragem cardiorrespiratória, o apoio a familiares em momentos de perda ou o acompanhamento de um parto em ambiente pré-hospitalar são exemplos de situações que exigem não apenas conhecimento clínico, mas também sensibilidade, empatia e resiliência. Estes momentos contribuem para o crescimento pessoal e profissional, reforçando o sentido de missão e a importância da presença do enfermeiro como elemento estabilizador e humanizador do cuidado (Oliveira et al., 2014).

A enfermagem em contexto extra-hospitalar, particularmente na SIV, representa uma dimensão avançada da prática clínica, onde o enfermeiro assume um papel central na resposta à PSC. A experiência vivida neste serviço evidencia a necessidade de formação especializada, tomada de decisão autónoma e capacidade de adaptação a ambientes imprevisíveis, sendo um contributo valioso para a construção de um sistema de saúde mais ágil, humano e eficaz (Miranda et al., 2024).

O Estágio em Enfermagem à Pessoa Crítica com Relatório decorreu no espaço temporal de 4 de fevereiro de 2025 até 15 de junho de 2025, num total de 18 semanas de contacto, com o objetivo geral de descrever as estratégias/atividades desenvolvidas e o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EE em EMC – PSC e de Mestre em Enfermagem.

O estágio decorreu numa ULS, com atuação centrada no Serviço de Urgência (SU) e na UCI

ambos dedicados à prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, provenientes de contextos médicos e cirúrgicos. De acordo com a OE (2018), considera-se PSC aquela cuja vida se encontra em risco devido à falência, ou iminência de falência, de uma ou mais funções vitais, sendo a sua sobrevivência dependente de recursos avançados de monitorização, vigilância e terapêutica (p. 19362).

Na sequência, será apresentada uma caracterização geral da ULS, com destaque para as especificidades organizacionais e funcionais do SU e da SMI, nomeadamente a sua missão institucional e o papel que desempenham no contexto hospitalar. Serão também explorados os enquadramentos legais e normativos que orientam a prestação de cuidados nestas áreas críticas, bem como os recursos físicos e materiais disponíveis que sustentam a prática clínica.

A análise contemplará ainda os recursos humanos, com especial enfoque na composição da equipa de enfermagem e nas competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Por fim, será desenvolvida uma reflexão crítica sobre a gestão e produção de cuidados, abordando aspetos como a articulação entre serviços, a eficácia das intervenções, os indicadores de qualidade e segurança, e a capacidade de resposta às necessidades dos utentes em contextos de urgência, emergência e cuidados intensivos.

3.1. ULS: CARACTERÍSTICAS GERAIS

A ULS onde decorreu o estágio é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), criada pelo Decreto-Lei n.º 183/2008. A sua constituição teve como objetivo promover a articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, assegurando uma resposta mais integrada e eficiente às necessidades da população.

A missão da ULS consiste em prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, de forma equitativa, eficaz e oportuna, recorrendo à utilização racional dos recursos disponíveis. Esta missão é concretizada através da colaboração estreita com outros serviços de saúde e parceiros comunitários, com vista à melhoria contínua dos indicadores de saúde da população (ULS, 2025).

Segundo a DGS (2022a), a qualidade em saúde implica garantir cuidados acessíveis e justos, com elevado nível técnico e profissional, respeitando os recursos existentes e promovendo a satisfação dos cidadãos.

Para além da sua função assistencial, a ULS está envolvida em atividades de formação académica e pós-graduada, bem como em projetos de investigação e melhoria contínua, que contribuem para o desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais e para a qualificação dos cuidados prestados.

A atuação da instituição e dos seus colaboradores é orientada por valores como o foco no cidadão,

equidade no acesso, qualidade e segurança, ética e transparência, integração e parcerias, sustentabilidade e inovação (ULS, 2025). A atividade assistencial da ULS abrange diversas áreas, incluindo internamento, ambulatório (consulta externa e hospital de dia), bloco operatório (cirurgia convencional, urgente e de ambulatório), serviços de urgência médico-cirúrgica e serviços básicos de saúde, bem como meios complementares de diagnóstico e terapêutica (ULS, 2025).

A estrutura organizacional da ULS está dividida em vários departamentos clínicos que servem diferentes concelhos da região.

No âmbito do estágio, a intervenção centrou-se nos serviços diretamente ligados à prestação de cuidados em situação crítica: o SUMC, que inclui uma VMER, e o SMI, que integra a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Estes serviços permitiram o contacto com doentes de múltiplas especialidades médicas e cirúrgicas, em estado crítico, possibilitando o desenvolvimento de competências especificas e transversais.

A gestão e produção de cuidados de saúde assumem um papel estratégico na ULS, especialmente em regiões do interior, marcadas por desafios geográficos e demográficos. A produção de cuidados não se limita à sua execução, envolvendo também decisões organizacionais que garantem a qualidade e a eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Esta realidade representa um desafio constante à sustentabilidade e à capacidade de resposta do sistema (Sousa & Simões, 2019).

A ULS enfrenta ainda dificuldades acrescidas devido à predominância de uma população envelhecida, com elevada carga de comorbilidades, doenças crónicas e vulnerabilidade social. A dispersão geográfica dos concelhos abrangidos, aliada à baixa densidade populacional e à dificuldade de acesso, compromete a equidade na prestação de cuidados. Torna-se, por isso, essencial implementar modelos de gestão adaptativos, que valorizem a racionalização dos recursos humanos, físicos e estruturais (ULS, 2022).

A distância entre os centros hospitalares de referência e as localidades da área de influência da ULS condiciona o encaminhamento de casos complexos, as transferências inter-hospitalares e o acesso a cuidados diferenciados em tempo útil. Esta limitação contribui para a sobrecarga dos serviços locais, que nem sempre conseguem dar resposta a todas as situações clínicas, devido à escassez de profissionais de saúde, nomeadamente médicos especialistas e enfermeiros com formação diferenciada. A dificuldade em atrair e fixar profissionais em zonas do interior agrava este cenário (ULS, 2022).

Durante o estágio, foram identificados constrangimentos nos serviços de pediatria e obstetrícia, que afetaram a continuidade dos cuidados e a eficácia da resposta assistencial. Estas limitações exigem uma gestão centrada na proximidade, na articulação entre instituições e no trabalho colaborativo das equipas multidisciplinares (ULS, 2025).

Como defende Nunes (2011), a gestão dos cuidados deve ser orientada por princípios éticos, promovendo o respeito pela dignidade humana e pela justiça no acesso aos cuidados, sobretudo em contextos marcados pela vulnerabilidade social e territorial. Assim, a produção de cuidados na ULS requer uma gestão eficiente dos recursos, investimento contínuo em capital humano e tecnológico, e a adoção de modelos organizacionais ajustados ao perfil epidemiológico e social da região, com vista à promoção da equidade, da coesão territorial e da qualidade assistencial.

3.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

O SU da ULS está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares, conforme estipulado no artigo 4.º do Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014). Este serviço destina-se à população adulta (≥18 anos) e funciona ininterruptamente, 24 horas por dia, todos os dias do ano, prestando cuidados nas áreas de Medicina, Cirurgia Geral e Ortopedia.

A equipa multidisciplinar do SU é composta por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, assistentes operacionais, assistentes técnicos e outros profissionais, ajustando-se às necessidades diárias do serviço. Em média, são atendidos entre 100 a 150 utentes por dia, predominando casos de baixa e média complexidade, com tempos médios de espera entre três a seis horas (ULS, 2023).

O SU dispõe de uma VMER, integrada na rede de emergência médica pré-hospitalar, e articula-se com várias especialidades hospitalares, como medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, imagiologia, patologia clínica e bloco operatório em regime permanente. No entanto, pela ausência de valências como cardiologia de intervenção, neurocirurgia ou cuidados a politraumatizados, e pela limitação na realização de exames diferenciados, torna-se necessário encaminhar alguns utentes para outras unidades hospitalares. Estas transferências são asseguradas por uma equipa de evacuação composta por elementos médicos e de enfermagem do SU.

Localizado no piso térreo do hospital, com acesso direto ao exterior, o SU constitui a principal porta de entrada para a pessoa em situação critica.

A sua estrutura física inclui:

- Balcão administrativo para admissão de utentes;
- Sala de triagem com sistema SClínico[3];
- Duas salas de espera com instalações sanitárias;

[3]- *SClínico* - sistema informático de registo clínico.

- Sala polivalente (6 camas);
- Sala de reanimação (2 camas);
- Sala de decisão terapêutica (8 camas com oxigénio e ar comprimido);
- Balcão de atendimento com quatro gabinetes médicos;
- Sala de inaloterapia (10 lugares sentados);
- Salas específicas para ortopedia, pequena cirurgia, psiquiatria e oftalmologia;
- Serviço de observação (7 camas, com possibilidade de extensão para o corredor);
- Gabinetes médicos e de enfermagem, copa, casas de banho, sala de desinfeção e dispensas.

Durante o estágio, as atividades foram desenvolvidas predominantemente na sala de emergência e na sala de observações, espaços que concentram doentes em situação crítica e que exigem uma resposta clínica imediata, sustentada por monitorização contínua e tomada de decisão célere. Por se tratar de um estágio em enfermagem de prática avançada, centrado nos cuidados ao doente crítico, a experiência proporcionou o contacto direto com contextos de elevada complexidade, onde se valoriza a competência técnica, a capacidade de raciocínio clínico e a atuação baseada em evidência, sempre orientada para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Nestes espaços, destacam-se os seguintes recursos materiais:

- **Sala de emergência**: 2 carros de emergência, 3 ventiladores, 2 monitores com desfibrilhador, 2 monitores cardíacos, 2 sistemas *Pyxis*[4], 6 seringas infusoras, 3 rampas de oxigénio e 2 aspiradores.
- **Sala de observações**: 7 monitores cardíacos, 2 Dinamaps[5], 2 sistemas Pyxis, 12 seringas infusoras, 7 rampas de oxigénio e 5 aspiradores.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistente social, assistentes operacionais e assistentes técnicos. Possui também profissionais das áreas de segurança, limpeza e alimentação, cujos vínculos laborais são estabelecidos com entidades externas à ULS.

A equipa de enfermagem é composta por 74 enfermeiros, dos quais 12 estão afetos exclusivamente ao SU pediátrico. Dois enfermeiros assumem funções de gestão e um desempenha o papel de enfermeiro gestor. Os restantes profissionais trabalham em regime de rotatividade por turnos: manhã (08h00–16h30), tarde (16h00–00h00) e noite (23h30–08h30).

O método de trabalho adotado é o individual, sendo cada enfermeiro responsável pelos cuidados

[4] *Pyxis* - armário computadorizado que armazena medicamentos e produtos de uso clínico.

[5] *Dinamaps* - nome comercial de um monitor automático de sinais vitais.

globais aos utentes sob sua responsabilidade durante o turno. A distribuição dos profissionais pelos postos de trabalho é feita com base na experiência, formação e tempo de serviço, garantindo a presença de 11 enfermeiros por turno, alocados da seguinte forma:

- Um enfermeiro no posto de Triagem (com formação em Triagem de Manchester[5]);
- Um enfermeiro na sala de emergência (mínimo de dois anos de experiência e formação em SAV e trauma);
- Um enfermeiro Sala de decisão terapêutica;
- Um enfermeiro Sala polivalente;
- Um enfermeiro no balcão de atendimento;
- Um enfermeiro na sala de ortopedia;
- Um enfermeiro Sala de pequena cirurgia/evacuação (responsável por assegurar transferências inter-hospitalares dos doentes;
- Um enfermeiro serviço de observação;
- SU pediátrico (2 enfermeiros);
- Enfermeiro responsável de equipa (preferencialmente com especialização).

Nos dias úteis, o turno da manhã inclui ainda o enfermeiro gestor e dois enfermeiros em funções de apoio à gestão. Nos turnos da manhã e da tarde, há um enfermeiro responsável pela sala de vigilância e acolhimento, cuja função é garantir uma comunicação clara e empática com os familiares, fornecer informações clínicas, esclarecer dúvidas e gerir o fluxo de visitas.

A elaboração do plano de trabalho é ajustada diariamente, de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados, especialmente em situações de absentismo laboral, mais frequente no turno da manhã. O enfermeiro gestor assume a responsabilidade de reorganizar a equipa sempre que necessário, assegurando dotações seguras

Cada enfermeiro realiza os registos clínicos no sistema SClínico, sendo responsável pelos utentes atribuídos ao seu posto. Apesar da divisão por áreas, existe colaboração entre os elementos da equipa, incluindo o enfermeiro responsável, promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados.

O exercício profissional é orientado pelos normativos da OE, nomeadamente o Código de Ética, o Regulamento do Exercício Profissional, o Código Deontológico, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. No SU, exercem funções 19 enfermeiros especialistas (EE), dos quais 16 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica (EMC–PSC), desempenhando funções prioritárias na sala de emergência e no serviço de observação, dada a complexidade dos cuidados exigidos.

A definição de dotações seguras nos cuidados de enfermagem é essencial para garantir padrões elevados de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde. O Regulamento n.º 743/2019, publicado pela OE, estabelece que a dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e o perfil de competências são fatores determinantes para assegurar cuidados eficazes e humanizados, ajustados às necessidades reais da população (OE, 2019b). No contexto dos serviços de urgência hospitalares, recomenda-se que 50% da equipa de enfermagem seja composta por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, com formação em SAV, garantindo presença contínua ao longo das 24 horas (OE, 2019b, p. 144).

Apesar de EMC – PSC ser a especialidade ser a mais representada no SU, a realidade observada durante o estágio revela que as dotações seguras preconizadas não são plenamente cumpridas. A ULS enfrenta desafios diários na gestão de recursos humanos, agravados pela elevada afluência de utentes ao SU, pela complexidade clínica dos casos e pela escassez de profissionais disponíveis. Torna-se, por isso, imperativo adotar modelos de gestão mais flexíveis e adaptados à realidade local, capazes de assegurar cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

O SU caracteriza-se por uma dinâmica imprevisível, exigindo dos enfermeiros uma resposta imediata, tomada de decisão assertiva e gestão eficiente dos recursos. A sobrelotação frequente e a elevada rotatividade de casos tornam este contexto particularmente exigente, sendo fundamental garantir não só a competência técnica, mas também o conforto emocional dos utentes e o cumprimento dos princípios éticos que orientam a prática profissional.

O trabalho em equipa assume um papel central na prevenção do desgaste emocional dos profissionais e na promoção da segurança e qualidade dos cuidados. O EE emerge como figura mediadora entre a técnica e a humanização, detentor de competências clínicas avançadas, visão global, princípios éticos sólidos e capacidade de liderança, mantendo o foco na dignidade e bem-estar da pessoa cuidada.

3.2.1. Análise do contexto relativamente à notificaçao de EA

A prestação de cuidados em contexto de urgência hospitalar, como o observado no SU da ULS, é marcada por elevada complexidade, imprevisibilidade e pressão assistencial. Estes fatores tornam o ambiente propício à ocorrência de EA, reforçando a importância da sua notificação como ferramenta essencial para a promoção da segurança do doente e melhoria contínua dos cuidados.

De acordo com a DGS (2022), a notificação de EA deve ser entendida como uma prática voluntária, não punitiva e orientada para a aprendizagem organizacional. No entanto, como evidenciado

na ScR realizada neste relatório, persistem barreiras significativas à adesão à notificação, como o medo de represálias, a ausência de feedback e a sobrecarga de trabalho (Alves, Carvalho & Albuquerque, 2019; Pedroso, Ramos & Barroso, 2021).

No SU, estas barreiras são amplificadas pela escassez de recursos humanos, pela elevada afluência de utentes e pela complexidade clínica dos casos. Embora exista uma equipa de enfermagem qualificada, com enfermeiros especialistas em EMC–PSC, as dotações seguras recomendadas pelo Regulamento n.º 743/2019 da OE não são plenamente cumpridas (OE, 2019b). Esta realidade compromete a vigilância clínica e a capacidade de resposta, dificultando a integração da notificação como prática sistemática.

A cultura de segurança, reconhecida como pilar fundamental da qualidade dos cuidados, ainda não se encontra plenamente consolidada. Como referem Fragata (2011) e Gomes et al. (2016), a cultura justa — que promove a transparência, a não culpabilização e a aprendizagem com o erro — é essencial para que os profissionais se sintam encorajados a reportar EA. A ausência de protocolos claros, a rotatividade de profissionais e a pressão assistencial dificultam a operacionalização desta cultura.

Neste sentido, a notificação de EA deve ser encarada como uma prática clínica estratégica, que exige liderança ativa, formação contínua e sistemas de reporte acessíveis e integrados na rotina assistencial. A aplicação de metodologias como a RCA, recomendada pela OMS/WHO (2021), pode contribuir para identificar fatores sistémicos e promover intervenções corretivas eficazes.

No entanto, este processo apresenta vários desafios, sendo decisivo analisar os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças envolvidas, de modo a melhorar a prática clínica e garantir uma abordagem mais humanizada e segura (Silva et al., 2020).

A matriz de *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT), em português Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças, é um instrumento de gestão que demonstra ser eficaz na estruturação do planeamento estratégico em diversas áreas, incluindo no setor da saúde. O seu objetivo é realizar um diagnóstico situacional, identificando forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, sendo utilizada em processos de avaliação de estágio ou de desempenho (Castro & Ferreira, 2009).

Consequentemente, a análise SWOT serve como uma ferramenta vital para o desenvolvimento de um método que destaca a importância de avaliar o ambiente interno e externo para criar uma direção orientada pelo pensamento estratégico com base nos requisitos futuros, apresentando de imediato os pontos fortes e fracos da organização no ambiente interno, considerando as oportunidades e ameaças reconhecidas no ambiente externo (Aprigio et al., 2023).

Desta forma, foi elaborada a análise SWOT relativa à temática no SU, conforme exemplificado na Tabela 2 com o objetivo de sustentar a temática em análise. Esta permite não só identificar os fatores que condicionam a notificação de EA, mas também orientar estratégias de melhoria.

Tabela 2.

Análise SWOT – Notificação de EA no SU

FORÇAS (*Strengths*)	**FRAQUEZAS (*Weaknesses*)**
Competência clínica avançada do EE: Os EEEMC-PSC possuem formação específica que os habilita a atuar com segurança, autonomia e eficácia em contextos de elevada complexidade clínica. Estas competências incluem avaliação sistematizada, tomada de decisão rápida, gestão de risco e implementação de intervenções baseadas na melhor evidência. **Capacidade de liderança e promoção da cultura de segurança:** O EE assume um papel de liderança na equipa, promovendo práticas seguras, incentivando a notificação de EA e contribuindo para a consolidação de uma cultura justa e não punitiva.	**Dotações de enfermagem insuficientes**: A equipa de enfermagem do SU não cumpre integralmente as recomendações do Regulamento n.º 743/2019 da OE, que preconiza a presença de 50% de enfermeiros especialistas em EMC–PSC com formação em SAV em permanência. Esta limitação compromete a vigilância clínica e a capacidade de resposta a EA. E a correta notificação dos mesmos, levando, por conseguinte, á inexistência de tempo disponível para a correta notificação dos EA. **Ambiente com pouca privacidade**: escassez de espaço físico e ambiente calmo e privado. **Cultura de segurança em fase de consolidação:** Persistem barreiras à notificação, como o receio de represálias, a ausência de feedback e a perceção de inutilidade do reporte, dificultando a adesão dos profissionais. **Sobrecarga assistencial e escassez de tempo**: A elevada afluência de utentes e a complexidade dos cuidados prestados dificultam a reflexão crítica e o tempo disponível para registar e reportar EA, especialmente em turnos com menor dotação.
OPORTUNIDADES (*Opportunities*)	**AMEAÇAS (*Threats*)**
Formação contínua e capacitação da equipa: A implementação de programas de formação em segurança do doente e notificação de EA, com recurso a simulações clínicas e análise de casos, pode aumentar a literacia dos profissionais e promover a cultura de reporte. **Utilização de metodologias estruturadas:** A adoção de ferramentas como a RCA permite identificar fatores sistémicos e implementar medidas corretivas, promovendo a melhoria contínua. **Liderança dos enfermeiros especialistas:** Os EE podem assumir um papel ativo na promoção da segurança, liderando iniciativas de sensibilização, formação e acompanhamento da equipa, reforçando a cultura de reporte e aprendizagem organizacional.	**Ambiente hospitalar hostil:** A pressão assistencial constante, aliada à rotatividade elevada de casos clínicos, pode gerar ambientes de stress e desgaste emocional, dificultando a atenção à segurança e à notificação de EA. **Rotatividade de profissionais e escassez de recursos humanos:** A instabilidade nas equipas, com entradas e saídas frequentes, compromete a continuidade dos cuidados e a consolidação de práticas seguras e rotinas de reporte. **Falta de integração entre sistemas e serviços**: A ausência de articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados e a limitação na interoperabilidade dos sistemas informáticos dificultam o seguimento dos EA reportados e a implementação de medidas corretivas.

Nota. Fonte de elaboração própria.

A notificação de EA constitui um dos pilares da segurança do doente, sendo particularmente relevante em contextos de elevada exigência clínica como o SU. A análise SWOT apresentada permite identificar os fatores internos e externos que influenciam esta prática, destacando o papel estratégico do enfermeiro especialista (EE) na promoção de ambientes seguros e na consolidação de uma cultura de reporte.

A principal força identificada reside na competência clínica avançada dos EE em EMC–PSC. Estes profissionais possuem formação especializada que os habilita a atuar com segurança, autonomia e eficácia em contextos de elevada complexidade, dominando competências como avaliação sistematizada, tomada de decisão rápida, gestão de risco e implementação de intervenções baseadas na melhor evidência. (OE, 2019a).

Além disso, os EE assumem um papel de liderança na equipa, promovendo práticas seguras, incentivando a notificação de EA e contribuindo para a consolidação de uma cultura justa e não punitiva, essencial à aprendizagem organizacional (Fragata,2011; Gomes et al., 2016).

Entre as principais fraquezas destaca-se a insuficiência nas dotações de enfermagem. O SU não cumpre integralmente as recomendações do Regulamento n.º 743/2019 da OE, que preconiza a presença de 50% de EE com formação em SAV em permanência. Esta limitação compromete a vigilância clínica, a capacidade de resposta e a correta notificação dos EA, agravada pela escassez de tempo disponível (OE, 2019b).

A escassez de espaço físico e a ausência de ambientes calmos e privados dificultam a comunicação eficaz e a gestão adequada de situações críticas. A cultura de segurança encontra-se ainda em fase de consolidação, com barreiras como o receio de represálias, a ausência de feedback e a perceção de inutilidade do reporte, o que limita a adesão dos profissionais (DGS, 2022; Alves, Carvalho & Albuquerque, 2019).

A sobrecarga assistencial e a complexidade dos cuidados prestados dificultam a reflexão crítica e o tempo necessário para registar e reportar EA, especialmente em turnos com menor dotação.

A formação contínua e a capacitação da equipa representam oportunidades estratégicas para reforçar a cultura de segurança. A implementação de programas de formação em notificação de EA, com recurso a simulações clínicas e análise de casos, pode aumentar a literacia dos profissionais e promover o reporte sistemático (OMS/WHO, 2021). A adoção de metodologias estruturadas, como a RCA, permite identificar fatores sistémicos e implementar medidas corretivas, promovendo a melhoria contínua (OMS/WHO, 2021). A liderança dos EE pode ser potenciada através de iniciativas de sensibilização, formação e acompanhamento da equipa, reforçando a cultura de reporte e aprendizagem organizacional. O ambiente hospitalar hostil, caracterizado por pressão assistencial constante e rotatividade elevada de

casos clínicos, gera stress e desgaste emocional, dificultando a atenção à segurança e à notificação de EA (Gomes et al., 2016). A rotatividade de profissionais e a escassez de recursos humanos comprometem a continuidade dos cuidados e a consolidação de práticas seguras. A ausência de articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados e a limitação na interoperabilidade dos sistemas informáticos dificultam o seguimento dos EA reportados e a implementação de medidas corretivas (Fragata, 2011).

A análise SWOT realizada evidencia que a notificação de EA no SU é um processo multifatorial, profundamente influenciado por condições organizacionais, culturais e humanas. As competências clínicas e de liderança dos enfermeiros especialistas emergem como forças determinantes na promoção da segurança do doente, mas enfrentam limitações estruturais como a escassez de recursos humanos, a sobrecarga assistencial e a ausência de uma cultura de reporte consolidada. As oportunidades identificadas, como a formação contínua e a implementação de metodologias estruturadas, oferecem caminhos viáveis para superar estas fragilidades. Contudo, as ameaças persistentes — nomeadamente o ambiente hospitalar hostil e a rotatividade de profissionais — exigem uma resposta institucional robusta e integrada. Assim, a notificação de EA deve ser encarada não apenas como uma prática técnica, mas como um compromisso ético e organizacional, onde o papel do EE é central na construção de ambientes mais seguros, transparentes e humanizados.

3.3. SMI: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

O SMI foi instituído pelo Decreto-Lei nº 172/2003 (MS, 2003), datado de 1 de agosto. Situa-se na ala nascente do primeiro andar do hospital da ULS, junto ao bloco operatório. O acesso ao serviço é feito por elevador, cujo uso é restrito por código. Trata-se de uma UCI de nível III, classificação que se justifica pela sua capacidade de prestar assistência contínua, especializada e proporcional a doentes críticos com elevada gravidade e complexidade, contando com equipas dedicadas e qualificadas (Ordem dos Médicos, 2018).

A origem do SMI remonta à antiga Unidade de Cuidados Cirúrgicos, pertencente ao Serviço de Cirurgia, criada para responder à necessidade de tratar pacientes em estado crítico que requerem suporte artificial das funções vitais (ULS, 2025).

Este serviço atende adultos com mais de 18 anos em estado crítico, abrangendo toda a área de influência da ULS. Anualmente, são tratados entre 220 a 250 doentes, dos quais cerca de 10% provêm de fora da área de abrangência, desde que não necessitem de cuidados de especialidades não disponíveis no hospital (ULS, 2025).

A missão do SMI é oferecer cuidados altamente especializados a doentes com falência de um ou

mais órgãos ou sistemas, que exigem apoio tecnológico e assistência médica e de enfermagem contínua, não viável noutros serviços hospitalares. Além de gerir os cuidados intensivos dentro da unidade, o serviço também atua fora dela, como na sala de emergência do SU e noutros setores do hospital, através da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, que é acionada para avaliar, tratar pacientes e realizar procedimentos invasivos e não invasivos (ULS, 2025). Em 2021, no contexto da resposta à pandemia de COVID-19[6], a ULS recebeu financiamento para ampliar e modernizar o SMI. A unidade passou a contar com equipamentos especializados para cuidados intensivos e monitorização reforçada, incluindo:

- Balcão administrativo na entrada
- Sala aberta com oito camas, três postos de vigilância central e seis computadores para registos clínicos
- Dois quartos individuais com pressão variável e paredes de vidro para facilitar a observação dos doentes
- Vestiário para os profissionais
- Copa
- Gabinete do enfermeiro gestor
- Gabinete médico
- Duas casas de banho para os profissionais
- Sala para desinfeção de materiais
- Duas dispensas, uma para arrumo de material clínico e outra para equipamentos.

No que diz respeito aos recursos materiais e equipamentos do SMI, opta-se por mencionar apenas os elementos presentes em cada boxe de utente, uma vez que a lista completa de materiais seria demasiado extensa. Cada unidade está equipada com cortinas individualizadas que garantem a privacidade do doente, um ventilador com capacidade para ventilação invasiva ou não invasiva, uma estação *Station*[7] com suporte para até doze bombas e seringas infusoras, uma rampa de oxigénio e uma rampa de aspiração com aspirador subglótico montado. A monitorização é assegurada por um monitor modelo 300 A e um monitor de sinais vitais, complementados por um controlador de pressão *cuff*[8] ligado à corrente elétrica e um insuflador manual com máscara adaptada. Sempre que a situação clínica o exige, pode ser integrado na unidade um monitor portátil para terapia de substituição renal, bem como um monitor de índice

[6] - Doença infeciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 em 2019.

[7] *Station* - posto de monitorização central com monitores que recebem dados dos equipamentos de cada unidade do utente.

[8] *Cuff* - componente inflável usado em dispositivos médicos

biespectral, que permite a implementação de medidas de neuromonitorização. O serviço dispõe ainda de dois carros de emergência, estrategicamente posicionados em áreas acessíveis às unidades dos utentes, ambos equipados com monitor-desfibrilhador, garantindo uma resposta imediata em situações críticas.

O SMI conta com um sistema interno de videovigilância que permite a visualização contínua de todas as unidades, sendo particularmente útil para a monitorização dos doentes que se encontram em quartos individuais de isolamento, cuja observação direta a partir do posto de registos não é possível.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço é composto por uma equipa multidisciplinar que integra médicos intensivistas, médicos internos em formação especializada em Medicina Intensiva, médicos internos da via clássica, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e oito enfermeiros que exercem funções em conformidade com o Código de Ética, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Código Deontológico, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Destes, dez são enfermeiros especialistas que cumprem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados e o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do EE, sendo cinco especializados em EMC – PSC, quatro na área de Reabilitação e um na área de Saúde Comunitária. De acordo com as recomendações da OE (2019b), é aconselhável que cinquenta por cento da equipa das Unidades de Cuidados Intensivos seja composta por enfermeiros especialistas em EMC – PSC, em permanência durante as vinte e quatro horas, devendo essa proporção ser garantida em todos os turnos. Assim, para que o SMI cumpra as dotações seguras previstas no Regulamento nº 743/2019, seria necessário contar com catorze enfermeiros especialistas nesta área específica.

A equipa de enfermagem adota o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados do doente que lhe é atribuído em cada turno, no entanto existe cooperação e trabalho de equipa. A metodologia científica utilizada no processo de enfermagem tem por base o Modelo Teórico de Roper, Logan & Tierney (Roper, Logan & Tierney, 2000). Este modelo, desenvolvido inicialmente por Nancy Roper e posteriormente reformulado em colaboração com Winifred Logan e Alison Tierney, assenta na avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD) como eixo central da intervenção de enfermagem. A sua abordagem permite compreender o indivíduo de forma holística, considerando não apenas os aspetos físicos, mas também os psicológicos, sociais e ambientais que influenciam a sua funcionalidade e autonomia (Roper et al., 2000).

A aplicação deste modelo no contexto do SMI revelou-se particularmente pertinente, uma vez que permite identificar alterações nas AVDs causadas pela condição crítica do doente, orientar intervenções específicas e promover a recuperação funcional. Além disso, a estrutura do modelo facilita a utilização do processo de enfermagem como metodologia científica, permitindo uma abordagem

sistemática e fundamentada nas etapas de avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

A sua utilização reforça a PBE e contribui para a tomada de decisão clínica informada, promovendo cuidados centrados na pessoa e alinhados com os princípios éticos e deontológicos da profissão.

A avaliação da carga de trabalho da equipa de enfermagem no SMI é realizada através da aplicação do instrumento *Nursing Activities Score (NAS),* validado para a população portuguesa. Este instrumento centra-se nas intervenções autónomas de enfermagem e permite quantificar a carga de trabalho com base no tempo necessário para a execução das atividades inerentes aos cuidados prestados. O NAS está estruturado em sete categorias — atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas — sendo que cada item recebe uma pontuação, e cada ponto corresponde a 14,4 minutos dedicados ao utente, conforme definido por Miranda et al. (2003).

No contexto do SMI, esta avaliação é realizada diariamente durante o turno da noite, ficando a responsabilidade do seu preenchimento a cargo do enfermeiro responsável de equipa, que deve possuir competências de enfermeiro especialista (EE). O resultado obtido serve de referência para a distribuição do trabalho nos turnos seguintes, garantindo uma alocação adequada dos recursos humanos às necessidades dos doentes nas 24 horas subsequentes.

A organização dos turnos é feita pelo enfermeiro responsável de equipa, sendo que o rácio enfermeiro/doente é, por norma, de 1:1, podendo, em situações excecionais, ser ajustado para 1:2, conforme indicado pela taxa de ocupação previamente referida. Este rácio está em conformidade com as dotações seguras estabelecidas pelo regulamento n.º 743/2019 da OE (2019b).

Durante os turnos da manhã e da tarde, a equipa é composta por seis enfermeiros: quatro dedicados à prestação direta de cuidados, um enfermeiro responsável de equipa e um EE na área de reabilitação. Nos dias úteis, o turno da manhã conta ainda com a presença do enfermeiro gestor. Já o turno da noite é assegurado por cinco enfermeiros, dos quais quatro estão afetos à prestação de cuidados e um assume a função de responsável de equipa, preferencialmente com formação especializada. Sendo o SMI uma UCI de nível III, a dotação segura para cuidados de enfermagem de reabilitação é de 12 horas por cada cinco doentes, todos os dias da semana, conforme estipulado pelo mesmo regulamento.

Os registos clínicos são efetuados na plataforma informática *Pacient Care – bSimple* [3], desenvolvida especificamente para unidades de cuidados intensivos. Esta ferramenta permite a transmissão automática e em tempo real dos dados recolhidos pelos monitores e ventiladores de cada unidade, facilitando o registo e a validação da informação clínica.

Importa ainda destacar a realização de consultas de follo*w-up*[9] após a alta hospitalar, com o objetivo de acompanhar a recuperação do doente e garantir a continuidade dos cuidados iniciados durante o internamento. Este acompanhamento é da responsabilidade do EE, que avalia os impactos físicos, cognitivos e psicológicos da experiência de internamento, implementa intervenções precoces, previne complicações, promove o autocuidado e facilita a reintegração do doente na sua rotina diária.

Cabe ao EE o acompanhamento do doente após a alta, de forma a identificar impactos físicos, cognitivos e psicológicos e implementar intervenções precoces, prevenir complicações, orientar o autocuidado e facilitar a reintegração do doente à vida cotidiana. Para o EE, estas consultas constituem uma oportunidade de exercer a sua prática avançada, atuando de forma clínica e educativa (Servin & Jackson, 2019).

Existe também uma atividade científica regular dos médicos e enfermeiros do SMI, participando em estudos científicos nacionais e internacionais assim como artigos científicos publicados em várias revistas, apresentações/casos clínicos em progressos e *Journal Club*[10].

Sob a perspetiva de um EE, o SMI configura-se como um ambiente de elevada exigência clínica, onde a prestação de cuidados requer uma atuação célere, precisa e segura, com impacto direto na qualidade de vida dos doentes em estado crítico. A complexidade inerente à unidade, marcada por um contexto altamente tecnológico e pela necessidade de vigilância permanente e intervenções contínuas, impõe ao profissional de enfermagem uma constante adaptação e tomada de decisão fundamentada.

Contudo, este mesmo ambiente, pela sua natureza técnica e ritmo intenso, pode, por vezes, transformar-se num espaço de despersonalização do cuidado, onde a dignidade, a autonomia e os princípios éticos fundamentais dos doentes correm o risco de ser comprometidos. A centralidade do doente deve, portanto, ser preservada, mesmo perante a pressão assistencial e a sofisticação dos meios disponíveis.

Neste sentido, torna-se imperativo conciliar o progresso técnico com a humanização dos cuidados, assegurando que a prática profissional se mantenha orientada pelos valores que sustentam a enfermagem. No SMI, pautamos a nossa atuação pelo respeito integral aos direitos humanos e pelas responsabilidades que decorrem do exercício profissional, com igual ênfase nos princípios éticos da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia. Estes princípios orientam não apenas as decisões clínicas, mas também a forma como nos relacionamos com o doente, a família e a equipa, promovendo um cuidado que é simultaneamente eficaz e humanizado.

---

[9] *Follow-up* - termo em inglês que significa acompanhamento ou vigilância clínica continuada

[10] *Journal Club* - ou clube de leitura científica, é uma atividade formativa e científica

3.3.1. ANÁLISE DO CONTEXTO RELATIVAMENTE À NOTIFICAÇÃO DE EA

A notificação de EA no SMI representa um eixo fundamental para a promoção da segurança dos cuidados. No entanto, para que esta prática se torne efetiva e integrada na rotina assistencial, é necessário investir na formação, simplificação dos processos e reforço da cultura de transparência e melhoria contínua. O EE, pela sua formação e posicionamento estratégico, tem um papel determinante na liderança deste caminho. A análise SWOT apresentada na Tabela 3 foi desenvolvida com base na temática da notificação de EA no SMI, integrando também aspetos relevantes da prática avançada em enfermagem. Esta estrutura analítica resulta da experiência adquirida ao longo do estágio, permitindo uma reflexão crítica sobre os fatores que influenciam a segurança dos cuidados prestados.

Tabela 3.

Análise SWOT – Notificação de EA no SMI

Forças (Strengths)	***Fraquezas (Weaknesses)***
- Presença de enfermeiros especialistas com competências em gestão de risco clínico e PBE. - Cultura de vigilância contínua e atuação rápida, típica de uma UCI de nível III. - Utilização da plataforma *Patient Care – bSimple*, que permite registos automáticos e em tempo real, facilitando a rastreabilidade dos dados clínicos. - Proximidade da equipa de enfermagem ao doente, favorecendo a deteção precoce de incidentes.	- Subnotificação de EA por receio de culpabilização, por falta de tempo ou medo de represálias. - Ausência de um sistema de notificação intuitivo e padronizado que promova a adesão dos profissionais. - Falta de formação específica sobre a importância da notificação como ferramenta de melhoria contínua. - Dificuldades na articulação interprofissional que podem comprometer a comunicação de incidentes.
***Oportunidades** (Opportunities)*	***Ameaças** (Threats)*
- Implementação de sessões de formação em serviço sobre segurança do doente e notificação de incidentes. - Criação de um formulário simplificado e acessível para relato de EA. - Reforço da cultura de não culpabilização e aprendizagem organizacional. - Integração da notificação como indicador de qualidade e segurança nos relatórios institucionais.	- Resistência à mudança por parte de alguns profissionais, especialmente em contextos de elevada pressão assistencial. - Sobrecarga de trabalho que limita o tempo disponível para o preenchimento de notificações. - Falta de apoio institucional para a implementação de sistemas de melhoria contínua. - Perceção de que a notificação não gera impacto prático, levando à desmotivação.

Nota: Fonte elaboração própria.

A notificação de EA no SMI representa uma ferramenta essencial para a promoção da segurança do doente e para o desenvolvimento de uma cultura organizacional centrada na qualidade dos cuidados. A análise SWOT realizada evidencia que, apesar da existência de profissionais altamente qualificados e de sistemas tecnológicos que favorecem a rastreabilidade clínica, persistem barreiras que comprometem

a eficácia da notificação, como a subnotificação, o receio de culpabilização e a ausência de formação específica.

Segundo a Norma nº 017/2022 da DGS, a notificação de incidentes e EA deve ser encarada como um processo estruturado, voluntário e não punitivo, que visa a melhoria contínua dos cuidados e a prevenção de riscos futuros. Esta abordagem está alinhada com os princípios da prática avançada em enfermagem, que valoriza a tomada de decisão clínica informada, a liderança na gestão do risco e a promoção de ambientes seguros e éticos.

A literatura reforça que a cultura de segurança depende da capacidade das organizações em aprender com os erros, promovendo a transparência e a responsabilização partilhada (Oliveira, 2022). Neste contexto, o EE assume um papel estratégico, não apenas na identificação e reporte de EA, mas também na sensibilização da equipa, na implementação de boas práticas e na articulação com os sistemas de gestão da qualidade.

Assim, a notificação deve ser integrada como um indicador de desempenho institucional, sustentada por protocolos claros, formação contínua e apoio multidisciplinar. Só desta forma será possível transformar o SMI num espaço de excelência assistencial, onde a segurança do doente é uma prioridade transversal e permanente.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EE E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), promove a aquisição e o desenvolvimento de competências em três dimensões: comuns, específicas e de mestre. As competências comuns estão definidas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (OE, 2019a); as competências específicas são estabelecidas pelo Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (OE, 2018a); e as competências inerentes ao grau de mestre encontram-se descritas no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, conforme estipulado no Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, 2024).

Estas dimensões são complementares e frequentemente interligadas, exigindo dos profissionais um elevado nível de conhecimento, pensamento crítico e compromisso com a formação contínua.

Segundo Nunes (2010), a competência representa um nível de desempenho profissional que traduz a aplicação eficaz do conhecimento e das capacidades, evidenciando-se na prática clínica. Esta definição reforça a ideia de que a competência não se limita ao domínio técnico, mas envolve também a capacidade de integrar saberes e agir com responsabilidade em contextos complexos. Le Boterf (2000) complementa esta visão ao afirmar que a competência implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto profissional, sendo reconhecida pelos pares e sustentada por uma prática reflexiva.

Ser enfermeiro e cuidar em enfermagem representa um desafio permanente, exigindo a mobilização do saber, do saber-fazer e do saber-ser. Este percurso formativo, inserido no Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), promove a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre, sustentadas por referenciais legais e académicos que orientam a prática profissional.

O EE é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados, além dos cuidados gerais, conforme descrito no REPE (OE, 2015). Já o grau de mestre é conferido quando o estudante demonstra uma especialização académica sustentada pela investigação, inovação e aprofundamento de competências profissionais.

De acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), o grau de mestre é atribuído a quem:

- Demonstre conhecimentos aprofundados, sustentados nos adquiridos no 1.º ciclo, capazes de servir de base ao desenvolvimento ou aplicação de ideias, em contextos de investigação;
- Saiba aplicar esses conhecimentos e resolver problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares;
- Tenha capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, formular juízos com base em informação limitada, incluindo reflexões sobre responsabilidades éticas e sociais;
- Seja capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a públicos especializados e não especializados, de forma clara e fundamentada;
- Possua competências que lhe permitam uma aprendizagem autónoma ao longo da vida.

Estas competências são essenciais para o exercício avançado da enfermagem, articulando-se com as competências clínicas, éticas, investigativas e formativas exigidas ao EE. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, um enfermeiro avançado é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma capacidade significativa de tomada de decisão e possui competências clínicas para a prática avançada (Lopes et al., 2018). Normalmente, o acesso a funções avançadas depende da realização de inúmeras horas de prática clínica, da obtenção de uma especialização e/ou do envolvimento em educação académica pós-graduada. De uma forma mais ampla, o termo é utilizado para descrever todos os enfermeiros que se envolvem em funções que excedem o domínio convencional da prática de enfermagem, executando atividades altamente especializadas dentro do contexto da prática clínica. Portanto, a prática avançada está associada ao título, ao âmbito da prática e à formação fundamental (Lopes et al., 2018).

Para orientar este percurso, foi elaborado um Plano de Atividades (PA), centrado na "Notificação de EA: um caminho para a segurança dos cuidados".

A prática reflexiva, conforme defendido por Benner (2001), é essencial para o desenvolvimento de competências, permitindo aos enfermeiros analisar criticamente as suas experiências, identificar áreas de melhoria e fortalecer a sua identidade profissional. A integração entre teoria, prática e reflexão constitui o alicerce da formação avançada em enfermagem.

Este capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, evidenciando a aquisição e consolidação de competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem. A abordagem será realizada de forma integrada, sempre que se revele pertinente e coerente, destacando o papel do EE e do mestre na prestação de cuidados seguros, eficazes e humanizados, bem como na promoção da excelência clínica, científica e ética na prática profissional.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO EE E MESTRE ENFERMAGEM

As competências comuns são aplicáveis a todo o EE, independentemente da sua área de especialidade, sendo competências relevantes para todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem, visando a melhoria continua da prática de enfermagem (OE, 2019a).

Ainda segundo a OE (2019a), "os domínios das competências comuns do EE são os seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal (A); melhoria contínua da qualidade (B); gestão dos cuidados (C); desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)" (p. 4745).

As competências comuns do EE são transversais e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Com base nestas competências, foram delineadas e implementadas atividades específicas, previstas no Plano de Atividades (PA), que promoveram o seu desenvolvimento ao longo do estágio. A análise que se segue será estruturada por domínios de competência, permitindo uma reflexão crítica sobre os contributos de cada atividade para a consolidação das competências visadas. As competências comuns do EE compreendem quatro domínios (OE, 2019a): Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão de cuidados (C); e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019a, p. 4746)

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de Mestre em Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Durante os momentos de estágio, tornou-se evidente a importância de garantir um exercício profissional seguro, ético e responsável. Para tal, foi necessário orientar a tomada de decisão com base

em conhecimentos ético-deontológicos, na avaliação sistemática das melhores práticas e numa *práxis*[11] que respeite os direitos humanos e a singularidade de cada situação de cuidados (OE 2019a, p. 4746). A prática de enfermagem, neste sentido, fundamenta-se em princípios éticos e morais, deveres e normas que integram a deontologia profissional (OE, 2015), a qual tem como objetivo regular a profissão e estabelecer diretrizes orientadoras para o exercício profissional (Nunes, 2011).

A ética constitui um pilar essencial nas decisões clínicas em que os enfermeiros estão envolvidos, sendo determinante para assegurar uma prestação de cuidados de qualidade, centrada na dignidade e nos direitos dos cidadãos. Para além da competência técnica, é imperativo garantir práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades inerentes ao exercício profissional. Neste sentido, torna-se indispensável refletir criticamente sobre a complexidade da prestação de cuidados à EEEMC-PSC, à luz do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), do Código Deontológico da OE, dos princípios éticos universais e da responsabilidade profissional.

A orientação para a existência profissional, conforme defendido por Nunes (2011), implica um compromisso ético e reflexivo com os fundamentos que sustentam a prática de enfermagem. Nesse sentido, considerámos imprescindível e indissociável ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências a revisão crítica dos documentos orientadores abordados na UC de Ética e Deontologia em Enfermagem. Esta mobilização de saberes foi essencial para a realização do trabalho final da UC, subordinado ao tema "Notificação de EA: um caminho para a segurança dos cuidados".

Para sustentar esta reflexão, procedeu-se à releitura da Declaração Universal dos Direitos do Homem, à análise dos diplomas legais que regulam o exercício profissional de enfermagem — nomeadamente o Decreto-Lei n.º 161/96, o Decreto-Lei n.º 104/98, posteriormente alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 — e à consolidação dos princípios da deontologia profissional (Assembleia da República, 2015b). Adicionalmente, foram considerados os normativos internos e os procedimentos específicos dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, nomeadamente no SMI e no SU, que orientaram a prática de cuidados e reforçaram a importância da ética aplicada à realidade assistencial.

Nesse sentido, durante o estágio foi imprescindível a mobilização de competências éticas e deontológicas para uma tomada de decisão fundamentada, bem como o respeito pelos valores, crenças, direitos e deveres da PSC e da sua família, aumentando a segurança das práticas dos cuidados especializados.

O enfermeiro deve alicerçar assim, os seus processos de tomada de decisão e as intervenções em

[11] *Práxis*- ação refletida e fundamentada

princípios éticos e deontológicos, assim como em normas legais, de forma a assumir o respeito pelo individuo e pelos direitos humanos (OE 2019a).

No decurso dos estágios realizados, tanto no SU como na SMI, os princípios éticos da beneficência e da não maleficência foram considerados fundamentais na orientação da tomada de decisão do EE. O princípio da beneficência remete para a responsabilidade de promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa cuidada, assegurando a defesa dos seus direitos com justiça e equidade. Já o princípio da não maleficência, intimamente ligado ao anterior, impõe a obrigação de evitar qualquer dano — físico, psicológico, moral ou social — durante a prestação de cuidados. A aplicação destes princípios éticos conduz o enfermeiro à valorização da autonomia e ao respeito pela dignidade da pessoa, constituindo pilares essenciais para uma prática profissional ética e humanizada (Mendes, 2009).

No contexto do SU, tornou-se evidente a necessidade de uma organização e gestão eficiente para garantir a aplicação dos princípios éticos da beneficência e da não maleficência. Trata-se de um ambiente clínico marcado pela elevada afluência de utentes, escassez de recursos humanos e exigência de decisões rápidas, fatores que podem comprometer a prontidão e a eficácia dos cuidados prestados. A beneficência exige que o enfermeiro promova o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa cuidada, enquanto a não maleficência impõe a obrigação de evitar qualquer tipo de dano. Neste cenário, a tomada de decisão ética requer ponderação cuidadosa das opções disponíveis. Como refere Nunes (2020), é na análise das possibilidades que se constrói a deliberação, através da avaliação dos prós e contras inerentes à diversidade de alternativas clínicas e éticas.

A área de atuação exigiu a mobilização de múltiplos conhecimentos, fundamentais para antecipar situações clínicas complexas e de rápida evolução, permitindo uma gestão eficaz da prestação de cuidados e uma tomada de decisão holística, consciente e fundamentada. A prática foi orientada pelo respeito à individualidade e aos interesses da pessoa cuidada, sustentada por princípios éticos e pela melhor evidência científica disponível.

A prestação de cuidados centrou-se particularmente na Sala de Emergência, no SU, onde, tal como no SMI existem restrições à presença de familiares ou pessoas significativas. Reconhecendo que o suporte emocional e familiar é um elemento essencial para a promoção da saúde e bem-estar do doente, tornou-se necessário, sempre que clinicamente viável e benéfico, facilitar essa presença. Foram promovidas estratégias como o recurso à videochamada ou à visita presencial, com o objetivo de humanizar os cuidados e reforçar o vínculo afetivo entre o doente e os seus familiares, contribuindo para uma experiência de internamento mais segura e emocionalmente equilibrada.

A facilitação do envolvimento da família durante os estágios constituiu um exercício exigente, que implicou a mobilização de diversos saberes e conhecimentos fundamentais para uma prática centrada

na pessoa. Este processo incluiu a leitura e análise da Carta dos Direitos do Doente Internado, publicada pelo MS, bem como da Lei n.º 33/2009 (Assembleia da República, 2009), que consagra o direito ao acompanhamento dos doentes nos Serviços de Urgência (SU) do SNS. A integração destes referenciais legais e éticos permitiu assegurar cuidados que respeitam os direitos da pessoa cuidada e da sua família, promovendo uma atuação profissional alinhada com os princípios deontológicos que regem a enfermagem. Esta abordagem reforçou a importância da humanização dos cuidados, valorizando o suporte emocional e afetivo como componente essencial da qualidade assistencial.

Em ambos os contextos clínicos, a notificação de EA revelou-se uma prática ética essencial, diretamente relacionada com os princípios da beneficência e da não maleficência. A sua aplicação visa garantir o bem-estar da PSC, prevenindo danos futuros e promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A transparência na comunicação de incidentes clínicos exige respeito pela autonomia da pessoa cuidada e pela sua família, assegurando o direito à informação de forma clara, acessível e inteligível. Esta obrigação está consagrada no artigo 105.º do Código Deontológico da OE, que determina que o enfermeiro deve "…informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem" (OE, 2015, p. 84), bem como na Lei de Bases da Saúde, que garante o direito "…a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação…" (Assembleia da República, 2019, p. 56).

A complexidade das situações clínicas vivenciadas em contexto do SMI exige uma elevada proficiência na prestação de cuidados de enfermagem, bem como uma sólida capacidade de reflexão ética. Os avanços tecnológicos na área da saúde têm contribuído para a ampliação das possibilidades terapêuticas, criando a expectativa de afastamento do fim de vida (Kovács, 2014). No entanto, esta evolução pode também suscitar dilemas éticos, nomeadamente no que respeita à obstinação terapêutica — entendida como a manutenção de intervenções clínicas desproporcionadas face ao estado e prognóstico da pessoa, prolongando o sofrimento sem benefício real.

Durante o estágio, esta questão revelou-se particularmente inquietante, exigindo uma análise crítica sobre os limites da intervenção terapêutica e o respeito pela dignidade da PSC. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), através da Lei n.º 24/2009, reforça a importância da análise sistemática dos problemas morais decorrentes dos avanços científicos na área da biologia e da saúde, promovendo uma abordagem ética e humanizada na tomada de decisão clínica (Assembleia da República, 2009).

Neste contexto, tornou-se evidente a necessidade de colocar a pessoa cuidada no centro do processo de decisão, respeitando a sua autonomia e expectativas, tal como defendem Macieirinha e Estorninho (2014). A prática de enfermagem deve integrar princípios éticos, normativos e deontológicos,

permitindo decisões fundamentadas e conscientes. A Lei n.º 156/2015 reforça esta responsabilidade, ao estabelecer que as intervenções devem ser orientadas pela defesa da dignidade da pessoa humana e pela integridade do profissional de enfermagem (Assembleia da República, 2015b).

Assim, a reflexão sobre a obstinação terapêutica foi essencial para garantir que os cuidados prestados fossem proporcionais, éticos e centrados na pessoa, evitando intervenções que, embora tecnicamente possíveis, não respeitassem os valores, desejos e direitos da pessoa em fim de vida ou em situação de vulnerabilidade extrema.

Este domínio exigiu competências sólidas de reflexão crítica, fundamentais para orientar a tomada de decisão e garantir uma prática profissional alinhada com os princípios ético-legais e com as orientações da deontologia em enfermagem. Procurou-se assegurar uma prestação de cuidados com qualidade técnico-científica, centrada na pessoa cuidada e na sua família ou pessoa significativa, respeitando a individualidade de cada situação. A atuação foi pautada pela proteção dos valores e princípios da pessoa, bem como pelas suas escolhas, promovendo o respeito pela dignidade, autonomia e direito à autodeterminação, elementos essenciais para uma prática ética, humanizada e responsável.

Domínio da melhoria continua da qualidade (OE, 2019a, p. 4747)

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica;

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

B) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A qualidade e a segurança na prestação de cuidados de enfermagem constituem pilares

fundamentais e transversais à prática de todos os enfermeiros. O compromisso com a excelência profissional exige uma atualização contínua dos conhecimentos técnico-científicos, bem como uma atuação pautada pelo respeito pela vida, pela dignidade humana e pelo bem-estar da pessoa cuidada. A escolha consciente de medidas e intervenções que promovam a melhoria contínua dos cuidados está na base dos princípios deontológicos que orientam a profissão, conforme estabelecido na Lei n.º 156/2015 (Assembleia da República, 2015b). Esta orientação ética reforça a responsabilidade do enfermeiro na construção de práticas seguras, eficazes e humanizadas, centradas na pessoa e sustentadas por evidência científica.

A melhoria contínua da qualidade e da segurança nos cuidados de enfermagem constitui um eixo transversal à prática profissional, exigindo do EE um papel catalisador no desenvolvimento e apoio de iniciativas estratégicas institucionais, particularmente na área da governação clínica. Este compromisso com a excelência implica não só a gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, mas também uma *práxis* clínica sustentada na melhor evidência científica disponível (OE, 2019a). Para tal, torna-se fundamental a atualização permanente das competências profissionais (OE, 2015), garantindo cuidados centrados na pessoa, com qualidade técnico-científica, respeito pela dignidade, autonomia e autodeterminação.

Integrar a PBE é uma condição essencial para a promoção de cuidados de saúde de elevada qualidade e com maior eficiência de recursos (International Council of Nurses [ICN], 2012). A PBE envolve um conjunto de atividades intencionais e facilitadoras, desenhadas para envolver os *stakeholders* na tomada de decisão clínica, sustentada por evidência científica, promovendo assim a melhoria contínua da qualidade assistencial (Jordan et al., 2019; Larrabee, 2009).

Neste contexto, destaca-se o papel da DGS, que reuniu o conhecimento mais atual sobre segurança do doente e apelou à mobilização de todos os intervenientes através do PNSD (DGS, 2022). A segurança é, aliás, reconhecida como uma dimensão fundamental do direito à proteção da saúde, conforme estabelecido na Lei de Bases da Saúde, que garante às pessoas o direito de aceder a cuidados apropriados à sua situação, em tempo útil, de forma digna e de acordo com a melhor evidência disponível (Assembleia da República, 2019).

Cabe, portanto, ao EEEMC-PSC ser um dos principais promotores desta melhoria contínua, assegurando o rigor e a excelência da sua prática, sustentada por um quadro normativo e ético que orienta o exercício profissional (OE, 2015). A aplicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015) reforça esta missão, ao oferecer uma ferramenta orientadora que valoriza os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados, e que incentiva a reflexão contínua sobre a qualidade da prática profissional.

Em contexto clínico, é essencial conhecer a estrutura física, a organização funcional e os recursos materiais e humanos disponíveis nos serviços de estágio, bem como compreender as normas e protocolos vigentes na ULS e a sua aplicação na prática assistencial. Esta compreensão permite uma integração eficaz na equipa multidisciplinar e uma atuação alinhada com os padrões institucionais de qualidade e segurança.

Segundo Afaf Meleis (2012), para responder às exigências das sociedades contemporâneas, às reformas nos sistemas de saúde e às transformações constantes no setor, é necessária uma enfermagem dinâmica, crítica e adaptável. Esta perspetiva reforça a importância de o EE desenvolver uma prática reflexiva, orientada para a qualidade, inovação e adequação contínua às necessidades sociais emergentes.

Assim, a prestação de cuidados especializados à PSC foi sustentada nas normas institucionais e nos projetos de melhoria da qualidade implementados em cada serviço. Sempre que necessário, foram realizados momentos de investigação e pesquisa bibliográfica, com o objetivo de garantir uma prática segura, fundamentada na melhor evidência científica e centrada na pessoa cuidada.

Durante o nosso exercício profissional, tivemos oportunidade de desenvolver competências relevantes no domínio da segurança do doente, através de diversas experiências formativas e investigativas. Destaca-se, no âmbito do relatório de mestrado, a realização de uma ScR com a temática "Notificação de EA, um caminho para a segurança do doente". Esta revisão permitiu mapear e sintetizar a evidência científica mais recente sobre os processos de notificação de incidentes em contexto hospitalar, identificando fatores facilitadores e barreiras à sua implementação. A metodologia seguiu as orientações do JBI, assegurando rigor científico e validade na análise dos dados, culminando na elaboração de um artigo científico atualmente submetido para publicação.

A realização desta revisão revelou-se fundamental para a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que sustentaram o desenvolvimento do estágio, nomeadamente na construção do relatório, centrado na promoção da cultura de segurança do doente. A análise crítica da literatura permitiu aprofundar a compreensão sobre a importância da notificação como ferramenta de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, reforçando a necessidade de práticas transparentes e colaborativas entre os profissionais de saúde.

Este exercício investigativo contribuiu para o fortalecimento das competências do EEEMC-PSC, promovendo uma PBE, ética e centrada na pessoa, em conformidade com os referenciais normativos e deontológicos que regem a profissão.

No âmbito da sensibilização para os fatores que comprometem a segurança dos cuidados de saúde, foi elaborada uma newsletter intitulada "Notificação de EA, um caminho para a segurança do doente". Este recurso teve como principal objetivo alertar os profissionais para os riscos associados à ausência ou insuficiência de sistemas eficazes de notificação de incidentes, promovendo uma cultura de

segurança mais robusta e transparente.

A *newsletter* abordou conceitos fundamentais como a definição de EA, a importância da sua deteção precoce, e os impactos que a sua não notificação pode ter na qualidade assistencial e nos resultados em saúde. Foram também destacadas boas práticas e estratégias facilitadoras da notificação, com base na evidência científica mais recente, reforçando o papel do enfermeiro como agente ativo na promoção da segurança do doente.

No SU, esta sessão formativa foi incluída no plano de formação continua do serviço, em dois dias formativos, e a avaliação destas sessões produziu resultados positivos (ver Apêndice B — Avaliação da sessão). No SMI, houve a possibilidade de a temática ser integrada na sessão formativa mensal do *Journal Club*, com a apresentação de um poster científico (Apêndice C), igualmente com um excelente *feedback* da equipa de enfermagem e equipa médica. Foi também produzido e exposto um cartaz informativo (Apêndice D).

Estas experiências constituíram momentos de profunda aprendizagem, que contribuíram significativamente para o desenvolvimento de um raciocínio crítico e ético sobre a importância da segurança do doente e da qualidade dos cuidados. A leitura e análise de documentos orientadores, como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015), foram fundamentais para a aquisição de conhecimentos e para a reflexão estratégica durante os estágios e na elaboração do relatório de estágio.

Alicerçados nestes referenciais, foram também considerados documentos estratégicos como o *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* (OMS/WHO, 2021), a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2021–2026 (MS, 2021), o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021–2030 (DGS, 2021).

Para além das atividades diretamente desenvolvidas no âmbito da segurança dos cuidados, contribuímos também para outros projetos institucionais relevantes, ainda que sem integrar formalmente os grupos de trabalho responsáveis pela sua conceção. Destaca-se a colaboração no projeto de descontaminação da unidade do doente no SU, bem como no projeto "STOP IH 2.0", centrado na prevenção e controlo das infeções hospitalares no SMI. Em ambos os contextos, foi possível cumprir as linhas orientadoras e participar nas intervenções propostas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A participação na formação associada ao projeto "STOP IH 2.0" (Anexo A) revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo acompanhar a progressão da iniciativa e aprofundar conhecimentos sobre práticas seguras, higienização, vigilância epidemiológica e gestão do risco clínico. Esta experiência reforçou a importância da articulação entre a evidência científica, os protocolos

institucionais e a capacitação dos profissionais como pilares fundamentais para a promoção de ambientes clínicos seguros e resilientes.

Foram ainda frequentadas ações internas com impacto direto na prática clínica: 'Gases Medicinais' (Anexo B); 'Que Importância e que Estratégias' (Anexo C); 'Journal Club – Notificação de Eventos Adversos: Um Caminho para a Segurança do Doente' (Anexo D); 'Gestão de Conflitos' (Anexo E); 'O Papel das Técnicas Auxiliares de Saúde na Prevenção e Controlo de Infeção no SMI' (Anexo F).

Estas ações complementares integraram-se de forma coerente na construção de uma prática especializada, crítica e reflexiva, alinhada com os objetivos estratégicos definidos pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2021–2026 e pelo PNSD (DGS, 2022), contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança e da qualidade assistencial em contexto hospitalar.

Importa ainda ressalvar a elevada complexidade dos cuidados inerentes PSC, frequentemente sujeita a alterações súbitas e imprevisíveis do seu estado clínico. Este contexto exige do EE um nível avançado e continuamente atualizado de conhecimentos, domínio técnico na utilização de equipamentos e recursos tecnológicos especializados, bem como um entendimento aprofundado de protocolos e algoritmos terapêuticos complexos.

Adicionalmente, reconhecendo que o cuidado ao doente crítico abrange todas as faixas etárias, foi realizada também a formação em SAV Pediátrico (PALS), ainda que não tenha sido objeto direto de estágio. Esta formação permitiu alargar o espectro de intervenção clínica, reforçando a capacidade de resposta em emergências pediátrica e contribuindo para uma abordagem mais abrangente e especializada no contexto dos cuidados intensivos.

Estas formações, alinhadas com os padrões internacionais de qualidade e segurança, reforçam o compromisso com a excelência na prática clínica e com a melhoria contínua dos cuidados prestados à PSC.

Em síntese, garantir a segurança e a qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem constitui uma responsabilidade ética e profissional dos enfermeiros, devendo ser continuamente adaptada às especificidades de cada contexto clínico. Esta adaptação exige uma prática crítica e reflexiva, capaz de implementar mudanças sustentadas que promovam o bem-estar da pessoa cuidada e a excelência dos cuidados prestados.

Mediante a análise desenvolvida ao longo deste percurso formativo e prático, consideramos ter adquirido e consolidado as competências comuns do EE, particularmente no domínio da melhoria contínua da qualidade. Paralelamente, foram também desenvolvidas competências avançadas associadas ao grau de mestre, refletidas na capacidade de integrar conhecimento científico, liderar processos de mudança e contribuir para a inovação na prática profissional

Domínio da gestão de cuidados (OE 2019a, p. 4748)

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competências de Mestre em Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

D) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, estabelece que as intervenções realizadas pelos enfermeiros são simultaneamente autónomas e interdependentes, sendo da sua "única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem" (Portugal, 1996, p. 2961). Este enquadramento legal reforça o papel ativo do enfermeiro na melhoria e desenvolvimento da prestação de cuidados, não apenas na prática assistencial, mas também nas áreas de gestão, docência, formação e investigação.

Adicionalmente, o exercício de funções de gestão por enfermeiros é considerado determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo uma componente essencial na obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018). Esta dimensão da prática foi particularmente evidenciada durante os estágios, onde os enfermeiros orientadores clínicos assumiram, por vezes, funções de chefia de equipa ou de responsáveis de turno. Esta vivência proporcionou oportunidades concretas para observar e participar no domínio da gestão de cuidados, permitindo desenvolver competências relacionadas com a coordenação de equipas, tomada de decisão em tempo real, gestão de recursos e articulação interprofissional.

A integração destas experiências no percurso formativo contribuiu para uma visão mais abrangente e estratégica da prática de enfermagem, reforçando a importância da liderança clínica como

elemento estruturante da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Segundo Silva et al. (2015), "…a liderança é definida como a arte de influenciar pessoas a cumprir uma determinada tarefa e alcançar um objetivo em comum…" (p. 212). Para que essa liderança seja eficaz, é essencial que o enfermeiro desenvolva autoconhecimento sobre o seu estilo de liderança, capacidade de adaptação às diferentes situações, conhecimento dos membros da equipa e compreensão do contexto em que atua. Acresce ainda a necessidade de desenvolver competências transversais como a comunicação, o relacionamento interpessoal e a tomada de decisões, fundamentais para o exercício da liderança em ambientes clínicos complexos.

Neste enquadramento, o enfermeiro gestor assume um papel estratégico na assimilação e aplicação de estratégias de liderança, bem como na gestão eficiente dos recursos humanos e materiais disponíveis no serviço. A sua atuação envolve a organização das tarefas, a definição da prestação de cuidados com base nos recursos existentes e a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Para apoiar estas funções, cada serviço dispõe de um enfermeiro responsável de equipa por turno, que assume um papel de coordenação e liderança, sem ocupar um posto de trabalho assistencial direto. Este profissional é responsável pela supervisão da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde, assegurando a gestão operacional do turno e promovendo a articulação entre os diferentes elementos da equipa.

Durante os estágios, tive oportunidade de observar e colaborar com enfermeiros orientadores clínicos que, por vezes, assumiam funções de chefia de equipa ou de responsáveis de turno, o que proporcionou experiências concretas no domínio da gestão de cuidados. Estas vivências foram complementadas pela frequência da formação intitulada "Gestão de Conflitos", que se revelou particularmente relevante para o desenvolvimento de competências relacionais e de liderança, permitindo uma abordagem mais eficaz na resolução de situações complexas e na promoção de um ambiente de trabalho colaborativo e seguro.

Em ambos os estágios, o responsável de turno desempenhava um papel essencial na gestão de cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Esta atuação está alinhada com o que é preconizado no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), que reforça a importância da adaptação da liderança e da gestão dos recursos às especificidades de cada contexto clínico.

Tive oportunidade de acompanhar de perto o enfermeiro gestor ou o seu substituto, o que constituiu uma experiência enriquecedora para o desenvolvimento de competências na área da gestão de cuidados. Entre as atividades realizadas, destacam-se os pedidos de manutenção de equipamentos clínicos como camas hospitalares, ventiladores portáteis e monitores, a gestão de ausências de profissionais,

assegurando uma dotação segura e ajustada à complexidade dos cuidados, bem como a reposição e organização do stock de medicação, garantindo o cumprimento rigoroso das condições de conservação e segurança (fármaco correto, dosagem correta, via de administração correta).

Adicionalmente, participei nas reuniões multidisciplinares que decorriam no início do turno da manhã. No SMI, estas reuniões envolviam a enfermeiro gestor, o diretor de serviço(preferencialmente) e a equipa médica. No SU a reunião integrava o enfermeiro gestor, a equipa de apoio e gestão de altas, o diretor de serviço e os médicos. Nestes momentos, eram discutidos os casos clínicos dos doentes internados, definidos os objetivos terapêuticos e, no caso do SU, delineadas estratégias para otimização do circuito de doentes.

O enfermeiro gestor, no âmbito das suas competências, participava ativamente nas decisões da equipa multidisciplinar, assumindo o papel de elo de ligação com a restante equipa de enfermagem. Após cada reunião, comunicava ao enfermeiro responsável de turno as decisões terapêuticas e o plano clínico individualizado para cada doente, assegurando a continuidade e coerência dos cuidados prestados.

Estas vivências foram determinantes para o desenvolvimento de competências específicas na área da gestão de cuidados, permitindo uma compreensão aprofundada da articulação entre liderança, planeamento clínico e coordenação de equipas. A observação direta e a colaboração nestes processos contribuíram para consolidar uma visão estratégica da prática profissional, reforçando a importância da liderança clínica como elemento estruturante da qualidade e segurança dos cuidados.

A seleção dos enfermeiros que desempenham a função de responsável de equipa é geralmente baseada na sua experiência acumulada ao longo dos anos de permanência nos serviços, na existência de competências especializadas e na referência por parte da equipa como profissionais com elevado domínio técnico e sentido ético. Este profissional assume uma perspetiva global do funcionamento do serviço, sendo responsável pela adequada gestão dos recursos físicos e humanos, bem como pela resolução de eventuais conflitos que possam surgir no decurso da atividade assistencial.

O enfermeiro responsável de equipa desempenha um papel estratégico na coordenação das tarefas, na supervisão da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, e na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. A sua atuação exige competências de liderança, tomada de decisão e comunicação eficaz, sendo um elemento-chave na articulação entre os diferentes intervenientes do serviço e na promoção de um ambiente colaborativo e centrado na pessoa.

Ao colaborarmos com os enfermeiros orientadores nas suas funções de enfermeiro responsável, foi possível compreender a complexidade inerente à gestão de situações clínicas exigentes, frequentemente marcada pela escassez de recursos humanos e materiais, realidade particularmente evidente no SU. Esta experiência evidenciou a importância de uma liderança adaptativa, capaz de ajustar

o estilo de gestão às características da equipa, mantendo uma escuta ativa e sensível às suas necessidades, com o objetivo de alcançar os melhores resultados assistenciais possíveis.

O SU, pelas suas especificidades, espaço frequentemente sobrelotado, elevada afluência de doentes, diversidade de patologias e equipas compostas por profissionais jovens e/ou frequentemente fatigados, representa um verdadeiro desafio no que respeita à gestão de recursos. A escassez pontual de materiais essenciais, como macas, reforça a necessidade de uma atuação estratégica e ágil por parte do enfermeiro responsável, que deve garantir a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

Neste contexto, torna-se evidente que a gestão eficaz de um SU exige um elevado nível de competências técnicas, relacionais e organizacionais, bem como uma sólida capacidade de liderança clínica. A experiência vivenciada durante os estágios permitiu reconhecer que o desenvolvimento destas competências é essencial para assegurar uma resposta eficiente, segura e humanizada às exigências diárias de um serviço tão dinâmico e imprevisível.

O estabelecimento de uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar, aliado ao progressivo processo de integração nos serviços de estágio, permitiu conhecer em profundidade a metodologia de trabalho adotada e participar ativamente na gestão dos cuidados de enfermagem prestados à PSC. Esta vivência contribuiu para uma tomada de decisão fundamentada, sustentada na evidência científica e na articulação interprofissional.

Ao EE é exigido um corpo de competências que abrange diversas dimensões, nomeadamente a educação dos clientes e dos pares, a orientação, o aconselhamento, a liderança e a responsabilidade de descodificar, disseminar e implementar investigação relevante e pertinente (OE, 2019a, p. 4744). A reflexão crítica sobre as dinâmicas dos serviços e a observação das diferentes formas de liderança clínica foram fundamentais para compreender o funcionamento das unidades, permitindo correlacionar essas experiências com os conhecimentos adquiridos na UC Enfermagem em Formação e Políticas e Gestão em Saúde.

Neste contexto, foi possível adquirir competências no domínio da gestão e liderança, não apenas pela observação, mas também pela participação ativa no processo de tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar. Esta colaboração direta contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas, como a capacidade de análise situacional, comunicação assertiva, gestão de recursos e liderança adaptativa, essenciais para a prática especializada em ambientes clínicos complexos.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE 2019a, p. 4749)

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

D2 – Baseia a sua *práxis* clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre em Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

A) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

B) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto--orientado ou autónomo.

Para além de se apoiar em conhecimento válido e atualizado nos processos de tomada de decisão e intervenção clínica, o EE deve assumir-se como um facilitador e elemento ativo na promoção da investigação e da aprendizagem contínua. Esta postura é essencial para garantir uma PBE e alinhada com os padrões de qualidade exigidos pela profissão. No entanto, para que essa atuação seja verdadeiramente eficaz, é fundamental que o enfermeiro desenvolva a capacidade de se autoconhecer, reconhecendo este aspeto como central na prática de enfermagem e como potencial obstáculo ao estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019a).

O autoconhecimento é, portanto, uma competência transversal e indispensável em enfermagem, pois influencia diretamente a qualidade da relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, bem como a eficácia da intervenção clínica (Rasheed et al., 2019). Apesar da sua reconhecida importância, a literatura científica revela uma lacuna significativa no que respeita à existência de instrumentos robustos para avaliar os níveis de autoconhecimento e à sua aplicabilidade prática em contextos clínicos (Rasheed et al., 2020). Esta ausência de evidência reforça a necessidade de investir na investigação sobre esta temática, promovendo o desenvolvimento de ferramentas que permitam integrar o autoconhecimento como dimensão mensurável e formativa na prática profissional. Por outro lado, a tomada de consciência das nossas características, enquanto pessoas e profissionais de enfermagem, constitui um processo essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Esta consciência é promovida através da reflexão crítica e do feedback dos colegas e membros da equipa com quem nos relacionamos, permitindo identificar fragilidades que possam condicionar significativamente a nossa evolução (Phaneuf, 2005). O

autoconhecimento, neste sentido, revela-se uma competência transversal e estruturante, pois está diretamente correlacionado com a capacidade de reconhecer e potenciar as características facilitadoras do nosso desempenho, contribuindo para uma prática mais consciente, ética e eficaz.

A complexidade dos contextos clínicos vivenciados durante os estágios no SMI e SU, proporcionou o confronto com realidades distintas e cuidados altamente diversificados, potenciando a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências especializadas. Esta diversidade de experiências revelou-se fundamental para a construção de uma prática crítica e reflexiva, ajustada às exigências da prestação de cuidados à PSC.

Para fomentar o desenvolvimento da autorreflexão, do autoconhecimento e da assertividade, foi promovida a prática de momentos de *debriefing*, ou seja, espaços de reflexão e discussão após experiências significativas, realizados em equipa multidisciplinar. Estes momentos permitiram a partilha de vivências, a análise do desempenho clínico e dos cuidados prestados, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria e consolidar boas práticas.

No contexto do SMI, tive a oportunidade de participar, como formanda, na ação formativa em contexto de trabalho intitulada *"O Clinical Debriefing* como Promotor de Segurança em Cuidados Críticos*"* promovida pelo gabinete de formação. Esta iniciativa reforçou a importância do *debriefing* como ferramenta estruturada de reflexão após eventos ou incidentes críticos, permitindo a tomada de decisões corretivas e a implementação de estratégias que visam melhorar o desempenho em situações futuras, com impacto direto na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Em ambos os contextos clínicos, foram realizados diversos momentos de *debriefing* em conjunto com os enfermeiros supervisores clínicos, quer para analisar a qualidade dos cuidados prestados à PSC, quer para discutir situações emergentes que exigiram atuação imediata. Estes espaços de diálogo e reflexão revelaram-se essenciais para o desenvolvimento de competências relacionais, clínicas e éticas, promovendo uma cultura de segurança e aprendizagem contínua no seio das equipas de cuidados. A reflexão crítica sobre as vivências profissionais e formativas permitiu atribuir-lhes um significado concreto, transformando cada experiência num contributo direto para a construção de uma prática mais consciente, fundamentada e segura.

Aliada a uma postura de autocrítica e ao desenvolvimento contínuo do autoconhecimento, esta reflexão teve como objetivo identificar limitações e orientar a procura de evidência científica atualizada, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados ao longo dos estágios. Este processo parece ter contribuído para uma maior confiança por parte da equipa multidisciplinar, bem como para uma dinâmica de cuidados mais fluida e colaborativa.

De acordo com a Lei n.º 156/2015 (Assembleia da República, 2015b), cabe ao enfermeiro analisar

regularmente o trabalho realizado, identificar falhas e promover mudanças de atitude sempre que necessário. Esta responsabilidade torna-se particularmente relevante em contextos clínicos de elevada exigência, como a UCI e o SU, onde o stress associado à complexidade das situações clínicas é constante. Nestes ambientes, o espírito de equipa e a entreajuda foram elementos facilitadores da integração, promovendo um clima de cooperação e aprendizagem.

A adoção de uma postura promotora da partilha de sentimentos, dúvidas e informação baseada na evidência, nos momentos oportunos, contribuiu para a criação de um ambiente informal, mas seguro, onde a validação emocional e a troca de experiências se tornaram ferramentas pedagógicas valiosas. Reconhecendo que a experiência profissional prévia proporcionou competências de gestão de stress e de conflitos, os momentos de estágio constituíram uma oportunidade privilegiada para aprofundar a autorreflexão e o autoconhecimento.

A reflexão conjunta com os orientadores clínicos durante a prática revelou-se igualmente determinante para o reconhecimento de boas práticas, a adaptação às dinâmicas de equipa e o desenvolvimento de estratégias que visam a prestação de cuidados com maior autoconsciência. Este processo contribuiu para um impacto direto e positivo na qualidade dos cuidados prestados, possibilitando um sentimento crescente de destreza, segurança e adaptação às exigências da prática especializada

Correlacionando este domínio com a temática da prestação de cuidados assertivos, torna-se evidente que a gestão eficaz de fatores de stress, emoções e comportamentos é crucial, sobretudo perante situações de elevada exigência clínica, como a notificação de EA em contexto de PSC. Para sustentação da temática, que permita uma práxis clínica baseada na evidência científica, foi realizada uma ScR, com base na literatura mais atualizada, de forma a mapear os fatores que influenciam a prática de notificação de EA por parte dos enfermeiros, identificar barreiras e facilitadores, e reunir estratégias que promovam uma cultura de segurança efetiva. Os resultados evidenciaram que elementos como o apoio da liderança, a comunicação aberta, o feedback sobre erros e a formação contínua são determinantes para a melhoria dos comportamentos de notificação, enquanto o medo de represálias, a ausência de cultura não punitiva e a falta de conhecimento sobre segurança do doente continuam a ser obstáculos persistentes. Estes achados reforçam a importância de intervenções integradas que promovam ambientes seguros, confiança institucional e práticas clínicas assertivas, especialmente em contextos de elevada complexidade como os cuidados à PSC. No SU, os turnos realizados foram no posto de trabalho da sala de emergência e sala de observações, que alocam a PSC com maior necessidade de vigilância, intervenções e monitorização, e no SMI com os doentes com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Paralelamente à prática clínica, a participação em congressos e eventos científicos constitui uma

estratégia fundamental para o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, especialmente no contexto da PBE e do exercício de uma liderança clínica qualificada. O Código Deontológico dos Enfermeiros, no seu artigo 100.º, estabelece que o enfermeiro tem o dever de "assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional…" (OE, 2015, p. 81). Estes eventos proporcionam acesso direto às mais recentes evidências científicas e recomendações clínicas, sendo compostos por formações dinâmicas que impulsionam a excelência dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, participámos no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, realizado nos dias 24 e 25 de novembro de 2023, onde apresentámos o poster científico intitulado "Comunicação eficaz na transição de cuidados do doente crítico no SU" (Anexo G). Este congresso permitiu o aprofundamento de diversas temáticas relevantes no âmbito da enfermagem em contexto de urgência e emergência, tanto a nível nacional como internacional. Entre os temas abordados destacaram-se: "SAV: Para além do algoritmo", "Cuidados Intensivos*: Call for Complex Skills*", "Modelo formativo e competências na área do doente crítico", "Desafios em cuidados intensivos", "Catástrofe: Tecnologia e formação para a proficiência das equipas", "A gestão do circuito do doente crítico: Ameaças e oportunidades" e "Trauma: Do detalhe à qualidade dos cuidados".

Adicionalmente, participámos no 1.º Encontro Científico do SU do Hospital de São Luís de Elvas (HSLE), no dia 18 de maio de 2024, como autores do poster científico "Método START como forma de triagem em catástrofes". Este encontro promoveu a discussão de temas cruciais para a prática especializada, como "Transporte Inter-hospitalar da PSC", "O Pilar da Comunicação na Segurança dos Cuidados à PSC e à sua família" e "Preparação para a Catástrofe: Missão e Desafios – À Conversa com o Perito".

A participação ativa nestes eventos reforçou o compromisso com a atualização científica e a melhoria contínua da prática profissional, promovendo a integração de conhecimento especializado e a partilha de experiências entre pares, elementos essenciais para a construção de uma enfermagem crítica, reflexiva e centrada na pessoa.

Mediante a análise crítica e fundamentada das experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo e profissional, consideramos ter alcançado e consolidado o domínio em questão, promovendo o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e das competências inerentes ao EE e grau de mestre em enfermagem. Este processo refletiu-se na capacidade de integrar conhecimento científico, aplicar estratégias de liderança clínica, promover práticas baseadas na evidência e contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE E DE MESTRE ENFERMAGEM

Com a publicação do Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018a), de 16 de julho, foram revogados os anteriores Regulamentos n.º 124/2011 e n.º 188/2015, estabelecendo-se um novo referencial normativo para as competências especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especial enfoque na intervenção junto da PSC. Este regulamento define de forma clara o perfil de competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que, articulado com o perfil de competências comuns do EE, constitui um enquadramento regulador e orientador da prática especializada.

Este enquadramento visa assegurar a mobilização de competências clínicas ajustadas às necessidades da pessoa cuidada, considerando o alvo e o contexto de intervenção. Ao promover uma prática profissional sustentada em rigor técnico-científico, ética e responsabilidade, o regulamento reforça o papel do EE como agente promotor da qualidade, segurança e excelência dos cuidados de enfermagem.

A OE (2019a) define as competências específicas do EE como aquelas que decorrem "das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (p. 4745). Em contexto de situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são reconhecidas como fundamentais para cuidar do indivíduo e da família/cuidador, que enfrentam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Neste sentido, torna-se imprescindível a posse de um conjunto de competências clínicas especializadas por parte do EE em EMC – PSC, incluindo a capacidade de resposta em circunstâncias de emergência, excecionais e catastróficas, desde a conceção até à ação (OE, 2018).

Estas competências específicas, tal como as competências comuns, são plenamente aplicáveis ao contexto clínico na prestação de cuidados de enfermagem. Foram, por isso, projetadas atividades, que proporcionaram o desenvolvimento do percurso formativo. À semelhança das competências comuns do EE, as competências específicas do EE em EMC – PSC serão analisadas em articulação com os descritores de competências definidos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Competência específica do EE em EMC – PSC (OE, 2018a, p. 19360)

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

Competências de mestre em Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

B) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de

problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao logo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O EEEMC – PSC deverá ser capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa em situações complexas de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa (OE, 2018a).

Assim, atendendo à importância da atuação antecipatória e preventiva face a potenciais focos de instabilidade clínica, bem como à necessidade de uma resposta imediata e fundamentada à PSC e à sua família/cuidador, torna-se essencial garantir níveis adequados de vigilância, monitorização e intervenção terapêutica, proporcionais à gravidade da situação. Neste contexto, a abordagem da PBE revelou-se de extrema relevância para otimizar a eficácia da prestação de cuidados, promovendo a segurança e o melhor desfecho clínico possível para o doente.

Os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional, especialmente na área dos cuidados em emergência extra-hospitalar e no acompanhamento de doentes em falência multiorgânica, aliados à formação académica nas Unidades Curriculares (UC) do Mestrado, contribuíram diretamente para uma prática clínica mais sólida, preditiva e centrada na pessoa.

A realização dos estágios no SU e no SMI, bem como a frequência de cursos com creditação internacional — *SAV do Adulto* e ITLS — integrados na UC *Enfermagem à PSC II*, permitiram a prestação de cuidados especializados à PSC e a execução de intervenções técnicas de elevada complexidade, promovendo o desenvolvimento de competências clínicas avançadas.

Esta área de aprendizagem foca-se no cuidado à pessoa, família ou cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. O objetivo principal foi garantir cuidados adequados em situações emergentes, antecipando instabilidades e respondendo de forma proativa, através de uma vigilância e monitorização clínica ajustadas à evolução do estado de saúde.

Para alcançar estes resultados, foi essencial adquirir e aplicar conhecimentos específicos sobre a prestação de cuidados à PSC, nomeadamente na identificação precoce de sinais de instabilidade, com base nos conteúdos assimilados nas UC *Enfermagem à PSC I e II*. A implementação da abordagem

ABCDE[12] (American College of Surgeons, 2018) revelou-se uma ferramenta indispensável, permitindo uma avaliação rápida e sistemática, a definição de prioridades e a tomada de decisões clínicas eficazes, orientadas para a estabilização e monitorização contínua da PSC.

A experiência profissional em SIV contribuiu para consolidar competências fundamentais na avaliação primária e secundária, estabilização de doentes críticos e comunicação interinstitucional com os diferentes agentes do sistema de emergência, sempre com base na abordagem ABCDE. Ainda assim, o estágio representou uma oportunidade significativa de crescimento técnico e humano, promovendo a adaptação a diferentes cenários clínicos e reforçando a capacidade de resposta em contextos de urgência e emergência. Ainda no âmbito do SU, e apesar da experiência profissional prévia na SIV, com contacto direto com a PSC em meio pré-hospitalar, foi solicitado e realizado um estágio de observação na VMER (Anexo H) decorreu em dois turnos distintos, sob supervisão do enfermeiro supervisor, e proporcionou uma vivência prática altamente enriquecedora.

Durante esta experiência, foi possível acompanhar situações clínicas complexas, nomeadamente doentes politraumatizados, ou com patologias do foro cardíaco, desde o local do incidente até à sala de emergência hospitalar. A participação ativa incluiu o apoio em procedimentos como a entubação orotraqueal, bem como a aplicação dos protocolos específicos relativos ao politrauma, ao traumatismo crânio-encefálico e à via verde coronária. Esta abordagem integrada permitiu contribuir para a estabilização da vítima e assegurar o seu encaminhamento para o local de tratamento definitivo, promovendo cuidados seguros e eficazes.

A observação e colaboração em contexto VMER reforçaram competências técnicas e clínicas, nomeadamente na avaliação rápida, tomada de decisão em ambiente de elevada pressão e articulação com equipas multidisciplinares. Esta experiência revelou-se fundamental para consolidar conhecimentos adquiridos em contexto académico e profissional, promovendo uma prática mais segura, fundamentada e centrada na pessoa.

Por fim, o conhecimento dos protocolos terapêuticos específicos dos serviços clínicos onde decorreram os estágios possibilitou uma colaboração ativa no planeamento e na prestação de cuidados complexos, bem como na tomada de decisões em articulação com a equipa multidisciplinar, contribuindo para uma prática especializada mais segura, eficaz e centrada na pessoa.

Importa referir que o estágio mais desafiante, pela sua novidade e exigência técnica, foi realizado no SMI. O SMI é caracterizado por uma elevada robustez tecnológica, tanto ao nível da abordagem terapêutica — através da substituição de funções orgânicas — como da avaliação diagnóstica e

[12] ABCDE – protocolo sistemático de avaliação A (*Airway*), B (*Breathing*), C (*Circulation*), D (*Disability*), E (*Exposure*).

prognóstica, com recurso à monitorização hemodinâmica invasiva e à aplicação de scores preditivos. O principal objetivo da monitorização hemodinâmica é assegurar uma perfusão tecidual adequada, prevenindo situações de hipoperfusão (Bigatello & George, 2002).

Durante a prática profissional neste contexto, foi possível desenvolver competências na execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, abrangendo procedimentos de diagnóstico, monitorização e intervenção terapêutica. Entre as atividades realizadas, destacam-se: Avaliação do estado de consciência através do índice bispectral (BIS) e da sedoanalgesia com recurso às escalas RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*); Monitorização da dor em doentes ventilados com a *Behavioral Pain Scale* (BPS); Apoio em procedimentos de entubação e extubação orotraqueal, sob laringoscopia direta e indireta; Vigilância de parâmetros ventilatórios e cumprimento das *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica; Início e gestão de ventilação não invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo; Colocação, manutenção e remoção de cateteres venosos centrais, arteriais e de hemodiálise, com cumprimento das *bundles* de prevenção de infeções da corrente sanguínea; Colheita de sangue para análises laboratoriais e gasimetrias, com interpretação clínica dos resultados; Gestão de técnicas de circulação extracorporal, como hemodiálise intermitente, substituição renal contínua e plasmaferese; Colaboração na monitorização hemodinâmica invasiva com cateteres ePiCCO®, incluindo parâmetros como pressão venosa central, débito cardíaco contínuo, contratilidade cardíaca e edema pulmonar; Realização de tratamentos a feridas complexas e posicionamento de doentes em decúbito ventral; Transporte intra-hospitalar da PSC para exames complementares.

Desta forma, o estágio realizado no SMI constituiu, acima de tudo, um exercício de adaptação a novas dinâmicas de cuidados e de reflexão crítica sobre a prática, sustentada na mais recente evidência científica. A exposição a dispositivos médicos avançados, como ventiladores portáteis e equipamentos de circulação extracorporal utilizados na realização de plasmaferese, gerou inicialmente sentimentos de insegurança e receio. No entanto, esta experiência revelou-se simultaneamente desafiante e motivadora, impulsionando a aquisição de novos conhecimentos e competências técnicas.

Para dar resposta às necessidades sentidas e aos objetivos definidos para o estágio, foram adotadas diversas estratégias de aprendizagem, nomeadamente a leitura de normas e protocolos institucionais, a consulta de *guidelines*[13] internacionais, a realização de pesquisas bibliográficas dirigidas e o apoio contínuo nas explicações da enfermeira orientadora. Estas abordagens permitiram um desenvolvimento progressivo de aptidões, maior segurança na utilização dos dispositivos médicos e o cumprimento rigoroso dos protocolos terapêuticos complexos.

[13] *Guidelines* -Conjunto de diretrizes, recomendações ou regras

O desenvolvimento de competências, neste contexto, está intrinsecamente associado à capacidade de executar intervenções técnicas com precisão, sustentadas por conhecimento científico e pela habilidade de recolher e analisar informação clínica relevante. Esta articulação entre prática e conhecimento orienta a tomada de decisão e qualifica a intervenção profissional (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017), promovendo uma atuação segura, eficaz e centrada na pessoa.

As patologias mais prevalentes no SMI foram o choque séptico e/ou distributivo e as infeções respiratórias com necessidade de ventilação mecânica invasiva, frequentemente associadas a quadros de instabilidade hemodinâmica. A experiência adquirida ao longo da prática profissional, ainda que de outros contextos, revelou-se uma mais-valia na antecipação de sinais de deterioração clínica, permitindo uma resposta célere e assertiva, com vista à obtenção do melhor *outcome*[14] possível para a PSC.

Em ambos os contextos de estágio — SMI e SU — foi possível prestar cuidados especializados à PSC em situações emergentes, identificando precocemente focos de instabilidade e aplicando conhecimentos e competências técnicas avançadas, nomeadamente no âmbito do SAV e da abordagem ao trauma. A execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, como a monitorização invasiva, a gestão ventilatória e a estabilização hemodinâmica, foi realizada com rigor e fundamentação científica.

Adicionalmente, quer durante os estágios, quer na prática profissional, foi assegurada a administração de protocolos terapêuticos complexos, sustentados por normas e procedimentos institucionais que promovem uma atuação autónoma, segura e uniformizada por parte dos enfermeiros. Exemplos disso incluem a aplicação dos algoritmos de SAV e dos protocolos específicos de atuação em trauma, que orientam a tomada de decisão clínica e garantem a prestação de cuidados baseados na melhor evidência disponível.

Face à complexidade das situações vivenciadas pela PSC, o controlo da dor e do sofrimento assume um papel central e inadiável na prestação de cuidados especializados. Ao longo da prática profissional e dos estágios realizados, foi evidente a necessidade de uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, ajustadas à condição clínica e à resposta individual de cada pessoa.

Reconhecida como o quinto sinal vital desde a publicação da Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003 (DGS, 2003), a dor representa um fenómeno complexo, marcado pela variabilidade na sua origem, perceção e tolerância (Devlin et al., 2018). Esta complexidade é acentuada em doentes com alterações do estado de consciência, dificuldades de comunicação, padrões de sono comprometidos, imobilidade prolongada ou presença de dispositivos invasivos, exigindo uma abordagem sensível e

[14] *outcome* -Resultado mensurável

rigorosa na sua avaliação.

Durante a prática clínica, particularmente no estágio em UCI, foi utilizada de forma sistemática a *Behavioural Pain Scale* (BPS) como instrumento de avaliação da dor e do desconforto em doentes não comunicantes (Payen et al., 2001). A dor era avaliada a cada duas horas ou sempre que clinicamente indicado, sendo considerada controlada quando a pontuação era igual ou inferior a cinco. Na presença de dor, eram implementadas medidas farmacológicas de analgesia multimodal, ajustando a dosagem ou introduzindo analgésicos como o paracetamol ou coadjuvantes como a gabapentina (Devlin et al., 2018). A reavaliação era realizada entre 10 a 15 minutos após a intervenção, com o objetivo de alcançar uma pontuação inferior a cinco, garantindo o conforto e a segurança da pessoa cuidada.

Este processo de avaliação e intervenção reforça a importância da competência clínica na gestão da dor, que deve ser sustentada por conhecimento técnico-científico, sensibilidade ética e capacidade de decisão informada. A dor, enquanto experiência subjetiva, exige do EE uma abordagem holística e centrada na pessoa, promovendo a dignidade, o alívio do sofrimento e a qualidade dos cuidados prestados.

No contexto da PSC, as medidas não farmacológicas podem assumir um papel secundário na gestão da dor (Devlin et al., 2018). No entanto, estas estratégias revelam-se complementares à abordagem farmacológica multimodal, constituindo alternativas de baixo risco e custo, com benefícios reconhecidos na promoção do conforto e bem-estar (Golino et al., 2019).

Recordamos, neste âmbito, uma situação clínica vivenciada no SMI, envolvendo uma doente no pós-operatório, com dificuldade no desmame da sedoanalgesia. A doente apresentava agitação psicomotora e fácies de dor , sendo evidente a importância da musicoterapia durante os cuidados de higiene e nos momentos de posicionamento. Esta intervenção não farmacológica contribuiu para a diminuição da ansiedade e do desconforto, promovendo um ambiente mais tranquilo e humanizado.

A literatura reforça que intervenções como a música podem beneficiar significativamente os doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), reduzindo indicadores fisiológicos como a frequência cardíaca e respiratória, além de atenuar a dor e a ansiedade (Golino et al., 2019). Estas estratégias, quando integradas de forma consciente e fundamentada na prática clínica, potenciam uma abordagem holística e centrada na pessoa, promovendo cuidados mais humanizados e eficazes.

A comunicação constitui um dos pilares fundamentais na qualidade da prestação de cuidados em enfermagem (Pereira et al., 2013). Enquanto instrumento privilegiado para a criação e manutenção da relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa cuidada, a comunicação deve estar alicerçada na empatia, confiança e respeito mútuo, especialmente em contextos de risco de vida, onde o vínculo terapêutico assume um papel determinante (Phaneuf, 2005).

Uma comunicação eficaz, intencional e com significado entre doente, família/pessoa significativa e equipa de saúde é essencial para uma experiência positiva da pessoa cuidada e para a construção de uma relação terapêutica sólida (Blackburn et al., 2019). Em contexto SMI, a comunicação encontra-se frequentemente comprometida devido à condição clínica do doente, exigindo a adoção de estratégias adaptadas, como o uso de mímica, figuras, letras ou escrita. Importa sublinhar que, antes de qualquer intervenção ou procedimento, foi sempre assegurada a informação ao doente sobre o que iria ser realizado, respeitando o seu consentimento informado.

A comunicação clara e adequada sobre a condição clínica e os cuidados planeados representa um desafio acrescido em ambientes exigentes e com elevada pressão temporal, como o SU (Blackburn et al., 2019; Leventhal & Schreyer, 2020). Conscientes destas limitações, procurámos investir em estratégias facilitadoras, promovendo espaços para esclarecimento de dúvidas e incentivando o envolvimento da família no processo assistencial, sempre que possível.

Sempre que a família se encontrava presente, era garantida a transmissão de informação clínica relevante, salvaguardando o direito à privacidade da pessoa cuidada. Adicionalmente, era facultada informação sobre o gabinete de apoio ao utente e o seu horário de funcionamento, como forma de reforçar o suporte institucional disponível.

Concluímos que, em ambos os contextos do SMI e SU, o envolvimento da família, seja presencialmente ou através de videochamada, revelou-se uma mais-valia na gestão da ansiedade e do medo vivenciados pela pessoa cuidada e pela sua rede de suporte. A comunicação eficaz com a família/pessoa significativa promove o seu envolvimento ativo no processo de cuidados, facilita a tomada de decisão informada e melhora a interação com os profissionais de saúde. Além disso, contribui para uma melhor compreensão da situação clínica e para a redução do risco de desenvolvimento de sintomas associados ao stress pós-traumático (Kynoch et al., 2016)

As situações de fim de vida são, infelizmente, frequentes em contextos como o SMI e o SU exigindo dos profissionais de enfermagem uma abordagem sensível, competente e humanizada. Nestes momentos, a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica ganham uma importância acrescida, tornando-se pilares fundamentais na prestação de cuidados centrados na pessoa e na sua família/pessoa significativa.

Os cuidados em fim de vida constituem uma área de especialização em crescente valorização na prática junto da PSC, exigindo o mesmo nível elevado de conhecimento técnico-científico e competências clínicas que todas as outras áreas da prática especializada. Estes cuidados devem ser orientados por uma abordagem centrada no doente e na sua rede de suporte, reconhecendo a importância da estrutura social em que se insere e que se prolonga para além da morte (Truog et al., 2008).

A prestação de cuidados paliativos em contexto de SMI tem sido amplamente reconhecida como essencial para o alívio de sintomas físicos provocados por tratamentos invasivos, para a definição de objetivos terapêuticos centrados na pessoa e para a dignificação do processo de fim de vida (Ito et al., 2022). Esta abordagem exige do enfermeiro um envolvimento ativo através de uma comunicação interdisciplinar eficaz, cuja qualidade está diretamente relacionada com os resultados dos cuidados prestados à pessoa e à sua família (Griffiths et al., 2019; Truog et al., 2008).

Recordamos, neste âmbito, a situação de um senhor com cerca de 60 anos, internado na sequência de um choque séptico de ponto de partida renal. Desde a sua admissão, o prognóstico era reservado, com compromisso cardiovascular (necessidade de suporte aminérgico e vasopressor), respiratório (ventilação mecânica invasiva) e renal (substituição renal contínua). Foram realizadas várias reuniões com a família (Esposa e filhos) nas quais se transmitiu, de forma simples, mas detalhada, a condição clínica do doente. Paralelamente, foram avaliadas as necessidades emocionais da família, criando espaço para a expressão de sentimentos e dúvidas, e disponibilizando apoio espiritual e psicológico.

É frequente que, em situações críticas, a família recorra aos profissionais mais próximos — geralmente os enfermeiros — em busca de esclarecimento, apoio e envolvimento nas decisões relativas ao plano de cuidados (Phaneuf, 2005). Este envolvimento ativo da família não só contribui para a humanização dos cuidados, como também reforça a confiança na equipa, promove a tomada de decisão partilhada e mitiga o impacto emocional da situação vivida.

O ambiente caótico e os recursos físicos limitados do SU representaram um desafio acrescido ao envolvimento da família na atividade assistencial. O apoio emocional à família foi, muitas vezes, realizado em espaços improvisados, como a sala de triagem — quando disponível — ou, alternativamente, em locais que oferecessem maior privacidade, como gabinetes médicos ou o gabinete de apoio ao utente.

A literatura evidencia que existem perspetivas distintas entre os profissionais de saúde e os recetores de más notícias em contexto de SU, especialmente no que diz respeito à gestão das emoções, ao convite para o diálogo e à privacidade durante a comunicação (Toutin-Dias et al., 2018). Face à exigência emocional e à complexidade das situações vividas, tornou-se evidente a necessidade de sustentar a prática clínica em evidência científica, particularmente no que se refere à gestão da relação terapêutica e ao apoio à pessoa e à família em momentos de elevada vulnerabilidade.

Neste sentido, foi revisto e aplicado o protocolo SPIKES[15] (Baile et al., 2000), como ferramenta orientadora no processo de comunicação de más notícias, tanto ao doente como à sua família. Este modelo, composto por seis etapas permite estruturar a comunicação de forma empática, clara e

[15] SPIKES- Setting up, (P) Perception, (I) Invitation, (K) Knowledge, (E) Emotions, (S) Strategy and Summary

respeitosa, promovendo a compreensão da informação transmitida e o acolhimento das reações emocionais da pessoa e da sua rede de suporte.

A utilização do protocolo SPIKES revelou-se uma estratégia eficaz para garantir uma comunicação terapêutica centrada na pessoa, respeitando os seus direitos, promovendo a dignidade e reforçando o vínculo entre profissional, doente e família, mesmo em contextos de elevada pressão e complexidade como o SU

Esta experiência consolidou competências essenciais à prática especializada, reforçando a capacidade de intervir em contextos de elevada exigência clínica, com segurança, eficácia e responsabilidade. Neste sentido, considera-se que as competências em análise foram efetivamente alcançadas, evidenciando-se o desenvolvimento de capacidades na identificação precoce de sinais de instabilidade clínica e na implementação de respostas antecipatórias face ao risco de falência orgânica. A atuação fundamentada e eficaz permitiu prevenir complicações, promovendo a segurança da PSC e contribuindo para a obtenção de resultados clínicos mais favoráveis.

Competência específica do EE em EMC – PSC (OE, 2018a, p. 19361)

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

Competências de mestre em Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

B) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao logo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

É da responsabilidade do EEEMC criar, planear e gerir respostas imediatas e sistematizadas perante situações de emergência, exceção ou catástrofe, assegurando a eficácia e eficiência da intervenção, sem descurar a preservação de vestígios que possam constituir indícios de prática criminal (OE, 2018).

Segundo a Lei n.º 80/2015, uma catástrofe pode ser definida como um ou uma sucessão 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, 2015a, p. 5316). Nestes cenários, uma das principais características é o desequilíbrio entre as necessidades imediatas da população afetada e os recursos disponíveis, tornando imperativa uma gestão criteriosa e estratégica dos meios existentes, com vista à

obtenção dos melhores resultados possíveis para a comunidade (Bazyar et al., 2019).

Os enfermeiros têm demonstrado um papel essencial em situações de exceção e catástrofe, evidenciando conhecimentos, competências e capacidades que sustentam ações humanitárias e contribuem positivamente para uma resposta coordenada e eficaz (ICN & WHO, 2009). A prática de enfermagem nestes contextos exige, para além da competência clínica, uma abordagem ética baseada em princípios utilitaristas, orientada para o maior benefício possível ao maior número de pessoas, com o mínimo de danos.

O EEEMC possui competências para intervir em múltiplos níveis de ação, incluindo: Planeamento estratégico e definição de protocolos de atuação; Triagem rápida e eficaz das vítimas, com base em critérios clínicos e de prioridade; Gestão e coordenação de equipas de primeira intervenção, assegurando a articulação entre profissionais e entidades; Garantia de condições de segurança para os intervenientes e para a população; Comunicação estruturada e eficaz, tanto com os pares como com os cidadãos; Participação ativa nas etapas de recuperação, promovendo a reabilitação física, emocional e social da comunidade afetada (ICN, 2019).

Estas competências refletem a versatilidade e a capacidade de liderança do EE, que atua como elemento-chave na resposta a eventos críticos, promovendo cuidados seguros, humanizados e baseados na melhor evidência disponível.

Os conteúdos abordados na Unidade Curricular *Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe* foram determinantes para o desenvolvimento de competências específicas na atuação em cenários de elevada complexidade, reforçando o papel do EEMC – PSC como elemento-chave na resposta a situações críticas e humanitárias.

Durante esta UC, foram explorados temas como a resposta estruturada a situações de exceção e catástrofe, a conceptualização de planos de emergência e a abordagem à pessoa vítima de violência, maus-tratos e negligência. Estes conteúdos permitiram consolidar conhecimentos teóricos e práticos sobre a gestão de crises, a coordenação de equipas e a prestação de cuidados centrados na pessoa e na sua rede de suporte.

Neste contexto, foi possível elaborar e apresentar um poster científico intitulado "Método START como forma de Triagem em Catástrofes" no *1.º Encontro Científico do SU do Hospital São Luís de Elvas (HSLE)*, realizado a 18 de maio de 2024. Este trabalho exigiu uma revisão aprofundada da literatura sobre os diferentes métodos de triagem em cenários de multivítimas, com análise crítica das suas vantagens e limitações, bem como uma reflexão sobre a importância da triagem como ferramenta essencial na priorização de cuidados e na otimização dos recursos disponíveis em situações de catástrofe.

A realização deste projeto contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências

analíticas, organizacionais e comunicacionais, reforçando a capacidade de aplicar conhecimento técnico-científico em contextos reais e de promover práticas baseadas na evidência. A participação ativa em eventos científicos representa, ainda, uma oportunidade de partilha de saberes e de valorização da profissão, promovendo a disseminação de boas práticas e o envolvimento dos profissionais na construção de respostas mais eficazes e humanizadas.

Importa referir, que no âmbito profissional, a formação recebida no curso de SIV, ministrado pelo INEM, incluiu um módulo dedicado ao planeamento, conceção e gestão de situações de exceção. Durante a componente prática deste módulo, foi simulada uma situação de catástrofe, com a oportunidade de montar um hospital de campanha, permitindo vivenciar a organização e resposta operacional em tempo real.

Complementarmente, foi realizada a consulta da Norma de Orientação 007/2010 da DGS, que estabelece diretrizes para a elaboração de planos de emergência nas unidades de saúde, bem como dos planos de emergência e catástrofe dos serviços onde decorreram os estágios. A Unidade Curricular (UC) Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe contribuiu significativamente para a compreensão da articulação entre entidades distritais e municipais na gestão de catástrofes, bem como para o conhecimento dos diferentes processos de triagem utilizados em cenários de multivítimas.

No âmbito da formação, foi realizada uma reunião formal com o engenheiro responsável pelo Gabinete de Risco da ULS, onde foi apresentado o *Plano de Emergência Interno*, elaborado em 2010 e atualmente em processo de atualização. Este plano, desenvolvido em articulação com os normativos nacionais de proteção civil e segurança hospitalar, constitui um instrumento essencial de planeamento, organização e resposta operacional perante situações que possam comprometer a segurança de utentes, profissionais e infraestruturas hospitalares. O plano visa garantir, de forma coordenada e eficaz, a continuidade dos cuidados básicos de saúde e a comunicação com os meios de socorro externos, como os Bombeiros Voluntários de Beja, a Proteção Civil, a Polícia de Segurança Pública e a Guarda Nacional Republicana, entidades com ligação direta ao hospital e capacidade de mobilização imediata (ULS, 2010).

A elaboração deste plano parte do princípio de que o hospital está exposto a múltiplos riscos — internos e externos, naturais ou tecnológicos — cuja gravidade exige uma resposta estruturada e uma evacuação organizada, ajustada ao tipo de risco e aos recursos disponíveis. Entre os riscos identificados incluem-se incêndios, explosões, fugas de gás, acidentes com substâncias químicas ou biológicas, falhas de energia, colapsos estruturais, sismos, inundações e situações de risco social, como ameaças de bomba ou episódios de violência. O plano contempla ainda cenários com múltiplas vítimas, nos quais a articulação entre os diferentes serviços hospitalares é particularmente relevante (ULS, 2010).

Durante esta reunião, foi também apresentada a planta do edifício e dos espaços exteriores da

ULS, permitindo compreender a organização física e funcional da instituição. No que respeita ao contexto clínico, o SU está localizado no piso "0", constituindo a porta de entrada prioritária das vítimas em situação crítica. Trata-se de uma zona altamente vigiada e equipada, dividida em áreas específicas de triagem, observação, reanimação, cirurgia e boxes de cuidados, garantindo uma resposta rápida e eficaz às necessidades emergentes da população.

O SMI, localizado no piso "1", desempenha um papel essencial de apoio clínico e de retaguarda, sendo considerado um dos pontos mais críticos em caso de emergência, dada a sua elevada dependência de energia contínua e de monitorização constante. Neste piso encontram-se também o bloco operatório e a unidade de recobro, áreas fundamentais para a resposta imediata a vítimas que necessitem de intervenção cirúrgica urgente. A existência de acessos verticais diretos ao SU facilita a transferência de doentes de forma rápida e segura, promovendo a continuidade e eficácia dos cuidados.

O término da reunião com o engenheiro responsável pelo Gabinete de Risco foi marcado pela apresentação do Plano de Catástrofes da instituição, documento que organiza a resposta hospitalar em situações de emergência com múltiplas vítimas, quando a capacidade instalada é excedida. O principal objetivo deste plano é garantir uma resposta rápida, coordenada e eficaz, assegurando o melhor atendimento possível às vítimas, sem comprometer os cuidados já em curso.

Em articulação com os enfermeiros supervisores clínicos, foi realizada a análise conjunta do plano de evacuação de cada contexto clínico, permitindo compreender as dinâmicas de atuação em diferentes cenários de risco. Para além da consulta destes documentos, foi destacada a importância das ações de formação internas e externas, sobre o tema, bem como da revisão periódica e do treino simulado dos planos de emergência e catástrofe, como forma de garantir a prontidão e a eficácia da resposta institucional.

Durante o estágio, não ocorreu nenhuma situação real de catástrofe que permitisse a aplicação prática das competências adquiridas nesta área. No entanto, estas foram alvo de reflexão crítica com os enfermeiros supervisores clínicos e o engenheiro responsável pelo Gabinete de Risco, complementadas por pesquisa bibliográfica dirigida, que contribuiu significativamente para o aprofundamento do conhecimento técnico e organizacional.

Apesar de não ter sido possível realizar algumas das atividades previstas no Regulamento n.º 429/2018 da OE, por dependerem da ocorrência real de situações de exceção ou de prática criminal, considera-se que houve um claro empenho e interesse em desenvolver competências neste domínio. Assim, entende-se que a competência em questão foi adquirida e desenvolvida de forma satisfatória, sustentada na evidência, na reflexão crítica e na articulação com os diferentes intervenientes institucionais.

Competência específica do EE em EMC – PSC (OE, 2018a, p.19362)

3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Competências de mestre em Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

B) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

E) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao logo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O EEMC – PSC deve responder de forma eficaz e fundamentada na prevenção e controlo de infeções, bem como na contenção da resistência aos antimicrobianos, face ao risco acrescido de infeção que decorre da complexidade clínica, dos múltiplos contextos de atuação e da diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de medidas diagnósticas e terapêuticas invasivas para a manutenção da vida da PSC (OE, 2018a).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são definidas como infeções adquiridas pelos doentes em consequência direta dos cuidados e procedimentos realizados em contexto assistencial, podendo também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (OMS/WHO, 2011). Estas infeções representam um dos principais desafios à segurança do doente, estando associadas ao aumento da morbimortalidade, prolongamento do tempo de internamento, desenvolvimento de resistência aos antimicrobianos e sobrecarga financeira para os sistemas de saúde e para as famílias (Allegranzi et al., 2011; Costa & Madureira, 2020; Haque et al., 2020; Lotfinejad et al., 2021).

Uma infeção é considerada uma IACS quando se verifica em doente previamente admitido sem qualquer sinal clínico de infeção, e que a desenvolve após, pelo menos, 48 horas de permanência na instituição de saúde (Monegro et al., 2021; OMS/WHO, 2011). Este critério temporal é essencial para distinguir infeções comunitárias das infeções nosocomiais, permitindo uma abordagem mais precisa na vigilância epidemiológica e na implementação de medidas de controlo.

Neste contexto, o EEMC – PSC assume um papel central na implementação de práticas seguras, na monitorização contínua de sinais de infeção, na aplicação rigorosa de protocolos de prevenção e na educação da equipa e da pessoa cuidada sobre medidas de controlo. A sua atuação deve ser sustentada na evidência científica, promovendo uma cultura de segurança e contribuindo para a redução da

incidência de IACS e da resistência antimicrobiana.

O aumento da incidência de IACS está fortemente relacionado com o uso de dispositivos invasivos, como cateteres venosos centrais, cateteres vesicais e tubos endotraqueais (OMS/WHO, 2011). Contudo, a sua origem também se associa a múltiplos fatores clínicos e contextuais, tais como idade superior a 65 anos, no SU ou SMI, tempo de internamento superior a sete dias, realização de cirurgia, imunossupressão induzida por trauma, neutropenia, presença de doença fatal ou rapidamente progressiva, e estados de compromisso funcional ou coma (ECDC, 2019; Ferreira et al., 2017; Li et al., 2019; Stewart et al., 2021; OMS/WHO, 2011).

As IACS representam uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em contexto hospitalar, sendo atualmente consideradas a segunda causa de morte mais prevalente (Haque et al., 2020). Segundo a OMS/WHO (2009), qualquer incidente que ocorra durante a prestação de cuidados e provoque dano ao doente é classificado como evento adverso (EA), sendo as IACS uma das formas mais expressivas desses eventos.

Estima-se que cerca de 6,5% dos doentes internados na Europa sejam afetados por pelo menos uma IACS (Kärki et al., 2019). Em 2019, aproximadamente 7% dos doentes internados em SMI por mais de dois dias adquiriram uma IACS (ECDC, 2023). No Inquérito de Prevalência Pontual de IACS e utilização de agentes antimicrobianos em hospitais europeus de cuidados agudos, realizado entre 2016 e 2017, foi registada uma taxa média de prevalência de IACS de cerca de 6%. Portugal destacou-se neste estudo, ocupando o segundo lugar no ranking europeu, com uma taxa de prevalência de aproximadamente 9% (ECDC, 2019).

Estes dados reforçam a importância da atuação do EEMC – PSC na prevenção e controlo de infeções, através da implementação rigorosa de medidas de segurança, da vigilância contínua e da promoção de práticas baseadas na evidência. A sua intervenção é essencial para garantir cuidados seguros, reduzir o impacto das IACS e contribuir para a melhoria dos indicadores de qualidade em saúde.

Durante a prática profissional, foi mantida uma preocupação constante em maximizar, de forma interventiva, a prevenção de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. Esta atuação foi concretizada tanto através do cumprimento rigoroso das orientações de prevenção e controlo de infeção (PCI), como pela participação ativa enquanto elemento dinamizador do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (UL - PPCIRA) do Centro Hospitalar (CH).

A participação em reuniões e formações dos interlocutores do PPCIRA permitiu aprofundar conhecimentos científicos sustentados na evidência, responder a desafios emergentes da prática clínica e colaborar na disseminação de novas *guidelines* junto da equipa multidisciplinar do SMI. Esta colaboração incluiu o envolvimento direto na melhoria dos indicadores de qualidade, nomeadamente através da

realização de auditorias periódicas que abrangeram aspetos como:

- Manutenção do ambiente clínico;
- Higiene das mãos;
- Uso adequado de luvas;
- Aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI);
- Manuseamento e eliminação de materiais corto-perfurantes;
- Descontaminação de equipamentos;
- Colheita e análise de dados sobre infeções nosocomiais associadas à corrente sanguínea.

Sempre que possível, os resultados destas auditorias foram apresentados à equipa, promovendo momentos de reflexão crítica sobre a qualidade da prestação de cuidados. Adicionalmente, colaborámos na realização de inquéritos de prevalência de infeção e utilização de antimicrobianos, na definição de estratégias de melhoria dos indicadores e metas propostas pelo Grupo Coordenador Local (GCL) do PPCIRA/DGS, bem como na elaboração do relatório anual de atividades e na agenda de ações para o ano seguinte.

No âmbito do meu interesse pela área do controlo de infeção, consultei o projeto "STOP! – Infeção Hospitalar", promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian em colaboração com o Institute for Healthcare Improvement. Este projeto, que obteve resultados notáveis ao reduzir em mais de 50% a incidência de quatro tipos de infeções hospitalares, revelou-se uma referência essencial para compreender estratégias eficazes de prevenção e melhoria da segurança do doente. A sua abordagem baseada na melhoria contínua e na capacitação das equipas hospitalares contribuiu significativamente para o meu aprofundamento nesta área crítica da segurança dos cuidados. Em complemento, foi frequentada uma ação de formação intitulada "STOP IH*2.0,* reforçando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

A enfermeira supervisora clínica do SMI, enquanto elo de ligação com o PPCIRA, proporcionou a realização de um turno exclusivo dedicado à Comissão de Controlo de Infeção (CCI). Neste turno, foram realizadas auditorias mensais aos *bundles* de prevenção de:

- Pneumonia associada à ventilação mecânica;
- Infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central;
- Infeção urinária associada a cateter vesical.

Estas auditorias permitiram ilustrar a taxa de cumprimento dos procedimentos e a incidência de IACS associadas. Segundo a *Norma DGS 022/2015*, atualizada a 29 de agosto de 2022, os *bundles*[16] são

16- *Bundles*- Feixes de intervenção

definidos como "um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente" (DGS, 2015, p. 7).

Ainda neste turno, foi verificada a aplicação das normas clínicas através dos registos, nomeadamente:

- Norma DGS 018/2014, atualizada em 27 de abril de 2015, que estabelece orientações para a prevenção e controlo da colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA);
- Norma DGS 004/2013, atualizada em 27 de julho de 2022, que aborda a vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, incluindo microrganismos como *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases (KPC).

Estas atividades refletem o compromisso com a segurança do doente, a qualidade dos cuidados e a promoção de práticas clínicas baseadas na evidência, consolidando competências essenciais do EEEMC-PSC.

Tendo em consideração os elementos anteriormente abordados, torna-se essencial que o EE desenvolva uma reflexão crítica sobre a prestação de cuidados à PSC, integrando as medidas de prevenção e controlo de infeção aplicadas no contexto da prática clínica.

Durante o processo de prestação de cuidados à PSC, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular "Segurança da PSC – Prevenção e Controlo das IACS", bem como os contributos do trabalho desenvolvido neste âmbito, que culminou na elaboração de um plano de prevenção e controlo de infeção, centrado numa problemática identificada em contexto laboral. Durante ambos os estágios, foi assegurada a aplicação rigorosa das normas de prevenção e controlo de infeção, sempre ajustadas às especificidades de cada situação clínica. Os momentos de visita dos familiares revelaram-se oportunidades valiosas para promover a educação para a saúde, permitindo esclarecer de forma acessível e fundamentada as precauções a adotar, com validação contínua da informação junto dos próprios familiares.

A prevenção e controlo das IACS constitui um dos pilares fundamentais na notificação de incidentes de segurança, dado que estas representam uma das formas mais prevalentes de EA em contexto hospitalar. Estima-se que as IACS afetem cerca de 3% dos doentes internados nos Estados Unidos e aproximadamente 6,5% na União Europeia, sendo que a sua prevalência global permanece incerta, mas provavelmente superior (Magill et al., 2018; Suetens et al., 2018). Dados do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças indicam que, em apenas 24 horas, um em cada quinze doentes hospitalizados adquire pelo menos uma IACS, sendo que mais de metade destas infeções são consideradas evitáveis

(European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2018).

De referir que a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados será um dos focos da notificação de incidentes de segurança, uma vez que as IACS são EA com bastante expressão durante a prestação de cuidados, especialmente os relacionados com a prevenção e controlo das IACS, representa uma estratégia essencial para reforçar a segurança do doente. Esta abordagem contribui diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, promovendo uma prática clínica mais segura, informada e sustentada pela evidência científica (Schwendimann et al., 2018; Sikora & Zahra, 2023).

A conjugação entre a experiência profissional prévia e os conhecimentos técnicos adquiridos ao longo do percurso formativo permitiu não só a consolidação desta competência específica, como também contribuiu para o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem.

4.3. DESAFIOS ENFRENTADOS E SUPERAÇÃO

O percurso formativo e profissional desenvolvido ao longo deste estágio foi marcado por múltiplos desafios, que exigiram de nós não apenas competências técnicas e científicas, mas também uma profunda capacidade de adaptação, resiliência e reflexão crítica. A articulação entre a prática clínica, o exercício profissional e as exigências académicas do mestrado revelaram-se particularmente exigentes, exigindo uma gestão rigorosa do tempo, da energia emocional e da capacidade de manter o foco em contextos de elevada complexidade.

O SUMC foi, para nós, o contexto onde nos sentimos mais integradas e à vontade. A dinâmica intensa, a diversidade de situações clínicas e a necessidade de respostas rápidas permitiram-nos desenvolver competências específicas na área da PSC, nomeadamente na priorização de cuidados, na tomada de decisão em tempo real e na comunicação eficaz com a equipa interdisciplinar. No entanto, a elevada afluência de utentes e a pressão constante sobre os recursos humanos e materiais constituíram um desafio significativo. Em determinados momentos, sentimos que a segurança dos cuidados podia ser comprometida, aumentando o risco de ocorrência de EA, especialmente em situações de sobrecarga assistencial.

Esta realidade confronta diretamente os princípios consagrados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados à PSC, definidos pela OE (2023), que destacam a segurança como um eixo estruturante da prática especializada. O padrão "Gestão da Segurança Clínica" sublinha a responsabilidade do EE na identificação precoce de riscos, na implementação de medidas preventivas e na promoção de uma cultura de notificação de incidentes e EA como estratégia de aprendizagem e melhoria contínua. Assim, a dificuldade em manter níveis ótimos de segurança em contextos de elevada

pressão assistencial reforçou a importância de desenvolver estratégias de mitigação de risco, vigilância clínica e comunicação eficaz com a equipa.

A superação destes desafios exigiu de nós uma postura proativa e consciente, procurando manter a qualidade dos cuidados mesmo em cenários de instabilidade. A aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis foi particularmente útil para compreendermos os processos de mudança vivenciados pela PSC e pela própria equipa, permitindo-nos orientar intervenções centradas na pessoa e sustentadas na evidência científica (Meleis, 2018). A transição entre estados clínicos, entre contextos de cuidados e entre níveis de autonomia exigiu sensibilidade, escuta ativa e capacidade de adaptação constante.

Paralelamente, a realização da ScR permitiu-nos aprofundar a compreensão sobre os fatores que facilitam ou dificultam a notificação de EA. Os resultados evidenciaram que a sobrecarga de trabalho, a ausência de feedback e o receio de represálias são barreiras persistentes, especialmente em ambientes como o SUMC. Estes achados reforçam a necessidade de promover uma cultura não punitiva, conforme preconizado pela DGS (2022), e de implementar sistemas de notificação acessíveis, que valorizem a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua da qualidade.

A relação com os pares, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros gestores revelou-se fundamental, pois estes vínculos influenciam diretamente o nosso processo de aprendizagem, integração e desenvolvimento profissional. O apoio e a orientação fornecidos por esses profissionais contribuíram para um ambiente de prática mais segura, colaborativa e reflexiva. A orientação pedagógica da professora Maria Antónia Costa foi igualmente determinante, promovendo uma reflexão crítica contínua, fundamentação teórica sólida e estruturação coerente do trabalho desenvolvido.

No SMI, a nossa adaptação revelou-se mais exigente, uma vez que se tratava de um contexto desconhecido, altamente especializado e tecnicamente complexo. As especificidades do serviço, aliadas à instabilidade clínica da PSC, exigiram de nós um esforço acrescido para integrar rotinas, compreender protocolos e responder com eficácia às exigências da prática. Para além dos desafios técnicos, emergiram questões éticas e emocionais que nos confrontaram com os limites da intervenção terapêutica. Por diversas vezes, fomos levadas a refletir sobre o conceito de obstinação terapêutica, entendido como a manutenção de intervenções clínicas desproporcionadas face ao prognóstico, que podem prolongar o sofrimento sem benefício real para a pessoa (Silva et al., 2022).

Este dilema ético tornou-se particularmente evidente em situações de elevada complexidade, onde a definição de um teto terapêutico exigia ponderação clínica, diálogo interdisciplinar e respeito pela dignidade da pessoa. A obstinação terapêutica, quando não reconhecida, pode contribuir para a ocorrência de EA, como complicações iatrogénicas, prolongamento desnecessário da ventilação mecânica ou administração de fármacos sem indicação clara. A nossa reflexão sobre estes episódios foi

orientada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados à PSC, que sublinham a importância da proporcionalidade, da tomada de decisão partilhada e da gestão da segurança clínica como pilares da prática especializada (OE, 2023).

Neste contexto, o referencial teórico adotado permitiu-nos compreender que a PSC atravessa processos de mudança complexos, que envolvem não apenas o estado clínico, mas também os papéis, a identidade e a relação com a equipa de cuidados. Esta perspetiva fundamentou a nossa atuação, exigindo sensibilidade ética, escuta ativa e capacidade de comunicar com clareza, especialmente em momentos de decisão crítica. A nossa intervenção foi orientada por uma abordagem centrada na pessoa, que valoriza a transição como fenómeno dinâmico e multifatorial, com implicações clínicas, emocionais e relacionais. A articulação com a temática da notificação de EA tornou-se evidente, ao reconhecermos que a ausência de registo de incidentes associados a decisões terapêuticas desproporcionadas compromete a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua dos cuidados. A análise da evidência científica mais recente, reforçou esta visão, ao destacar que a cultura não punitiva, o *feedback* clínico e a formação ética são elementos estruturantes para ambientes seguros e práticas clínicas assertivas.

Em síntese, os desafios vivenciados ao longo deste percurso formativo foram múltiplos e exigentes, mas revelaram-se fundamentais para o nosso crescimento pessoal e profissional. A adaptação a contextos clínicos distintos, a gestão da complexidade assistencial, a reflexão ética sobre os limites da intervenção e a articulação entre prática, teoria e investigação permitiram-nos desenvolver competências avançadas, sustentadas nos padrões de qualidade da enfermagem especializada. Superar cada obstáculo foi mais do que uma conquista técnica, foi um processo de transformação que consolidou a nossa identidade como enfermeiras especialistas, conscientes do impacto das nossas decisões na segurança, dignidade e bem-estar da PSC.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio representa a síntese de um percurso formativo e profissional profundamente enriquecedor, desenvolvido ao longo do segundo ano do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização na PSC. Este percurso integrou a caracterização de dois contextos clínicos distintos, a análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências e a realização de uma ScR centrada na notificação de EA e na segurança do doente.

Os objetivos delineados no início deste processo foram plenamente atingidos. Através da vivência em contextos clínicos diferenciados — o SUMC e o SMI — foi possível compreender a diversidade organizacional e assistencial em que o EEEMC pode intervir. Esta experiência permitiu desenvolver uma visão integrada das necessidades dos doentes críticos, adaptar intervenções de enfermagem às especificidades de cada contexto e identificar oportunidades concretas de melhoria na qualidade e segurança dos cuidados, conforme preconizado nos Padrões de Qualidade da OE.

Durante o estágio, mobilizei e aprofundei as competências comuns do EE, nomeadamente na tomada de decisão clínica, liderança, comunicação assertiva e trabalho em equipa interdisciplinar. Simultaneamente, consolidei competências específicas na área da PSC, com enfoque na avaliação sistemática, priorização de cuidados, gestão de recursos e atuação em situações de elevada exigência clínica. As competências de mestre foram igualmente desenvolvidas, através da integração do pensamento crítico, da capacidade investigativa e da aplicação da evidência científica na resolução de problemas concretos da prática.

A realização da ScR acrescentou uma dimensão investigativa ao estágio, permitindo mapear a produção científica recente sobre a notificação de EA e identificar barreiras e facilitadores à sua prática. Os resultados reforçaram a importância de uma cultura de segurança não punitiva, de sistemas de notificação acessíveis e de estratégias formativas e organizacionais que promovam ambientes seguros e práticas clínicas assertivas. Esta componente científica complementou a experiência prática, consolidando a convicção de que a melhoria contínua dos cuidados exige uma articulação efetiva entre prática clínica, gestão e investigação.

A construção deste relatório exigiu rigor metodológico, capacidade de síntese e reflexão crítica, competências que foram desenvolvidas e fortalecidas ao longo do mestrado. A aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico permitiu compreender os processos de mudança vivenciados pelos profissionais e pelas pessoas em situação crítica, orientando intervenções centradas na pessoa e sustentadas na evidência científica.

Com base nas competências adquiridas, delineio como perspetiva futura a continuidade do meu

compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados, através da participação ativa em projetos de melhoria contínua, investigação aplicada e formação de equipas. Pretendo aprofundar o meu envolvimento em iniciativas que promovam a cultura de segurança, nomeadamente na área da notificação de EA, contribuindo para ambientes clínicos mais transparentes, colaborativos e centrados na pessoa.

A experiência adquirida ao longo do mestrado e do estágio reforçou a minha capacidade de atuar em contextos de elevada complexidade, de liderar processos de mudança e de integrar conhecimento científico na prática assistencial. Estas ferramentas serão fundamentais para enfrentar os desafios futuros da profissão, promovendo cuidados especializados, éticos e humanizados, com impacto direto na segurança e bem-estar da PSC.

Este relatório não representa apenas o encerramento de uma etapa académica, mas sim a consolidação de um percurso que integrou prática clínica especializada, reflexão crítica e investigação aplicada. A articulação entre os contextos vivenciados, a análise das competências desenvolvidas e a produção científica permitiu construir uma identidade profissional mais robusta, consciente e comprometida com a excelência dos cuidados. A abordagem centrada na segurança do doente e na notificação de EA revelou-se particularmente pertinente, não só pela sua atualidade, mas também pela sua capacidade de transformar práticas e promover ambientes mais seguros e humanizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality. (2021). *Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®) 2.0 – Portuguese (Portugal)*. https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html;

Al'Ma'mari, Q., Sharour, L., & Omari, O. (2019). Predictors of perceptions of patient safety culture and frequency of event reporting by critical care nurses in Oman: A model-building approach. *Critical Care & Shock*, *22*(4), 230-242.

Alhassan, S., Kwashie, A., Paarima, Y., & Ofei, A. (2022). Assessing managerial patient safety practices that influence adverse events reporting among nurses in the Savannah Region, Ghana. *Journal of Patient Safety & Risk Management*, *27*(5), 218-228. https://doi.org/10.1177/25160435221123465

Allegranzi, B., Bagheri Nejad, S., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 377*(9761), 228-241. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4

Alves, M., Carvalho, D., & Albuquerque, H. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(8), 2895–2908. https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017

Amaral, J. (2023). A segurança do doente na prestação de cuidados de saúde: Uma prioridade na política de saúde. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, *9*(3), 1693–1778.

American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support (ATLS®) Student Course Manual* (10th ed.). ACS.

Aprigio, D., Pittzer, N., Mendes, L., Rebello, E., Binenbojm, R., & Ferreira, M. C. (2023). Análise SWOT no setor de vigilância epidemiológica do município de Teresópolis (RJ): relato de experiência realizada pelo PET-Saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública, 47*(1), 286–299. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n1.a3802

Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). "Scoping the scope" of a cochrane review. *Journal of Public Health, 33*(1), 147–150. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015

Assembleia da República. (2009). *Lei n.º 33/2009, de 14 de julho* — Direito de acompanhamento nos serviços de urgência. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 133. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2009-492408

Assembleia da República. (2015a, 3 de agosto). *Lei n.º 80/2015* — Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho (Lei de Bases da Proteção Civil). Diário da República, 1.ª série, n.º 149, 5311–5326. https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdfhttps://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital

/translations/index.html.

Assembleia da República. (2015b, 16 de setembro). *Lei n.º 156/2015: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série, n.º 181, 8059–8105. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70100572

Assembleia da República. (2019, 4 de setembro). *Lei n.º 95/2019 — Lei de Bases da Saúde. Diário da República*, 1.ª série, n.º 169. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108

Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? Uma revisão integrativa. *Cadernos De Saúde, 12*(1), 12–22. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news. *The Oncologist, 5*(4), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

Batista, J., Silva, D., & Drehmer, E. (2020). Implementation and performance of trackers for the detection of surgical adverse events. *Texto & Contexto Enfermagem*, *29*(1), e20190163. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0163

Bazyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. Open Access Macedonian *Journal of Medical Sciences,* 7(3), 482–494. https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119

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

Bigatello, L. M., & George, E. (2002). Hemodynamic monitoring. Minerva Anestesiologica, 68(4), 219-225. https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2002N04A0219

Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing, 42*, 30–35. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: Revisão da literatura. *Servir*, *59*(4), 12–16. https://doi.org/10.48492/servir024.24024

Carrilho, C. (2024). *Notificação de incidentes e eventos adversos: Perspetiva dos profissionais de saúde numa unidade de saúde hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa & Universidade do Algarve]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. http://hdl.handle.net/10400.21/21462

Carvalho, J., & Aguiar, P. (2023). Notificação de eventos adversos pelos enfermeiros para maior segurança em enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem*, *27*(1), 32–38. https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.212

Chibante, C., Santo, F., & Aquino, A. (2015). As reações do familiar acompanhante de idosos

hospitalizados frente às situações de estresse. *Journal of Research: Fundamental Care Online, 7*(3), 2961–2973. https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947023.pdf

Conselho da União Europeia. (2009). Recomendação do Conselho, de 9 de Junho de 2009, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01). *Jornal Oficial da União Europeia, C 151*, 1–6. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem* [livro institucional]. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Cordeiro, L., & Soares, C. (2019). Revisão de escopo: Potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, *20*(2), 37–43. https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34471

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil, 15*(3), 166–172. https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., … Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine, 46*(9), e825–e873. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011–2016: Documento estratégico*. Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2013, 15 de maio). *Norma n.º 008/2013 — Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA)*. Direção-Geral da Saúde. https://bibliobase.sermais.pt/BiblioNET/Upload/PDF3/002385.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2014, 26 de setembro). *Norma n.º 015/2014 — Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Direção-Geral da Saúde. https://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/norma-n015-2014-dgs.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026: Documento Técnico.* https://www.dgs.pt

Duarte, A., & Martins, O. (2015). *Controlo da infeção hospitalar*. LIDEL.

Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(4), 1740–1750. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340

European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Healthcare-associated infections: one in 15 patients*

in EU hospitals on any given day. (Press release/infographic).

European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2016–2017*. Stockholm: ECDC.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Healthcare-associated infections in intensive care units – annual epidemiological report for 2019*. Stockholm: ECDC.

Ferreira, E., Pina, E., Sousa-Uva, M., & Sousa-Uva, A. (2017). Risk factors for health care–associated infections: From better knowledge to better prevention. *American Journal of Infection Control, 45*(10), e103–e107. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.03.036

Ferreira, T., & Dixe, M. (2024). Adesão à notificação de incidentes pelos enfermeiros de um bloco operatório: Diagnóstico da situação. *Revista de Enfermagem Referência, 6*(3), 1–9. https://doi.org/10.12707/RVI23.58.29350

Fonseca, J. (2012). *Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar: Avaliação do impacte da sua aplicação* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. http://hdl.handle.net/10174/15913

Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática* (1.ª ed.). Lidel.

Golino, A. J., Leone, R., Gollenberg, A., Christopher, C., Stanger, D., Davis, T. M., Meadows, A., Zhang, Z., & Friesen, M. A. (2019). Impact of an active music therapy intervention on intensive care patients. American Journal of Critical Care, 28(1), 48–55. https://doi.org/10.4037/ajcc2019792

Gomes, A. T. de L., Silva, M. da F., Morais, S. H. M. de, Chiavone, F. B. T., Medeiros, S. M. de, & Santos, V. E. P. (2016). Human error and safety culture in approach of the "Swiss cheese's" theory: A reflective analysis. *Journal of Nursing UFPE, 10*(4), 3646–3652. https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201616

Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., Dall'Ora, C., Schmidt, P. E., & Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety, 28*(8), 609–617. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043

Guerra, M., Jesus, É., & Araújo, B. (2021). Liderança e participação do enfermeiro na governação hospitalar: Impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados – protocolo de scoping review. *Gestão E Desenvolvimento*, *29,* 423–438. https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10211

Haque, M., McKimm, J., Sartelli, M., Dhingra, S., Labricciosa, F. M., Islam, S., Jahan, D., Nusrat, T., Chowdhury, T. S., Coccolini, F., Iskandar, K., Catena, F., & Charan, J. (2020). <p>Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections: A Narrative Overview. *Risk Management and Healthcare Policy*,

13, 1765–1780. https://doi.org/10.2147/RMHP.S269315

Im, E.-O., & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science, 22*(2), 11–24. https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=100458.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2016). Relatório de Integração VMER & SIV_2015-05_09_2016. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/05/01-SIV-VMER-15.pdf

International Council of Nurses & World Health Organization (2009). *ICN / WHO patient safety curriculum guide: Multiprofessional edition*. World Health Organization.

International Council of Nurses. (2012). *Guideline on Nursing Practice*. ICN.

Ito, K., George, N., Wilson, J., Bowman, J., Aaronson, E., & Ouchi, K. (2022). Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. *Journal of Intensive Care, 10* (20), 1-8. https://doi.org/10.1186/s40560-022-00612-9

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 17*(1), 58–71. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155

Kakemam, E., Albelbeisi, A. H., Rouzbahani, M., Gharakhani, M., Zahedi, H., & Taheri, R. (2024). Nurses' perceptions of patient safety competency: A cross-sectional study of relationships with occurrence and reporting of adverse events. *PLOS ONE*, *19*(1), e0297185. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297185

Kakemam, E., Albelbeisi, A., Davoodabadi, S., Azarmi, M., Zolghadr, F., & Mamene, M. (2022). The impact of nurses' perceptions of systems thinking on occurrence and reporting of adverse events: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management, 30*(2), 482–490. https://doi.org/10.1111/jonm.13524

Kakemam, E., Albelbeisi, A., Rouzbahani, M., Gharakhani, M., Zahedi, H., & Taheri, R. (2024). Nurses' perceptions of patient safety competency: A cross-sectional study of relationships with occurrence and reporting of adverse events. *PLOS ONE, 19*(2), e0297185. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297185

Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M., & Roh, Y. (2021). Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *Journal of Nursing Management*, *29*(5), 1189–1197. https://doi.org/10.1111/jonm.13257

Kärki, T., Suetens, C., Latour, K., Kinross, P., D'Amico, A., Ricchizzi, E., … & Suetens, C. (2018). Burden of healthcare-associated infections in European acute care hospitals: A systematic review and

meta-analysis. *The International Journal of Public Health, 63*(6), 557-565. https://doi.org/10.1007/s00038-018-0679-2

Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética, 22*(1), 94–104. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/886/978

Kynoch, K., Chang, A., & Coyer, F. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 14*(3), 74–99. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2477

Lacerda, M. R., Santos, M. I. M. P., Tonin, L., & Diogo, P. M. J. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *6*(3), 1-6. https://doi.org/10.12707/rvi24.18.34542

Larrabee, J. H. (2009). *Nurse to nurse: Evidence-based practice*. McGraw-Hill.

Le Boterf, G. (2000). *Building Individual and Collective Skills*. Editions of Organization.

Leventhal, E. L., & Schreyer, K. E. (2020). Information Management in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America, 38*(3), 681–691. https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.03.004

Li, S., Zong, Z., Sun, X., & Li, W. (2019). New evidence-based clinical practice guideline timely supports hospital infection control of coronavirus disease 2019. *Precision Clinical Medicine, 3*(1), 1–2. https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa008

Lima, S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente* [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. RUN – Repositório da Universidade Nova de Lisboa. https://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf

Lima, S., Agostinho, M., Mota, L., & Príncipe, F. (2018). Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(19), 99–106. https://doi.org/10.12707/RIV18023

Lotfinejad, N., Peters, A., Tartari, E., Fankhauser-Rodriguez, C., Pires, D., & Pittet, D. (2021). Hand hygiene in health care: 20 years of ongoing advances and perspectives. *The Lancet Infectious Diseases, 21*(8), e209–e221. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00383-2

Louis, D. N., Perry, A., Reifenberger, G., von Deimling, A., Figarella-Branger, D., Cavenee, W. K., Ohgaki, H., Wiestler, O. D., Kleihues, P., & Ellison, D. W. (2016). The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathologica, 131*(6), 803–820. https://doi.org/10.1007/s00401-016-1545-1

Macieirinha, T., & Estorninho, M. J. (2014). *Direito da Saúde: Lições*. UCP Editora.

Magill, S. S., O'Leary, E., Janelle, S. J., Thompson, D. L., Dumyati, G., Nadle, J., Wilson, L. E., Kainer, M.

A., Lynfield, R., Greissman, S., Ray, S. M., Beldavs, Z., Gross, C., Bamberg, W., Sievers, M., Concannon, C., Buhr, N., Warnke, L., Maloney, M., … Edwards, J. R. (2018). Changes in Prevalence of Health Care–Associated Infections in U.S. Hospitals. *New England Journal of Medicine, 379*(18), 1732–1744. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801550

Majda, A., Majkut, M., Wróbel, A., Kamińska, A., Kurowska, A., Wojcieszek, A., Kołodziej, K., & Barzykowski, K. (2024). Attitudes of Internal Medicine Nurses, Surgical Nurses and Midwives towards Reporting of Clinical Adverse Events. *Healthcare, 12(*1), 1-12. https://doi.org/10.3390/healthcare12010115

Maldonado, X., Nascimento, E., & Lazzari, D. (2020). Nursing professionals and adverse event reporting. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, e20190282. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0282

McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5th ed.). Wolters Kluwer.

Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research, 24*(4), 264–271. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1041610/

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing. https://www.springerpub.com/transitions-theory-9780826105349.html

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2013, setembro 19). *A teoria das transições* [Comunicação]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & 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

Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem, 18*(1), 165–169. https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020

Ministério da Saúde. (2003, 1 de agosto). *Decreto-Lei n.º 172/2003, de 1 de agosto*. Diário da República, 1.ª série-A, n.º 176, p. 4536. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/172-2003-652281

Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto* — Rede Nacional de Urgências Hospitalares. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457

Ministério da Saúde. (2015, 10 de fevereiro). *Despacho n.º 1400-A/2015 — Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República*, 2.ª série, n.º 28 (1.º Suplemento). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212.

Ministério da Saúde. (2021, 24 de setembro). *Despacho n.º 9390/2021 — Aprova o Plano Nacional para a*

Segurança dos Doentes 2021–2026. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 187, 96–103. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine, 31*(2), 374–382. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC

Miranda, J. P. P., Silva, M. D. D. A., Sousa, C., Magalhães, J. ., & Graça, L. C. C. (2024). Suporte imediato de vida na pessoa em situação crítica: Contributos da intervenção do enfermeiro. *Revista De Enfermagem Referência, 6*(3), 1-8. https://doi.org/10.12707/RVI23.104.32703

Monegro, A. F., Muppidi, V., & Regunath, H. (2021). *Hospital-acquired infections*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Nantsupawat, A., Poghosyan, L., Wichaikhum, O., Kunaviktikul, W., Fang, Y. Kueakomoldej, S., Thienthong, H., & Turale, S. (2022). Nurse staffing, missed care, quality of care and adverse events: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, *30*(2), 447–454. https://doi.org/10.1111/jonm.13501

Nunes, F. G. (2010). Prática de ensino e estágio supervisionado: Pela superação da dicotomia teoria e prática. *Boletim de Geografia, 24*(1), 87–94.

Okpalauwaekwe, U., & Tzeng, H.-M. (2021). Adverse Events and Their Contributors Among Older Adults During Skilled Nursing Stays for Rehabilitation: A Scoping Review. *Patient Related Outcome Measures*, *12*, 323–337. https://doi.org/10.2147/PROM.S336784

Oliveira, A., Figueiredo, Â., Neves, R., Gonçalves, S., & Domingues, S. (2014). *Enfermagem na emergência pré-hospitalar: Análise das ocorrências da SIV de Pombal em 2013*. Comunicação apresentada nas XXV Jornadas de Enfermagem: Urgência – Emergência "Enfermagem – Um elo para a vida".

Ordem dos Enfermeiros. (2015, 26 de junho). *Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 123, 17240–17243. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Regulamento n.º 429/2018* — Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ª série, n.º 136 (16-07-2018). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro.* Diário da República, 2.ª série, n.º 21, 3478–3487. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamento-da-compet%C3%AAncia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019* — Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 29 (08-02-2019).

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019* — Regulamento dos Padrões de Dotação Segura dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 153 (12-08-2019). https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Médicos – Colégio de Medicina Intensiva. (2018). *Documento orientador da formação em Medicina Intensiva (DOFMI)*. Lisboa: Ordem dos Médicos.

Organização Mundial da Saúde/World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan

Organização Mundial da Saúde/World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2005*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/43072.

Organização Mundial da Saúde/World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1: Final technical report*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/70882.

Organização Mundial da Saúde/World Health Organization. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide.

Organização Mundial da Saúde/World Health Organization. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338.

Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Jacquot, C., & Lavagne, P. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a Behavioral Pain Scale. *Critical Care Medicine, 29*(12), 2258–2263. https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004

Peters, M. D. J., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13*(3), 141–146. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Portugal. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*

(REPE). Diário da República. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640

Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto*. Diário da República, 1.ª série, n.º 157, 4147–4182. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879

Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital, 48*, 16–20. http://hdl.handle.net/10400.17/1597

Rasheed, R. A., Kamsin, A., & Abdullah, N. A. (2020). Challenges in the online component of blended learning: A systematic review. *Computers & Education, 144*, 103701. https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.103701

Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing, 28*(5–6), 762–774. https://doi.org/10.1111/jocn.14708

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(14), 89–100. https://doi.org/10.12707/RIV16086

Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2000). *The elements of nursing: A model for nursing based on a model of living (4th ed.)*. Churchill Livingstone.

Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde, 6*, 1-8. https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058

Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., & Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z

Sikora, A., & Zahra, F. (2023). *Nosocomial infections*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Silva, L. A., Pacheco, E. I. H., & Dadalto, L. (2022). Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. *Revista Bioética, 29*(4), 798–805. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2707

Silva, W. T., Mesquita, E. O., & Ferreira, S. K. C. (2015). Impactos positivos da liderança no processo produtivo. *E3 – Revista de Economia, Empresas e Empreendedores na CPLP, 1*(2), 75–79. https://revistas.ponteditora.org/index.php/e3/article/view/34

Siman, A., Cunha, S., & Brito, M. (2017). A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *9*(51), e03243. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e

capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. Revista *Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3*(1), 63–68. https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Souza, F. S. de, Calado, R., Reis, M. E. D. M. dos, Santos, T. de L. da R. dos, Andrade, S. I. de, & Doria, K. C. F. (2023). Contribuições da Análise de Causa Raiz (RCA) na gestão de eventos adversos em Emergência – uma revisão de literatura. *Research, Society and Development, 12*(3), e20112340653. https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40653

Soydemir, D., Intepeler, S. S., & Mert, H. (2016). Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research, 39*(10),1348-1363. https://doi.org/10.1177/0193945916671934

Stewart, S., Robertson, C., Pan, J., Kennedy, S., Haahr, L., Manoukian, S., Mason, H., Kavanagh, K., Graves, N., Dancer, S. J., Cook, B., & Reilly, J. (2021). Impact of healthcare-associated infection on length of stay. *Journal of Hospital Infection, 114*, 23–31. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.02.026

Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., & Monnet, D. L. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance, 23*(46), 1-18. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516

Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A. O., Konradsdottir, E., & Tryggvadottir, G. B. (2018). The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(4), 1297–1307. https://doi.org/10.1111/scs.12573

Toutin-Dias, G., Daglius-Dias, R., & Scalabrini-Neto, A. (2018). Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *European Journal of Emergency Medicine, 25*(1), 71–76. https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000404

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., et al. (2018). PRISMA extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., … Rocker, G. M. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement. *Critical Care Medicine, 36*(3), 953–963. https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096

Yesilyaprak, T., & Demir Korkmaz, F. (2023). The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. *Nursing in Critical Care, 28*(1), 63–71. https://doi.org/10.1111/nicc.12611

Zhao, X., Zhao, L., Li, G., Yang, W., Wang, H., & Yang, Y. (2025). Reducing Nurses' Barriers to Reporting Adverse Events Using a WeChat-Based Cognitive Load Training Platform: An Open-Label, Randomized Controlled Trial. *Risk Management and Healthcare Policy, 18*, 947–961. https://doi.org/10.2147/RMHP.S482233

Apêndice A

Síntese das evidências empíricas

Alhassan, S., Kwashie, A., Paarima, Y., Ofei, A. (2022) - ***Journal of Patient Safety & Risk Management***	
Objetivo/Amostra	- O estudo procurou analisar como determinadas práticas de gestão relacionadas à segurança do doente influenciam a notificação de EA por parte de enfermeiros em três hospitais da Região de Savannah, no Gana; - 210 enfermeiros.
Método/Tipo de estudo	- Estudo quantitativo transversal (*cross-sectional*).
Resultados	- Das práticas gerenciais com avaliação positiva destacam-se: apoio da gestão (56,6 %), expectativas dos gestores (62,8 %); feedback sobre os erros (56,2 %); - Aspetos percebidos como frágeis: nível de pessoal (42,4 %), comunicação aberta (40,2 %) e resposta não punitiva a erros (36,7 %); - Atitude dos enfermeiros em relação à notificação de EA: baixa, com 37,3% a apresentar uma atitude favorável; - Principais correlações estatisticamente significativas com a notificação de EA: apoio da gestão, comunicação aberta, resposta não punitiva a erros e feedback sobre os erros; - Preditores significativos: feedback sobre os erros e resposta não punitiva a erros.
Conclusão	- Os enfermeiros perceberam a cultura de segurança do doente como sendo razoavelmente boa, apesar da baixa atitude deles em notificar EA; - As predições mais fortes da notificação de EA foram: *feedback* sobre erros e resposta não punitiva a erros; - O estudo reforça a ideia de que os gestores de saúde devem reforçar práticas de *feedback* eficaz e promover uma cultura não punitiva, de modo a incentivar a notificação adequada de EA, essencial para a segurança do paciente.
Al'Ma'mari, Q., Sharour, L., Omari, O. (2019) – *Critical Care & Shock*	
Objetivo/Amostra	- Identificar quais os fatores preditores que influenciam a perceção da cultura de segurança do doente e a frequência de relato de EA por enfermeiros de cuidados intensivos em Omã; - 270 enfermeiros de cuidados críticos que trabalham no Royal Hospital e Sultan Qaboos University Hospital.
Método/tipo de estudo	- Estudo quantitativo transversal (*cross-sectional*), com abordagem de construção de modelos, utilizando o questionário padronizado: Hospital Ssurvey on Patient Safety Culture (HSOPSC).
Resultados	- Perceções mais positivas em relação ao trabalho em equipa (91,8 %), aprendizagem organizacional (86,3 %) e *feedback* (77,7 %); - Preditores diversos para cultura de segurança (R^2 0.462), e preditores como comunicação aberta e resposta não punitiva para reporte de EA (R^2 0.24).
Conclusão	- Cultura positiva e relatos mais frequentes são favorecidos pela comunicação aberta, *feedback*, liderança favorável e processos institucionalizados de melhoria e apoio.
Batista, J., Silva, D., Drehmer, E. (2020) – *Texto & Contexto Enfermagem*	
Objetivo/Amostra	- Identificar a frequência e o desempenho dos critérios de rastreamento do Canadian Adverse Events Study para a confirmação de EA cirúrgicos em doentes adultos; - 192 prontuários médicos de doentes adultos de um hospital público do estado de Paraná, entre maio e novembro de 2017.
Método/Tipo de estudo	- Estudo descritivo e retrospetivo.
Resultados	- Desempenho médio de 73,3 %; 21,8% dos prontuários com EA; média 0,4 rastreadores por prontuário; rastreadores de alto desempenho identificados (reação adversa a medicamentos, retorno não planeado ao bloco operatório, remoção, lesão ou coreção não planeada de órgão ou estrutura durante a cirurgia ou procedimento invasivo, paragem cardiorrespiratória revertida e infeção hospitalar/septicemia); 8

	rastreadores sem contribuição.
Conclusão	- Os rastreadores de alto desempenho mostraram-se eficazes para ajudar na deteção de EA cirúrgicos; - Os autores referem existe potencial para aprimorar a ferramenta de rastreamento, o que pode melhorar o desempenho deste método como estratégia de investigação em hospitais brasileiros.
Kakemam, E., Albelbeisi, A., Davoodabadi, S., Azarmi, M., Zolghadr, F., & Mamene, M. (2022) – *Journal of Nursing Management*	
Objetivo/Amostra	- Avaliar o nível de "pensamento sistémico" dos enfermeiros e a sua relação com a ocorrência e a notificação de EA em hospitais do Irão; - 10 hospitais universitários em Teerão, com recolha de dados entre 511 enfermeiros selecionados por amostragem aleatória simples.
Método/Tipo de estudo	- Estudo quantitativo, transversal (*cross-sectional*).
Resultados	- Nível de pensamento sistémico: média total de 49,45 (DP = 12,10), numa escala de 0 a 80, o que indica um nível moderado; - Ocorrência e relato de EA: 67,5 % dos enfermeiros relataram ter presenciado EA que causaram danos aos doenes; e 65,2 % demonstraram comportamentos considerados adequados de notificação de EA; - Associações estatísticas: enfermeiros com maiores scores de pensamento sistémico apresentam menor probabilidade de vivenciar EA e estão mais propensos para notificar esses EA.
Conclusão	- O pensamento sistémico mostra-se um fator relevante na segurança do doente. O etsudo recomenda que os gestores fortaleçam esta competência através de formação, políticas e cultura organizacional.
Kakemam, E., Albelbeisi, A., Rouzbahani, M., Gharakhani, M., Zahedi, H., Taheri, R. (2024) – *PLoS One*	
Objetivo/Amostra	- Avaliar os níveis de competência percebida em segurança do doente (Patient Safety Competency) entre enfermeiros iranianos e explorar como as suas perceções estão relacionadas com a ocorrência e relato de EA; - 511 enfermeiros selecionados aleatoriamente em oito hospitais universitários de Teerão, com recolha de dados realizada entre agosto e dezembro de 2021.
Método/Tipo de estudo	- Estudo quantitativo, transversal, com recurso à aplicação de questionário aplicável em múltiplos turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), com consentimento informado.
Resultados	- Pontuações gerais do Patient Safety Competency: Média geral de 3,34 numa escala de 1 a 5; 41 % dos enfermeiros avaliaram a sua competência em segurança do doente como inferior a 3, indicando baixa confiança na prática; as habilidades (*skills*) obtiveram os scores mais altos e o conhecimento (*knowledge*) obteve os scores mais baixos; - Associação com a ocorrência de EA: enfermeiros com maiores scores de *knowledge* e de atitude apresentaram menor probabilidade de ocorrência de EA; - Associação com relato de EA: scores elevados em *skills* aumentaram em 2,84 vezes a probabilidade de relatar EA; scores elevados em atitude aumentaram em 3,44 vezes essa probabilidade.
Conclusão	- A percepção de competência em segurança do doente entre enfermeiros foi, em média, moderada, com fragilidades notáveis no domínio do conhecimento; - Maiores níveis de conhecimento e atitude estão associados à redução da ocorrência de EA; - Maiores níveis de competência e atitude estão relacionados com o aumento da notificação de EA por parte dos enfermeiros.
Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M., Roh, Y. (2021) – *Journal of Nursing Management*	

Objetivo/Amostra	- Investigar os níveis percebidos de trabalho em equipa (*teamwork*) entre enfermeiros iranianos e examinar como os níveis se relacionam com a ocorrência e o relato de EA nos hospitais de ensino; - 327 enfermeiros de oito hospitais de ensino do Irão, selecionados por amostragem aleatória simples.
Método/Tipo de estudo	- Estudo quantitativo, transversal, com aplicação de questionário (Teamwork Perceptions Questionnaire).
Resultados	- Nível geral de trabalho em equipa: pontuação média de 3,81 numa escala de 5, indicando uma perceção de trabalho em equipa moderada a alta; - Ocorrência e relato de EA: 48,0 % dos enfermeiros relataram ter presenciado EA nos últimos seis meses e 79,8 % afirmaram que relataram estes eventos corretmente; - Associações específicas: menor ocorrência de EA está associada a maior monitoramento da situação; maior probabilidade de reportar EA está associada a a apoio mútuo e a liderança de equipa.
Conclusão	- Os enfermeiros apresentaram uma perceção moderada a alta do trabalho em equipa, o que se associou a menor ocorrência e a maior reporte de EA; - Aspetos específicos do trabalho em equipa, como vigilância mútua, apoio mútuo e liderança eficaz, mostraram-se importantes para prevenir incidentes e estimular o relato de EA.
Maldonado, X., Nascimento, E., & Lazzari, D. (2020) – *Texto & Contexto Enfermagem*	
Objetivo/Amostra	- Perceber como os enfermeiros reportam EA, explorar os fatores que influenciam a notificação desses EA e recolher estratégias sugeridas pelos profissionais para melhorar o processo de relato; - 13 enfermeiros de uma unidade de cuidados críticos de um hospital privado.
Método/Tipo de estudo	- Estudo qualitativo, com recurso ao método de pesquisa convergente assistencial.
Resultados	- Formas de notificação: Os enfermeiros que reportaram EA faziam-no imediatamente, verbalmente ou por escrito, notificação esta dirigida ao enfermeiro coordenador da unidade; - Fatores que dificultam a notificação: falta de conhecimento sobre a cultura de segurança do paciente; medo de represálias e punições por parte da organização; - Estratégias sugeridas pelos participantes para melhorar a notificação: educação contínua em cultura de segurança; desenvolvimento de consciência e confiança de que relatar erros não acarretará punições; garantia de que o relato resultará num plano de melhoria, prevenindo a repetição dos erros; melhoria da comunicação e da liderança nos ambientes de cuidado.
Conclusão	- Embora os enfermeiros procedam à notificação de EA, persiste uma cultura de medo, com preocupação sobre possíveis punições, o que sublinha a necessidade de rever a cultura de segurança do doente; - A educação contínua, comunicação clara, apoio institucional e planos de melhoria proativos, são apontados como aspetos que fortalecem o ambiente de segurança e incentivam uma cultura de relato mais confiante e eficaz.
Nantsupawat, A., Poghosyan, L., Wichaikhum, O-A., Kunaviktikul, W., Fang, Y., Kueakomoldej, S., Thienthong, H., & Turale, S. (2022) – *Journal of Nursing Management*	
Objetivo/Amostra	- Investigar como os enfermeiros fazem a notificação de EA, identificar os fatores que influenciam essa prática e reunir sugestões dos profissionais para melhorar o processo de notificação; - 13 enfermeiros de uma UCI de um hospital privado da região de Magalhães, do Chile.
Método/Tipo de estudo	- Estudo qualitativo, com pesquisa convergente assistencial.
Resultados	- Formas de notificação: os participantes relataram EA verbalmente e/pu por escrito,

	dirigidos ao coordenador da unidade; - Fatores que dificultam a notificação: falta de conhecimento sobre cultura de segurança do doente; medo de punições ou represálias por parte da instituição; - Sugestões para aprimorar a notificação: investir na educação contínua em cultura de segurança do doente; desenvolver a confiança entre os profissionais, reforçando que o relato não levará a punição; garantir que os acontecimentos relatados são utilizados para implementar melhorias concretas; fortalecer a comunicação eficaz e a liderança dentro da equipa.
Conclusão	- Apesar da prática de notificação estar presente entre os enfermeiros, ainda existe uma cultura de medo que limita a sua efetividade, pelo que é necessário alterar a cultura de segurança do doente e promover um ambiente de maior apoio e mais proativo; - Os enfermeiros revelaram que a comunicação clara, apoio institucional e a garantia de que o relato resulta em ações corretivas são estratégias fundamentais para fortalecer uma cultura de relato e de segurança efetiva.
Okpalauwaekwe, U., & Tzeng, H-M. (2021) – *Patient Related Outcome Measures*	
Objetivo/Amostra	- Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência de EA entre adultos mais velhos durante estadas curtas (até 100 dias de internamento) em unidades de cuidados especializados para reabilitação, principalmente entre indivíduos com 65 anos ou mais; - 11 artigos publicados entre janeiro de 2015 e 30 de maio de 2021.
Método/Tipo de estudo	- ScR com protocol do JBI.
Resultados	- Fatores intrínsecos (capacidade): fragilidade e redução da força muscular por envelhecimento foram os principais contribuintes internos; - Fatores extrínsecos (capacidade): uso inapropriado de medicamentos e polifarmácia foram os fatores externos mais frequentemente mencionados; - Oportunidade (fatores externos vinculados ao ambiente e sistema): presença de perigos ambientais, comunicação deficiente entre a equipa dos Skilled Nursing Facilities (SNF), ausência de planos de segurança individualizados e baixa qualidade geral dos cuidados, agravada por vieses raciais e problemas organizacionais e administrativos.
Conclusão	- O estudo mostrou que os EA mais comuns durante estadias curtas em SNF (como quedas, lesões por pressão, erros de medicação e infecções agudas) são multifatoriais, influenciados pelas limitações fisiológicas dos doentes e por fatores estruturais e organizacionais.
Yesilyaprak, T., & Korkmaz, F. (2023) – *Nursing in Critical Care*	
Objetivo/Amostra	- Investigar a relação entre cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros e a ocorrência de EA em unidades de terapia intensiva cirúrgica; - Estudo realizado em quatro hospitais universitários na província de Ízmir na Turquia,.com a participação de 113 enfermeiros.
Método/Tipo de estudo	- Estudo descritivo transversal.
Resultados	- Nível de cultura de segurança: foi considerado intermediário, com taxa média de resposta positiva de 65,5 %; - Trabalho em equipa dentro da unidade: taxa média positiva de resposta de 65,5 %; - Frequência de notificação de EA: taxa de resposta positiva muito baixa (25,3 %), a menor entre as dimensões avaliads; - Correlação entre cultura de segurança e EA: foi encontrada uma correlação significativa, embora com coeficiente baixo.
Conclusão	- Os enfermeiros apresentaram uma cultura de segurança de nível intermediário, com destaque para o trabalho em equipa, mas com baixa frequência na notificação de EA; - Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa, ainda que pequena, entre cultura de segurança e ocorrência de EA, o que sugere que melhorias na cultura podem

	ter um impacto positivo na segurança do doente.
Zhao, X., Zhao, L., Li, G., Yang, W., Wang, H., Yang, Y. (2025) – *Risk Management & Healthcare Policy*	
Objetivo/Amostra	- Avaliar os efeitos de uma plataforma de formação baseada nos princípios da CLT, integrada no WeChat, na redução das barreiras enfrentadas por enfermeiros ao reportar EA; Avaliar o impacto em elementos como consciência, intenção e hábito relacionados com a notificação; - 400 enfermeiros clínicos de um hospital geral terciário, distribuídos por dois grupos: 200 no experiemntal e 200 no de controlo.
Método/Tipo de estudo	- Estudo intervencional com ensaio clínico randomizado aberto.
Resultados	- Barreiras percebidas: o grupo experimental apresentou scores significativamente mais elevados (indicando barreiras menores) comparado ao grupo de controlo, como por exemplo, score global: experimental = 93,87 ± 6,85 e controlo = 72,07 ± 6,67; cultura punitiva: 48,88 ± 4,68 vs 34,20 ± 6,02; processo: 21,53 ± 4,15 vs 20,06 ± 3,25; significado da notificação: 23,40 ± 2,11 vs 17,36 ± 2,92; - Consciência, intenção e hábitos: enfermeiros do grupo experimental demonstraram níveis significativamente maiores nestes três aspetos em comparação ao grupo de controlo; - Comportamentos reais de notificação: a maioria dos comportamentos de resposta a EA melhorou no grupo experimental, incluindo submeter relatórios, comunicar à chefia e discutir com colegas, independentemente da gravidade do evento; - Uma exceção: para incidentes de gravidade moderada, "reportar ao chefe imediato" não apresentou diferença estatística.
Conclusão	- Esta investigação demonstrou que uma plataforma de formação baseada em CLT, aplicada via WeChat, pode reduzir significativamente as barreiras percebidas pela equipa de enfermagem à notificação de EA, além de melhorar a sua consciência, intenção e hábitos de reporte; - O estudo ressalta que ambientes de formação mais eficientes, como recursos como anonimato, *feedback* comunitário e apresentações modulares interativas, podem minimizar a perceção de cultura punitiva e estimular comportamentos de segurança do doente.

Apêndice B

Plano de sessão da formação: "Notificação de eventos adversos: um caminho para a segurança dos cuidados"

"Notificação de eventos adversos: um caminho para a segurança dos cuidados"

Tema: Notificação de Eventos Adversos: Um Caminho para a Segurança do Doente

Duração: 30 minutos

Público-alvo: Profissionais de saúde, estudantes de enfermagem, equipas hospitalares

Formato: Sessão presencial ou híbrida (com apoio visual e interativo)

Objetivos da Sessão

- Compreender o papel da notificação de eventos adversos na melhoria da segurança do doente.
- Identificar barreiras e facilitadores à notificação.
- Promover uma cultura não punitiva e estratégias de melhoria contínua.
- Estimular o compromisso ético e institucional com a qualidade dos cuidados.

TEMPO	ATIVIDADE	DESCRIÇAO
5min	Acolhimento e enquadramento	Apresentação dos objetivos, contexto institucional e importância do te ma
5min	Exposição teórica	Apresentação dos conceitos-chave: evento adverso, incidente, near miss, cultura de segurança.
10min	Discussão	Debate sobre barreiras à notificação com base em casos reais ou simul ações.
5min	Dinâmica de grupo	Identificação de estratégias facilitadoras: cada grupo propõe soluções para superar uma barreira.
5min	Síntese	Partilha das propostas e reflexão conjunta sobre aplicabilidade prática

Materiais de Apoio

- Newsletter impressa
- Slides com imagens dos tipos de eventos e barreiras
- Fichas de trabalho para grupos
- Formulário de avaliação da sessão.

Sessão Formativa | Segurança do Doente

Notificação de Eventos Adversos: Um Caminho para a Qualidade dos Cuidados

🗓️ **Data:** 📍 **Local: Unidade Hospitalar X**

👥 **Participantes: profissionais de saúde**

📊 **Avaliação da Sessão (Escala 1–5)**

Critério Avaliado	Média
Clareza dos objetivos da sessão	4.6
Pertinência dos conteúdos abordados	4.8
Qualidade dos materiais de apoio	4.5
Dinâmica e envolvimento dos participantes	4.7
Utilidade prática para o contexto profissional	4.9
Estímulo à reflexão crítica por parte do(s) facilitador(es)	4.8

Comentários dos Participantes:

- 🟢 **"**A abordagem à cultura não punitiva foi muito esclarecedora."
- 🟢 "Gostei da dinâmica em grupo e dos exemplos reais."
- 🟡 "Seria útil incluir simulações práticas de preenchimento de notificações."
- 🟢 "Pretendo partilhar o conteúdo com a minha equipa e rever os procedimentos internos."

Apêndice C

Póster Científico "Notificação de eventos adversos: um caminho para a segurança dos cuidados"



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Esmeralda Maria Baioa Cristo Félix

participou como autor no póster

Comunicação eficaz na transição de cuidados o doente crítico no serviço de urgência

apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, no Instituto Politécnico deSetúbal – Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

Pel'A Comissão Científica

Paulo J. Marques Monteiro

Apêndice D

Cartaz informativo "Notificação de eventos adversos: um caminho para a segurança dos cuidados"

Notificação de Eventos Adversos: Um Caminho para a Segurança do Doente

AUTOR: E.CRISTO,
A.COSTA, R. SEQUEIRA



Imagem 1 Tipos de eventos adversos

Introdução

A segurança do doente é um pilar fundamental nos sistemas de saúde em todo o mundo, que visa prevenir danos e garantir a qualidade dos cuidados. Desta forma, a notificação de eventos adversos (EAs) surge como uma ferramenta essencial para identificar falhas, aprender com erros e implementar medidas preventivas. No entanto, a subnotificação destes eventos persiste como um desafio crítico, comprometendo a capacidade dos hospitais de analisar e corrigir problemas sistémicos. Objectivos : identificar as principais barreiras à notificação de eventos adversos e propor estratégias para melhorar a segurança dos cuidados.

Metodologia

Este estudo foi desenvolvido, segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI). A Pesquisa foi realizada em bases de dados científicas de relevância internacional, incluindo PubMed, SciELO, LILACS, CINAHL, Scopus e Web of Science, no período de setembro de 2024 a fevereiro de 2025. Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, escritos em português, inglês e espanhol, que abordavam a notificação de eventos adversos em contextos hospitalares. Critérios de Inclusão: Estudos que abordavam barreiras à notificação de eventos adversos; Pesquisas que envolviam profissionais de saúde, pacientes ou familiares; Artigos que apresentavam dados quantitativos, qualitativos ou mistos. a análise dos artigos foi realizada tendo como objetivo Barreiras à notificação de eventos adversos.; fatores facilitadores da notificação, estratégias propostas para melhorar a segurança do doente.



Resultados



Os estudos analisados identificaram fatores facilitadores que podem aumentar a notificação de eventos adversos e melhorar a segurança do doente. Esses fatores foram categorizados em quatro grupos principais. Cultura Não Punitiva: um evento adverso pode ser encarado, como uma oportunidade de aprendizagem, a garantia de que não haverá punições ou sanções por notificar eventos adversos encoraja os profissionais a relatar incidentes.
Sistemas de Notificação Simples e Acessíveis: Processos intuitivos, Plataformas digitais, Plataformas digitais. Feedback Eficaz: Retorno rápido: Profissionais que recebem feedback imediato sobre as notificações sentem que suas contribuições são valorizadas, o que os motiva a continuar relatando eventos; Transparência: Informar os profissionais sobre as ações tomadas após a notificação e os resultados obtidos aumenta a confiança no sistema. Treino e Capacitação, Simulações e workshops Liderança Envolvida: Quando a chefia demonstra compromisso com a segurança do e apoia ativamente a notificação de eventos adversos, os profissionais se sentem mais encorajados a participar.

A análise destes revelou cinco principais barreiras à notificação de eventos adversos.
Medo de Represálias:
- Profissionais de saúde relataram temer consequências negativas, sanções disciplinares, demissões ou ações judiciais, caso notifiquem eventos adversos.
- Cultura organizacional punitiva: Em ambientes onde os erros são vistos como falhas individuais, a notificação é evitada para não gerar culpa ou estigma.

Falta de Conhecimento:
- Desconhecimento sobre o que constitui um evento adverso: Muitos profissionais não sabem identificar o que deve ser notificado, especialmente em casos de "quase erros" (near misses).Falta de treinamento: A ausência de capacitação sobre como e quando notificar eventos adversos foi apontada como um fator crítico para a subnotificação.

Sobrecarga de Trabalho:
- Falta de tempo: A alta carga de trabalho e a pressão por produtividade limitam o tempo disponível para preencher formulários de notificação.Priorização de tarefas clínicas: Em contextos exigentes, é priorizado o cuidado direto.

Falta de Feedback:
- Ausência de retorno.Percepção de inutilidade: Sem ver mudanças ou melhorias resultantes das notificações, os profissionais podem sentir que o esforço de notificar não vale a pena.

Sistemas Complexos:
- Processos burocráticos: Sistemas de notificação com formulários longos, complexos e demorados desencorajam a notificação.



Imagem 3 Fatores que Facilitam a Notificação

conclusão

A notificação de eventos adversos é um pilar fundamental para a segurança do doente, permitindo a identificação de falhas, a aprendizagem com erros e a implementação de medidas preventivas. No entanto, a subnotificação persiste como um desafio significativo, comprometendo a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.
A segurança do doente é uma responsabilidade coletiva e institucional, e a notificação de eventos adversos é uma ferramenta essencial para a alcançar. Ao identificar e superar as barreiras à notificação, os hospitais podem criar um ambiente mais seguro e confiável para os doentes. e profissionais. Investir numa cultura de treino e sistemas eficazes não só melhora a qualidade dos cuidados, mas também fortalece a confiança dos doentes e profissionais no sistema de saúde.

Anexo A

Declaração de Participação na Ação Formativa "STOP Infeção Hospitalar 2.0 – Progressão de Projeto"

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Esmeralda Félix, participou como Formando(a), na ação formativa em contexto de trabalho, **"STOP Infeção Hospitalar 2.0 –Progressão do Projeto",** promovida pelo SMI, em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 15/05/2025, entre as 15h00m e as 16h00m, atingindo a frequência de 01h.

Beja, 23 de julho de 2025

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

Assinado por: **Maria José Raposo Espanhol de Brito**
Num. de Identificação: 06595481
Data: 2025.07.23 13:58:43+01'00'

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 3599/2025

GABINETE DE FORMAÇAO, DOCUMENTAÇAO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo B

Declaração de Participação na Formação "Gases Medicinais"

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE — SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE — UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Esmeralda Félix, participou como Formanda, na ação formativa em contexto de trabalho, **"Gases Medicinais"**, promovida pelo Serviço de Medicina Intensiva, em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 15/05/2025, atingindo a frequência de 01hora e 10minutos.

Beja, 07 de julho de 2025

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

Assinado por: **Maria José Raposo Espanhol de Brito**
Num. de Identificação: 06595481
Data: 2025.07.08 09:13:26+01'00'

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 03405/2025

GABINETE DE FORMAÇAO, DOCUMENTAÇAO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo C

Declaração de Participação na Formação "Que Importância e Que Estratégias"

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Esmeralda Félix, participou como Formando(a), na ação formativa em contexto de trabalho, **"Que Importância e que Estratégias"**, promovida pelo SMI, em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 15/05/2025, entre as 14h00m e as 15h00m, atingindo a frequência de 01h.

Beja, 23 de julho de 2025

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

Assinado por: **Maria José Raposo Espanhol de Brito**
Num. de Identificação: 06595481
Data: 2025.07.23 13:55:52+01'00'

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 3577/2025

GABINETE DE FORMAÇAO, DOCUMENTAÇAO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo D

Declaração de Participação na Formação "Journal Club – Notificação de Eventos Adversos: 'Um Caminho para a Segurança do Doente'"

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE — SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE — UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Esmeralda Félix, participou como Formadora, na ação formativa em contexto de trabalho, **"Journal Club – Notificação de Eventos Adversos: "Um Caminho para a Segurança do Doente"**, promovida pelo Serviço de Medicina Intensiva, em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 25/06/2025, atingindo a frequência de 030minutos.

Beja, 07 de julho de 2025

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

Assinado por: **Maria José Raposo Espanhol de Brito**
Num. de Identificação: 06595481
Data: 2025.07.08 09:52:06+01'00'

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 03360/2025

GABINETE DE FORMAÇAO, DOCUMENTAÇAO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo E

Declaração de Participação na Formação "Gestão de Conflitos"

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE — SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE — UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Esmeralda Félix, participou como Formando(a), na ação formativa em contexto de trabalho, **"Gestão de Conflitos"**, promovida pelo SMI, em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 15/05/2025, entre as 10h30m e as 11h30m, atingindo a frequência de 01h.

Beja, 23 de julho de 2025

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

Assinado por: **Maria José Raposo Espanhol de Brito**
Num. de Identificação: 06595481
Data: 2025.07.23 13:52:54+01'00'

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 3554/2025

GABINETE DE FORMAÇAO, DOCUMENTAÇAO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo F

Declaração de Participação na Formação "O Papel das Técnicas Auxiliares de Saúde na Prevenção e Controlo de Infeção no SMI"

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Esmeralda Félix, participou como Formanda, na ação formativa em contexto de trabalho, **"O Papel das Técnicas Auxiliares de Saúde na Prevenção e Controlo de Infeção no SMI"**, promovida pelo Serviço de Medicina Intensiva, em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 15/05/2025, atingindo a frequência de 01hora.

Beja, 07 de julho de 2025

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

Assinado por: **Maria José Raposo Espanhol de Brito**
Num. de Identificação: 06595481
Data: 2025.07.08 09:55:42+01'00'

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 03382/2025

GABINETE DE FORMAÇAO, DOCUMENTAÇAO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

Anexo G

Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 – Associação Portuguesa de Enfermeiros



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Esmeralda Maria Baioa Cristo Félix

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16 horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pel'A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE

João José Santos Fernandes

Anexo H

Ofício de Autorização para Estágio de Observação na VMER de Beja – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

Exmo(a) Senhor(a):
Presidente do Conselho Diretivo
do Instituto Nacional de Emergência Médica
Rua Almirante Barroso, 36
1000 - 013 Lisboa

Nossa Referência: SAI-IPB/2025/178 Data: 10/02/2025

ASSUNTO: Estágio de Observação na **VMER de Beja – Esmeralda Cristo**

De acordo com o plano de desenvolvimento curricular da Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - a pessoa em situação crítica, do Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação entre a Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da UÉ e as Escolas Superiores de Saúde do IPBeja, IPP, IPS, IPCB e da UAlg, solicita-se a V. Exª autorização para que a estudante abaixo indicada, possa realizar um Estágio de Observação na VMER de Beja, por um período de 2 dias (2 turnos) a combinar com os responsáveis do mesmo.

Unidade	Período	Estudante
VMER de Beja	2 dias (2 turnos) no mês de março de 2025 (a combinar de 1 de abril a 31 de março de 2025, de acordo com melhores disponibilidades)	Esmeralda Maria Baiôa Cristo esmeraldacristo@hotmail.com

Neste período de observação pretende-se que o estudante:

- Possa aprofundar conhecimentos e desenvolvimento de competências na área de atuação e no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica - a pessoa em situação crítica.

Para qualquer esclarecimento adicional, por favor, contactar a ***Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago*** dulce.santiago@ipbeja.pt.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora da Escola Superior de Saúde do IPBeja