



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Plano de Emergência Numa Unidade de Cuidados Intensivos: Evacuação do Doente Crítico

Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Plano de Emergência Numa Unidade de Cuidados Intensivos: Evacuação do Doente Crítico

Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

PLANO DE EMERGÊNCIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: EVACUAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO

Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Júri:

Presidente: Adriano de Jesus Dias Pedro

Arguente: Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Orientador: Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Data: 02/10/2020

EPÍGRAFE

*“É o tempo da travessia:
E, se não ousarmos fazê-la,
Teremos ficado, para sempre,
À margem de nós mesmos.”*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento,

Pela orientação e disponibilidade... **À Professora Maria Antónia Costa.**

Pela crítica oportuna, incentivo e momentos de reflexão... **À Enfermeira
Supervisora Clínica Mónica Martins.**

Pelo acolhimento e todo o apoio no desenvolvimento da intervenção
profissional... **Ao Enfermeiro-Chefe da UCIP2, à Diretora da UCIP2 e
toda a Equipa da UCIP2.**

Pelas palavras encorajadoras... **À Equipa dos Exames Especiais e VMER.**

Pelas palavras de alento e motivação... **À minha família e amigos.**

Pelos quilómetros juntas, pelas noites de cumplicidade académica e pela
amizade... **Às minhas companheiras de viagem.**

Pelo amor incondicional, carinho e compreensão pelas minhas
ausências... **Ao meu marido e aos meus filhos.**

Sem o apoio das pessoas certas esta caminhada teria sido impossível...

RESUMO

As Unidades de Cuidados Intensivos não são serviços alheios a eventos catastróficos, estando diariamente sujeitas a ameaças que, de forma súbita e imprevisível, podem originar uma evacuação emergente, tornando-se um verdadeiro desafio para os profissionais.

Por forma a responder com eficácia, surge o Plano de Emergência como um documento útil que possui linhas orientadoras fundamentais à operacionalização deste processo de elevada complexidade. Este emerge no âmbito do Estágio Final, no sentido de capacitar a equipa multidisciplinar na evacuação do doente crítico de uma Unidade de Cuidados Intensivos em caso de emergência ou catástrofe intra-hospitalar, tendo em vista a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Em paralelo, neste relatório foi realizada uma análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, bem como de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem Cuidados Críticos, Cuidados Intensivos, Plano de Emergência, Segurança do Doente.

ABSTRACT

Intensive Care Units are not departments unrelated to catastrophic events, being daily subject to threats that, in a sudden and unpredictable way, can originate an emergent evacuation, becoming a real challenge for professionals.

In order to respond effectively, the Emergency Plan arises as a useful document that has fundamental guidelines for the operationalization of this highly complex process. This emerges within the scope of the Final Internship, in order to enable the multidisciplinary team to evacuate the critical patient from an Intensive Care Unit in the event of an emergency or in-hospital catastrophe, with the improvement purpose of the quality and safety of the care provided to the person in a critical situation.

Simultaneously, it was carried out an analysis and critical reflection of the process of acquisition and development of common and specific competences of the Critical Care Specialist Nurse, as well as of Master in Nursing.

Keywords: Critical Care Nursing, Intensive Care, Emergency Plan, Patient Safety.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANPC – Autoridade Nacional da Proteção Civil

AR – Assembleia da República

ARS – Administração Regional de Saúde

BIS – Índice Bispectral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CFIC – Centro de Formação e Investigação Científica

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CVC – Cateter Venoso Central

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

doi – *Digital Object Identifier*

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO – Técnicas de Oxigenação Extracorporeal

EEEPSC – Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESS- Escola Superior de Saúde

et al. – e outros

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local- Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

ICN – *International Council of Nurses*

IPP- Instituto Politécnico de Portalegre

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PEIS – Plano de Emergência Interno Simplificado

PEUS – Plano de Emergência nas Unidades de Saúde

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

pp. – páginas

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP2 – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2

UHP – Unidade Hospitalar de Portimão

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	18
1.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE	19
1.1.1. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais	20
1.1.2. Recursos humanos	22
1.1.3. Análise de gestão e produção de cuidados	24
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	27
2.1. PROBLEMÁTICA: SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CASO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	27
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	30
2.2.1. Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos	30
2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados	36
2.2.3. Plano de Emergência das Unidades de Saúde	39
2.2.4. A Evacuação do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos	40
2.2.5. A Intervenção dos Profissionais na Evacuação do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos	44
2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	51
2.4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	57
2.5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO.....	57
2.6. AVALIAÇÃO E RESULTADOS	63
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...	68
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	70
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	81
CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Estágio.....	100
Apêndice II - Projeto de Intervenção Profissional.....	123
Apêndice III - Resumo do Artigo Científico.....	129
Apêndice IV - Análise SWOT.....	132
Apêndice V - Questionário de caracterização sociodemográfica e apreciação da pertinência do projeto de intervenção profissional.....	134
Apêndice VI - Tratamento de dados colhidos.....	137
Apêndice VII - Resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e da apreciação da pertinência do projeto de intervenção profissional.....	142
Apêndice VIII - Consentimento informado, esclarecido e livre.....	145
Apêndice IX - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHUA para implementação do projeto de intervenção profissional.....	149
Apêndice X - Cronograma do projeto de intervenção profissional.....	151
Apêndice XI - Plano de Evacuação da UCIP2 (norma interna).....	153
Apêndice XII - Cartão de triagem de doentes.....	173
Apêndice XIII - Plano das sessões de formação.....	175
Apêndice XIV - Apresentação das sessões de formação.....	177
Apêndice XV - Divulgação das sessões de formação.....	193
Apêndice XVI - Fluxograma de evacuação da UCIP2.....	196
Apêndice XVII - Questionário de avaliação das sessões de formação.....	198
Apêndice XVIII - Póster: “Ventilação não-invasiva no doente idoso com DPOC”.....	200
Apêndice XIX - Póster: “A simulação como preparação para a catástrofe”.....	202
Apêndice XX - Critérios de validação da necessidade de manutenção do cateter venoso central implementados na UCIP2.....	204
Apêndice XXI- Póster: “Ambiente Seguro”.....	208

ANEXOS

Anexo I - Triagem de doentes na UCI (Palacios, <i>et al.</i> , 2010).....	211
Anexo II - Autorização para implementação do projeto de intervenção profissional pelo Conselho de Administração do CHUA.....	215
Anexo III - Comprovativo da aprovação do Plano de Evacuação da UCIP2 pelo Conselho de Administração do CHUA.....	217
Anexo IV - Certificado da formação “Monitorização hemodinâmica com cateter PiCCO”.....	219
Anexo V - Certificado de integração do programa científico no 6º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros.....	221
Anexo VI - Certificado de participação nas V Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos.....	223
Anexo VII - Certificado de participação no <i>workshop</i> “Terapia de alto fluxo”.....	225

Anexo VIII - Artigo científico publicado em revista científica.....	227
Anexo IX - Certificado de participação como autores do póster “Ventilação não-invasiva do doente idoso com DPOC” no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019.....	229
Anexo X - Certificado de participação como autores e preletores do póster “A simulação como preparação para a catástrofe” no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019....	231
Anexo XI - Declaração de participação como formandos no curso “Formação prática de extintores”	233
Anexo XII - Declaração de participação no exercício à escala real do Aeroporto Internacional de Faro- Aerofaro'20	235
Anexo XIII- Certificado de prémio melhor póster: “Ambiente Seguro” no 6º Curso Anual de Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros	237

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da metodologia de seleção dos estudos	46
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Amostra da população-alvo do PIP por categoria profissional	53
Gráfico 2 - Experiência Profissional da população-alvo do PIP	53
Gráfico 3 - Experiência Profissional em UCI	53
Gráfico 4 - Distribuição dos profissionais por área de especialidade	54
Gráfico 5 - Formação dos Profissionais na área da catástrofe	54
Gráfico 6 - Atualização dos conhecimentos na área da catástrofe	55
Gráfico 7 - Participação em exercícios de simulação de catástrofe intra-hospitalar.....	55
Gráfico 8 - Pertinência da implementação de um Plano de Evacuação na UCIP2	55
Gráfico 9 - Pertinência da realização de formação em serviço sobre a resposta a catástrofe intra-hospitalar na UCIP2	56
Gráfico 10 - Importância da realização de exercícios de simulação com preparação para uma situação de evacuação da UCI	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Catálogos de riscos identificados para a UCIP2	42
Tabela 2 - Identificação dos estudos selecionados	47
Tabela 3 - Avaliação da sessão de formação pelo formando	66

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrada no 3º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – A Pessoa em Situação Crítica (PSC), a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, fruto de uma parceria entre as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre (IPP), Beja, Castelo Branco, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora.

Este documento irá contemplar uma análise reflexiva, crítica e fundamentada das atividades que foram realizadas ao longo do percurso formativo, e qual o desenvolvimento de competências que ultimam a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), bem como o grau de Mestre em Enfermagem.

Importa ressaltar que a elaboração deste relatório recai essencialmente sobre as atividades desenvolvidas no Estágio Final, já que foi obtida creditação e validação de competências na Unidade Curricular Estágio em Enfermagem à PSC, integrada no 1º ano do plano de estudos.

O campo de estágio selecionado foi a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 (UCIP2), inserida no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), Unidade Hospitalar de Portimão (UHP), que decorreu entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, num período de 18 semanas, com o cumprimento das horas previstas para o estágio. A orientação pedagógica encontrou-se ao cargo da Professora Maria Antónia Costa e a supervisão clínica foi da responsabilidade da Enfermeira Especialista em EMC-PSC, Enfermeira Mónica Martins.

No início do 2º ano curricular elaborámos um Projeto de Estágio (Apêndice I) onde foram definidos objetivos e atividades inseridos num plano estratégico de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista EMC- PSC e de Mestre, de acordo com os Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a) e das Competências Específicas do EEEPSC (OE, 2018a), bem como as competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com o enquadramento legal emitido no Decreto-Lei n.º 65/2018 pela Presidência do Conselho de Ministros, na entidade do Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Durante o Estágio Final desenvolvemos um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) (Apêndice II) relativo à temática da evacuação do doente crítico internado numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tendo sido desenvolvido com base na metodologia de projeto. O PIP está inserido na linha de investigação “Segurança e qualidade de vida”, de acordo com as recomendações para a Unidade Curricular Estágio Final, e intitula-se “Plano de Emergência

Numa Unidade de Cuidados Intensivos: Evacuação do Doente Crítico”. Foi ainda elaborado um artigo científico (Apêndice III) relacionado com o PIP desenvolvido, com o título: “Evacuação do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos”.

Apesar da evacuação de uma UCI ser encarada como rara, esta é passível de acontecer. Trata-se de uma decisão difícil e tomada somente em último recurso, não só pela complexidade da situação clínica dos doentes, mas também pela gestão da situação que gerou a mobilização dos mesmos e que poderá gerar a necessidade de triagem (Childers, A., Mayorga, M. & Taaffe, K., 2013).

Para além disso, uma aliança entre a imprevisibilidade de uma emergência ou catástrofe intra-hospitalar e a falta de preparação das instituições e dos profissionais, pode originar um cenário ainda mais grave e com consequências devastadoras. A presença de profissionais de saúde experientes e especializados nesta área torna-se uma mais-valia, sendo reconhecido nos mesmos capacidades de liderança e gestão de cenários complexos. O desenvolvimento de competências nesta área é contundente, adquirido não só no âmbito da investigação, como também nas experiências adquiridas na prática (Benner, 2001).

Nestes eventos, em que se assiste a um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, torna-se categórico o planeamento de uma resposta organizada e, acima de tudo, eficiente, baseada em regras e normas gerais de atuação (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010a).

Diretrizes nacionais orientam para a elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (PEUS), sendo considerado um instrumento institucional capaz de orientar as boas práticas necessárias a uma resposta coordenada e eficaz, mas também fulcral no domínio da prevenção e preparação para a situação de crise (DGS, 2010). Ao ser reconhecido o valor dos Planos de Emergência, é também reconhecida a importância da qualidade dos cuidados e da segurança do doente no núcleo da catástrofe.

Atendendo ao supracitado, constatámos que a UCIP2 não possuía um documento orientador no âmbito da evacuação em caso de emergência ou catástrofe intra-hospitalar, com comprometimento da Orientação da DGS número 007/2010, que preconiza a todas as instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS) a elaboração de um Plano de Emergência Médica, com risco potencial para a qualidade dos cuidados e segurança do doente (DGS, 2010a).

Em busca de alicerces teóricos para o desenvolvimento do PIP, ancorámo-nos na Teoria da Sabedoria Clínica¹ de Patrícia Benner, Patricia Kyriakidis e Daphne Stannard, em que a práxis da enfermagem ao doente crítico está centrada em contextos reais e aprendizagens

¹ *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care*

experenciais, baseada num amplo julgamento clínico e pensamento na ação (Benner, P., Kyriakidis & P., Stannard, D., 2011).

Dado o exposto, definimos como objetivo geral para a elaboração deste relatório, analisar as atividades e estratégias desenvolvidas durante o Estágio Final e o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências de EEEPSC e Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos planeámos:

- Realizar uma apreciação do contexto clínico em que decorreu o Estágio Final e o PIP;
- Apresentar o PIP desenvolvido, nas suas diferentes etapas;
- Analisar, crítica e reflexivamente, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem, ao longo do percurso formativo.

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a apreciação do contexto clínico onde decorreu o Estágio Final (UCIP2) e onde foi desenvolvido o PIP, através de uma descrição do enquadramento legal, estrutura física, recursos físicos, materiais e humanos e ainda uma análise de gestão e produção de cuidados. O segundo capítulo é referente ao PIP desenvolvido, que se inicia com a identificação da problemática relacionada com a evacuação do doente crítico, seguindo-se o enquadramento concetual e teórico, onde é focada a teoria que deu luz ao desenvolvimento do PIP, e ainda foca os conceitos chave na linha de investigação em que o PIP se insere. Sucede-se a explanação das etapas de desenvolvimento do projeto: diagnóstico, definição de objetivos, planeamento e execução e, finalmente, avaliação e resultados. No terceiro capítulo é realizada uma análise fundamentada do processo de aquisição de competências, terminando com uma breve conclusão sobre o percurso formativo desenvolvido e uma avaliação dos objetivos aos quais nos propusemos com a elaboração do relatório.

Este documento rege-se segundo as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde (ESS) do IPP (ESS, 2018) e normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association*, 6.^a edição, tendo sido redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, com exceção das citações diretas, em que é mantido o texto original.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O CHUA, Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no SNS, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, foi estabelecida pelo Decreto-Lei nº 101/2017 (Ministério da Saúde [MS], 2017a), que veio alterar a denominação do Centro Hospitalar do Algarve, EPE, do qual resultou a fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospital de Portimão e Hospital de Lagos). Este decreto contemplou ainda a transferência para o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (nova denominação do Centro Hospitalar do Algarve) as competências da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve relativas ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. Assim, o CHUA-EPE, com sede em Faro, integra as Unidades Hospitalares de Faro, Portimão e Lagos, os Serviços de Urgência Básica de Loulé, Lagos, Vila Real de Santo António e Albufeira e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. O CHUA caracteriza-se por ser uma unidade hospitalar de referência do SNS que assume a missão da prestação de cuidados de saúde diferenciados a uma população de mais de 600.000 residentes dos 16 concelhos da região do Algarve e parte do Alentejo, não esquecendo que este número pode aumentar devido à época alta do turismo.

O compromisso estratégico institucional está centrado no doente, fomentando não só o ensino e a formação contínua na área da saúde, como também faz um investimento na área da investigação, resultante da parceria estabelecida entre a Universidade do Algarve e o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, o que justificou a nova denominação de Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA, 2019a).

Esta instituição tem como visão “afirmar a sua excelência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, a criação de valor em saúde para os seus utentes e a relevância internacional da investigação em saúde, em estreita colaboração com a academia.” (CHUA, 2019b, p.4).

A prestação de cuidados de saúde do CHUA assenta nos seguintes valores e princípios:

- Universalidade da sua missão, constituindo-se como pilar de coesão social para a população que serve;
- Respeito pelos princípios éticos, pela dignidade humana, pelos direitos dos utentes e em elevados padrões de segurança assistencial;
- Equidade no acesso e utilização aos cuidados que disponibiliza;
- Cultura de serviço público, centrado no utente e na satisfação do atendimento recebido;
- Trabalho em equipa, multidisciplinar, assente numa efetiva integração dos níveis cuidados disponíveis na região, promovendo a adequação da prestação às necessidades dos utentes;
- Orientação para a obtenção de resultados em saúde, condição necessária para uma efetiva criação de valor em saúde;
- Efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis, contribuindo para a sustentabilidade da instituição.” (CHUA, 2019b, p. 4).

Esta instituição apresenta como objetivos, linhas estratégicas e medidas operacionais “o reforço e alargamento da capacidade assistencial, a melhoria dos processos de apoio à atividade assistencial e melhoria da sustentabilidade financeira” (CHUA, 2019b, p. 17), não descurando a responsabilidade que advém do estatuto de hospital universitário que exige o reforço da sinergia existente com a Universidade do Algarve e o Centro de Formação e Investigação Científica (CFIC) do CHUA. Para além de um Programa de Formação de Integração e de um Programa de Formação Obrigatória, está disponível constantemente um leque de ofertas formativas nas mais variadas áreas de interesse, nomeadamente relacionado com a prestação de cuidados à PSC.

A área de influência do CHUA é muito extensa. Faro e Portimão, as duas principais unidades hospitalares do CHUA, distam cerca de 70 quilómetros entre si. A este facto está implícita uma maior dificuldade de gestão eficiente de recursos, tendo um impacto negativo tanto ao nível de custos de estrutura elevados, como a nível de avaliação de desempenho institucional (CHUA, 2019a).

O CHUA está organizado em sete departamentos, cada um com a sua direção médica (diretor de serviço) e chefia de enfermagem ou a coordenação de técnico superior de tecnologias de saúde, de acordo com a especialização profissional não médica do respetivo serviço, reunindo cada um deles um conjunto de serviços clínicos que visam a promoção e otimização de recursos: Médico; Cirúrgico; Criança, Adolescente e da Família; Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana; Psiquiatria e Saúde Mental; Clínico de Serviços Tecnológicos e Terapêuticos; Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (CHUA, 2019a).

A ARS do Algarve integra 2 UCI (Faro e Portimão), garantindo um rácio de 2 camas por 1000 habitantes (Ministério da Saúde [MS], 2013). Relativamente ao departamento onde foi desenvolvido o Estágio Final, o departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do CHUA da UHP, inclui o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), o Serviço de Medicina Intensiva 2, o Serviço de Urgência Básica de Lagos, a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e a Viatura de Suporte Imediato de Vida. O Serviço de Medicina Intensiva 2 integra a UCIP2, a Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e a Sala de Emergência, integrada fisicamente no SUMC (CHUA, 2019a).

1.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Este capítulo debruça-se sobre a caracterização do serviço onde foi desenvolvido o Estágio Final, integrando recursos físicos, humanos e materiais, e ainda uma breve análise da gestão e produção de cuidados.

1.1.1. Estrutura, recursos físicos e recursos materiais

A UCIP2 situa-se fisicamente no 1º piso do CHUA-UHP, partilhando-o com os serviços de Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Bloco Operatório, Cirurgia Ambulatória, Hospital de Dia de Oncologia, Anestesiologia, Imagiologia, Análises Clínicas e Patologia Clínica, indo ao encontro das recomendações pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), da necessidade de proximidade com os serviços de apoio (ACSS, 2013).

Fundada em 2000, a UCIP2 apresenta-se como uma UCI polivalente especializada no tratamento do doente agudo grave, independentemente da sua tipologia, assumindo-se como uma Unidade de Nível III, que deve ter “preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas” (MS, 2013, p. 58). Este tipo de unidade ainda exige o acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, e ainda a implementação de programas de controlo de qualidade e quadros de formação e treino em cuidados intensivos (MS, 2013).

É composta por 9 camas de cuidados intensivos e 3 camas de cuidados intermédios, indo ao encontro do recomendado pelo MS relativamente ao custo-efetividade, sendo recomendado que o número de camas seja “adequado, ajustado e proporcional à população a servir e à complexidade da unidade hospitalar onde está inserido” (MS, 2013, p. 380) e não menos de 8 camas (MS, 2017b). Até à data de término do estágio, as 3 camas de cuidados intermédios estavam desativadas por escassez de recursos humanos. Existe uma sala ampla, aberta (*open space*) onde está estrategicamente localizada uma central de monitorização. Este tipo de sala permite a monitorização visual e vigilância de todos os doentes e assegura de forma atempada o tratamento e assistência à PSC (ACSS, 2013). Nessa mesma sala estão seis camas separadas por cortinas (abertas à frente para manter contacto visual com o doente), e ainda um quarto de isolamento (*box*) com uma antecâmara e sistema de pressão negativa ou positiva, que permite atender a situações de isolamento respiratório ou isolamento inverso, com paredes de acrílico que permitem a visualização direta do doente (ACSS, 2013). Numa segunda sala estão dispostas 2 camas de cuidados intensivos, 3 camas de cuidados intermédios e um quarto de isolamento, à semelhança do quarto de isolamento descrito anteriormente.

A unidade de cada doente cumpre o recomendado relativamente à arquitetura e elementos construtivos, não só relativamente às áreas, circuitos (limpos e sujos), instalações e equipamentos técnicos, como ainda conta com a presença de iluminação natural que promove

os ritmos circadianos como elementos facilitadores da recuperação, e ainda a iluminação artificial regulável (ACSS, 2013). Cada unidade é compreendida por:

- ventilador de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo;
- monitor fisiológico conectado a uma central de monitorização, tendo capacidade de monitorização de parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos invasivos e não invasivos (traçado cardíaco, frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, pressão venosa central, oximetria de pulso, capnografia, temperatura esofágica, PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*), pressão intra-abdominal, pressão intracraniana e Índice Bispectral (BIS);
- bombas e seringas Infusoras;
- rampas de aspiração, de oxigénio e de ar comprimido;
- material e consumíveis diversos necessários à prestação de cuidados;
- mesa de apoio.

Para além do material existente na unidade de cada doente, existe ainda a possibilidade de aceder a:

- pace-maker intracavitário provisório;
- bombas de nutrição entérica;
- máquinas para realização de terapias de substituição renal;
- máquina de gasometrias;
- ventiladores de transporte;
- *cough assist*²;
- equipamento de Oxigenoterapia de Alto Fluxo;
- carro de emergência equipado com desfibrilhador.

Os registos clínicos do pessoal médico e de enfermagem são realizados informaticamente na plataforma informática B-ICU Care® (desenhada especialmente para cuidados intensivos), ficando disponíveis também no sistema informático SClinic®. Estes sistemas permitem não só o acesso a meios complementares de diagnóstico, como também aos dados captados pelo monitor e pelo ventilador conectados ao doente, pois são transmitidos em tempo real para a central de monitorização e para o sistema informático.

A UCIP2 integra não só uma vasta área clínica, como ainda uma sala de armazenamento e preparação de terapêutica, uma arrecadação e sala de armazenamento de consumíveis (com gestão informatizada e articulada com o serviço de aprovisionamento), uma sala de armazenamento de equipamento, uma adufa, uma sala de limpos, uma sala de sujos, uma casa de banho destinada aos doentes, uma copa, balneários, sala de vestiário de familiares, gabinete do enfermeiro-chefe, gabinete do diretor clínico, gabinete de secretariado, gabinete dos médicos

² *Cough assist*: insuflador e exsuflador mecânico.

e uma sala de reuniões versátil (usada também para sessões de formação e ainda como espaço destinado ao acolhimento e reuniões com os familiares ou pessoas significativas). A existência destes recursos vão, mais uma vez, ao encontro do recomendado pela ACSS (2013).

1.1.2. Recursos humanos

A UCIP2 é constituída por uma equipa multidisciplinar, formada por 12 médicos, 34 enfermeiros, 12 assistentes operacionais e 2 secretárias de unidade, com funções bem específicas e diferenciadas na prestação de cuidados ao doente crítico, funcionando como elementos em sinergia que procuram o bom funcionamento do serviço. Este serviço conta ainda com a cooperação de outros profissionais de saúde sempre que os cuidados ao doente assim o exijam, como é o caso de médicos de outras especialidades, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicólogo, assistente social, nutricionista e ainda outros técnicos superiores saúde e de diagnóstico e terapêutica.

Dos 34 enfermeiros, 1 dos quais exerce funções de chefia de serviço e 9 enfermeiros possuem formação especializada: 3 na área de EMC e 6 em Reabilitação. A prestação de cuidados destes enfermeiros especialistas rege-se pelo perfil de Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e ainda pelo Regulamento de Competências Específicas de cada área de Especialidade, do qual destacamos o Regulamento de Competências Específicas do EEEPSC (OE, 2018a) e ainda o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica “que se constitui como uma base de trabalho da qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica” (OE, 2015a, p. 17240). Neste contexto foram identificadas sete categorias de enunciados descritivos que explicitam a natureza da profissão de enfermagem, tendo como núcleo central o doente, a saber: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2015a).

Tal como a OE recomenda, no parecer Nº15/2018 relativo às Funções do Enfermeiro Especialista em EMC nas UCI, 50% dos profissionais enfermeiros deverão “possuir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros” (OE, 2018b, p. 2), já que a “formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos” (OE, 2018b, p.2), associado a doentes de elevada instabilidade clínica.

São 25 os enfermeiros de cuidados gerais na UCIP2, cuja prática é regulada pelo Regulamento do Perfil de Competências de Cuidados Gerais (OE, 2015b) e ainda pelo enquadramento conceptual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). Tanto o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015c) como a Deontologia Profissional de Enfermagem, integrada no Estatuto da OE, Lei n.º 156/2015 (Assembleia da República [AR] (2015b), revelam-se ferramentas elementares à práxis dos enfermeiros.

Sendo uma unidade que presta cuidados de elevada complexidade, foi criado pelo enfermeiro-chefe um Programa de Integração para Enfermeiros, por um período de 6 semanas, ao fim do qual é esperado que o enfermeiro recém-admitido tenha desenvolvido capacidade de prestação de cuidados de forma autónoma ao doente crítico, com necessidade de ventilação mecânica, suporte hemodinâmico e terapias de substituição renal, entre outros.

O período de trabalho de enfermagem está organizado em três turnos: turno da manhã (das 8 horas às 16 horas), turno da tarde (das 15:30 horas às 24 horas) e turno da noite (23:30 horas às 8:30 horas). Encontram-se em permanência física por turno 5 enfermeiros, independentemente do turno, à exceção do período da manhã dos dias úteis em que está presente o enfermeiro-chefe, com exclusivas funções na área da coordenação e gestão. Na ausência do enfermeiro-chefe, é distinguido em cada turno em enfermeiro responsável de turno, às quais são acrescidas além da prestação de cuidados, a gestão da unidade. A estes enfermeiros foram reconhecidas competências pelo enfermeiro-chefe necessárias ao desempenho desta função, sendo exercidas maioritariamente, mas não exclusivamente, por Enfermeiros Especialistas (independentemente da área de Especialização). A organização dos enfermeiros por turno não se vigora baseado em equipas de enfermagem, sendo a escolha da constituição da equipa a exercer funções por turno baseada em experiência profissional na área do doente crítico, formação especializada e ainda sabedoria clínica em áreas de elevada complexidade, tão reconhecida por Patrícia Benner.

O método de trabalho praticado pela equipa de enfermagem da UCIP2 é o método individual de trabalho, no qual o enfermeiro responsabiliza-se na totalidade pela avaliação e prestação de cuidados holísticos aos doentes que lhe são atribuídos, não invalidando a interajuda entre os enfermeiros e o sentimento de trabalho de equipa.

Diariamente é realizada uma visita clínica multiprofissional, com a participação ativa da enfermagem, com o objetivo de definição de estratégia e objetivos clínicos (MS, 2017b).

A OE (2019b) definiu a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, por forma atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde. Assim sendo, a prestação de cuidados ao doente crítico na UCIP2 faz-se num rácio enfermeiro-doente de 1:2, por forma a cumprir as indicações de referência para uma UCI de nível III, não

esquecendo que este rácio deve ser flexível e de acordo com os níveis de cuidados a prestar ao doente (MS, 2017b).

Existem ainda grupos de trabalho formados por médicos e enfermeiros empenhados em projetos de melhoria contínua de qualidade e na procura da excelência. Existiam à data de término do estágio alguns projetos em curso, entre os quais destacamos a vigilância epidemiológica de infeção na UCI; a avaliação da dor no doente em UCI; e o uso de citrato em técnica dialítica.

Dos elementos da equipa fazem parte elos de ligação a várias comissões da unidade hospitalar, como é o caso da Gestão de Risco Clínico ou do Controlo da Infeção Hospitalar (em estreita ligação com o Grupo de Coordenação Local- Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA]).

Para além disso, a UCIP2 integra a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, constituída por um médico e um enfermeiro que asseguram a resposta a situações de emergência em ambiente hospitalar, conforme preconizado pela DGS desde 2010 (DGS, 2010b).

Trata-se de uma equipa de enfermagem dinâmica e proactiva que investe muito na sua formação na esfera dos cuidados intensivos e que suporta a sua prática baseada na evidência, estando vigente no serviço um conjunto atualizado de normas de procedimento e protocolos de atuação pelos quais os profissionais de saúde se regem e aderem. Assumem-se como instrumentos fulcrais para uma uniformização de cuidados, uma performance mais eficaz com diminuição da probabilidade de erro e aumento da qualidade e segurança para o doente. A chefia de enfermagem da UCIP2 também faz assegurar este tipo de prática, o que vai ao encontro ao recomendado pela ACSS na Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva, pela presença de um “enfermeiro-chefe com perfil e competências adequadas à missão do serviço e da instituição” (MS, 2017b, p. 10) e que ainda consegue fomentar o trabalho em equipa.

1.1.3. Análise de gestão e produção de cuidados

A Medicina Intensiva é uma área das Ciências Médicas, altamente diferenciada, que se debruça sobre “a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais” (MS, 2017b, p. 6). Por isso, a UCIP2, integrada no Serviço de Medicina Intensiva 2, assume o papel do cuidar de forma global, integrada e multidisciplinar, do doente crítico, sem descuidar a qualidade, a eficácia e a garantia do exercício ético, associados a este cuidar tão especializado.

Este serviço, tal como já foi referenciado anteriormente, está dotado de camas de nível III, sendo estas destinadas a “doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e portanto necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (MS, 2017b, p. 7).

O Serviço de Medicina Intensiva 2, inserido na Rede de Referência de Medicina Intensiva na Zona Sul (que inclui ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS Algarve), serve uma população de 451.006 habitantes do Algarve, para 22 camas de nível III/ camas agudos, tendo sido verificado um número insuficiente de camas nível II e III, camas neurocríticas e camas holopotenciárias³ (MS, 2017b).

Fazendo o Serviço de Medicina Intensiva 1 (Unidade Hospitalar de Faro) parte do Eixo de Referência do Centro Hospitalar do Algarve, com potencial terapêutico definitivo em várias áreas (nomeadamente da doença neurocríticas e neurovascular), o mesmo não acontece com outras valências. Assim sendo, o processo de referência faz-se em torno de polos hospitalares diferenciados com acesso a todas as valências médico-cirúrgicas, com possibilidade de assegurar o tratamento definitivo dos doentes, nomeadamente nas áreas carenciadas na ARS Algarve: Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiorácica, Neurocirurgia, Urologia, Cirurgia Plástica/Maxilo-facial e Técnicas de Oxigenação Extracorporeal (ECMO), exigindo um regime de referência terciária para o Centro Hospitalar Lisboa Norte. Após análise da situação vigente em 2017 e identificada como uma limitação importante, o MS objetivou a criação de 137 camas críticas adicionais até 2020 na Zona Sul, tentando ir ao encontro dos valores da média europeia (MS, 2017b).

De acordo com o relatório de indicadores de qualidade da UCIP2 (CHUA, 2019c), no ano de 2019 a UCIP2 registou um total de 310 admissões de doentes com uma taxa de ocupação de 66,16%, e uma demora média de internamento de 7,79 dias. Os doentes internados eram provenientes do serviço de urgência, do bloco operatório e dos serviços de internamento, sendo que 24,28% apresentavam patologia do foro cirúrgico (6,8% por cirurgia eletiva e 17,48% por cirurgia urgente), trauma (5,5%) e os restantes 70,22% do foro médico. Os principais diagnósticos à data da alta da UCIP2 foram: pneumonia adquirida na comunidade ou pneumonia devida a microrganismo não especificado, seguindo-se os diagnósticos de choque séptico, agudização de insuficiência respiratória crónica, necessidade de vigilância pós-operatória, paragem cardíaca, entre outros. A taxa de mortalidade registada neste período de 365 dias foi de 22,9% na UCI, acrescida de uma mortalidade hospitalar aos 28 dias de 21,61%.

³ “camas, sob tutela da Medicina Intensiva, que disponibilizam ao doente a totalidade das valências médico-cirúrgicas e de especialidades de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo Urologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardiorácica, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Neurorradiologia, Radiologia de Intervenção e Cardiologia de Intervenção” (MS, 2017b, p. 14).

Por forma a calcular a carga de trabalho de enfermagem é utilizado o instrumento *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), sendo considerada uma importante ferramenta de gestão em cuidados intensivos. Este instrumento consegue classificar a carga de trabalho de enfermagem e relacioná-la com a gravidade do doente, através da avaliação de 28 itens, considerados intervenções terapêuticas, subdivididos em 7 categorias: atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Cada ponto equivale a 10,6 minutos de trabalho de enfermagem por turno de 8 horas (Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., Grossi, S., Silva, M., Cruz, V. & Ducci, A., 2005). Na UCIP2 é avaliado TISS-28 diariamente, tendo correspondido no ano de 2019 a uma média de 29,88 pontos, isto é aproximadamente 5,3 horas de cuidados de enfermagem associados ao doente crítico (CHUA, 2019c).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final do presente curso de Mestrado em Enfermagem desenvolvemos um PIP no qual nos propusemos a elaborar um Plano de Emergência numa UCI, focado essencialmente na evacuação do doente crítico. Este teve origem numa problemática identificada pela equipa de enfermagem da UCIP2 em parceria com a equipa médica. Trata-se de um projeto que emergiu de uma das linhas de investigação do Mestrado em Enfermagem: “Segurança e Qualidade de Vida”, por forma a desenvolver competências na área da investigação e na aquisição de competências de mestre.

Para o desenvolvimento do PIP foi utilizada como matriz orientadora a “metodologia de projeto”, já que se trata de uma investigação centrada num problema real identificado, cujo objetivo é a sua resolução utilizando estratégias eficazes e dinâmicas, constituindo-se como uma metodologia promotora de uma prática baseada na evidência (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Desta forma, segue-se a fundamentação da problemática, o enquadramento concetual e teórico que ancorou o projeto, bem como as etapas contempladas na metodologia de projeto: o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento e execução e, finalmente, a avaliação e resultados do mesmo. (Ruivo, *et al.*, 2010).

2.1. PROBLEMÁTICA: SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CASO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O doente crítico, também denominado como PSC, é definida pela OE 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” (OE, 2018a, p. 19362).

A OE ainda define cuidados de enfermagem à PSC como

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018a, p. 19362).

Tratam-se de cuidados complexos, a prestar a doentes com processos de doença complexos, aos quais estão inerentes intervenções que exigem uma avaliação diagnóstica e monitorização contínua e sistematizada, indispensáveis à deteção precoce de complicações e recuperação do doente de forma eficiente (OE, 2018a).

A presença de um EEEPSC capaz de implementar este tipo de intervenções de forma segura e em tempo útil “assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (OE, 2015a, p. 17241). Isto insere-se no círculo de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, quando é esperado, nomeadamente, que o enfermeiro dinamize a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Entende-se por **situação de emergência**, um evento que

“resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata” (OE, 2018a, p. 19362).

Já uma **situação de exceção** “consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018a, p. 19362).

O artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº 149/2015, define **acidente grave** como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” e **catástrofe** como “o acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2015a, p. 5316).

O papel do enfermeiro em contexto de catástrofe ou de crise é inquestionável mundialmente. A *World Health Organization* (WHO)⁴ e o *International Council of Nurses* (ICN)⁵ reconhecem na enfermagem um conjunto de competências fundamentais na gestão de um cenário de crise, admitindo que

“Inegavelmente, os enfermeiros desempenham um papel chave em situações de catástrofe e crise. Ao longo da história, os enfermeiros têm sido chamados a responder às necessidades individuais, de grupo e comunitárias em tempo de crise. Os enfermeiros são procurados pelas suas amplas capacidades na prestação de cuidados (por exemplo, no tratamento ou prevenção da doença), criatividade, adaptabilidade e liderança, em que as suas extensas habilidades podem ser aplicadas nos mais variados cenários de catástrofe.”⁶

Estas competências assumem-se como vitais num processo dito como contínuo e integrado de ações que para ser eficaz, não se limita à *resposta* à crise em si, mas compreende todo ele

⁴ Organização Mundial da Saúde (OMS)

⁵ Conselho Internacional de Enfermeiros

⁶ “Undeniably, nurses are key players in disaster and crisis situations. Throughout history, nurses have been called upon to respond to the needs of individuals, groups and communities in times of crisis. Nurses are sought out because of their broad care-giving skills (e.g. provision of treatment, prevention of illness), creativity and adaptability, leadership and a wide range of skills that can be applied in a variety of disaster settings and situations” (WHO, ICN, 2009, p. 15)

as fases vitais de *prevenção*, *preparação* e finalmente de *reabilitação* do caos. Desta forma, são encarados como elementos fundamentais e minimizadores do impacto da catástrofe na população (WHO, ICN, 2009).

O ICN acaba por reconhecer em 2019, a necessidade de enfermeiros com competências acrescidas na área da catástrofe, já que é crescente o número de eventos a nível mundial relacionados com epidemias, pandemias, desastres naturais ou provocados por mão humana. Para uma assertiva resposta à catástrofe, são identificados oito domínios necessários à aquisição e desenvolvimento de competências nesta área: preparação e planeamento das ações; comunicação eficaz e documentação; conceção de sistemas de gestão de incidentes; segurança; avaliação do cenário de ação; intervenção em catástrofe; recuperação; enquadramento legal e ético (ICN, 2019).

Transversalmente, as unidades hospitalares, e particularmente as UCI, embora encaradas como locais seguros e preparados para receber e cuidar das vítimas oriundas destas catástrofes ou situações de exceção de carácter externo, devem estar preparadas para apresentar uma resposta face a este tipo de situações, pois elas próprias não estão imunes a este tipo de ocorrência, podendo tornar-se a própria 'vítima' num cenário de crise (Childers, 2010). Sousa (2012) acrescenta e reforça que, apesar da indeterminação destes eventos, é exigida uma permanente preparação para a sua ocorrência, mesmo que estes nunca cheguem a acontecer. A imprevisibilidade da sua natureza, causa não só uma sensação de perda de controlo, como uma dificuldade na realização das tarefas de rotina. Daí o imperativo na existência de um guia orientador de ações coordenadas que torne mais eficaz a resposta a situações excecionais (DGS, 2010a).

A gravidade destas situações de emergência, exceção ou catástrofe, ainda se torna mais marcante quando atingem estruturas da instituição hospitalar tão complexas como uma UCI, não se podendo comparar a qualquer outro tipo de serviço, dadas as suas características muito específicas relativas à estrutura física, recursos tecnológicos, dispositivos médicos complexos e criticidade dos processos terapêuticos (Zuno, S., Vega, F., Argueta, S., Valdés, E., Bey, R. & Sánchez, L. 2013).

A complexidade da situação clínica da PSC, “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” (OE, 2018a, p. 19362), levam a que a tomada de decisão de evacuação da UCI seja um grande desafio, exigindo uma avaliação dos riscos e dos benefícios de tal procedimento, não só pela criticidade do protocolo terapêutico dos doentes, como pelo elevado envolvimento de recursos humanos e materiais (Palacios, M., Torrent, R., Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V., 2010).

Desta forma, perante a possibilidade permanente de ocorrência de uma catástrofe ou situação de crise, em que estamos perante um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, torna-se fundamental que as unidades de saúde, e neste caso mais específico as UCI, realizem uma análise da situação, de forma a planear uma resposta sistemática e integrada baseada em regras e normas gerais de atuação, que possam resultar nomeadamente na evacuação dos doentes críticos internados na UCI (DGS,2010a).

Atendendo ao supracitado, conseguimos constatar que a elaboração de um “Plano de Emergência numa UCI: Evacuação do Doente Crítico” assume particular importância no reforço de uma cultura de prevenção, de planeamento e de gestão de risco, atestando a segurança da PSC associada a estes eventos de crise. Uma análise detalhada dos riscos e uma adoção de medidas de controlo de dano num evento de tão elevada complexidade, transformadas numa uniformização da prática de cuidados nesta área assume um carácter relevante. Assim, consideramos justificada a pertinência da temática, que se enquadra na linha de investigação “Segurança e qualidade de vida”.

2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC necessita de se alicerçar num conhecimento científico sólido, no qual apoia a prática de forma sustentada e permite uma tomada de decisão consciente. Daí a importância da “existência de um quadro de referências para o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica” (OE, 2015a, p. 17243).

Como referencial teórico para o desenvolvimento do PIP e para o processo de desenvolvimento de competências foi selecionada a Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner, que será abordado seguidamente. São ainda enquadrados os conceitos relativos à qualidade e segurança do doente, considerados elementos chave na temática da Evacuação do Doente Crítico numa UCI.

2.2.1. Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos⁷

O desenvolvimento da Enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, vê a construção do seu *saber* e do seu *fazer* ancorado a referenciais teóricos que contribuem para a sua evolução de forma sustentada e para um pensamento crítico no seio dos profissionais de enfermagem. Assim, surgem as teorias como forma de atribuir corpo de conhecimento à prática e autonomia

⁷ “Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care”

profissional, mas ainda orienta o ensino e a investigação em enfermagem (Tomey, A. & Alligood, M., 2004).

Na procura de alicerces teóricos para o desenvolvimento do PIP, processo de aquisição de competências e elaboração do relatório, destacou-se a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner, Patricia Kyriakidis e Daphne Stannard (2011), uma extensão da Teoria “De Iniciado a Perito”⁸ (Benner, 2001) que incide sobre o corpo de conhecimento, julgamento clínico e *pensamento em ação*, ferramentas essenciais no cuidar do doente crítico.

Para Benner, *et al.* (2011), a prática da enfermagem na área dos cuidados agudos e críticos são um desafio intelectual e emocional, já que a instabilidade hemodinâmica e o processo tecnológico em redor do doente crítico, demanda uma boa capacidade de diagnóstico e uma perspicaz gestão de cenários complexos.

O enfermeiro perito, segundo Benner (2001, p. 58) “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” demonstrando um domínio fundamentado, produto da articulação da sua formação teórica com a sua experiência prática. O desenvolvimento da perícia em cuidados agudos e críticos requer um julgamento clínico e uma aprendizagem através da uma prática sob pressão, com intervenções rápidas a condições ameaçadoras de vida, onde a margem para erro é muito ínfima (Benner, *et al.*, 2011).

As autoras consideram que para se atingir o nível de perito, com julgamento clínico adequado e uma prática reflexiva em cuidados críticos, é essencial demonstrar nove habilidades de como *ser* e *pensar* como enfermeiro: capacidade em estabelecer prioridades; aquisição de conhecimentos e sua aplicação prática; capacidade de raciocínio face à mudança; conhecimento especializado; capacidade de resposta face à situação do doente; responsabilidade de influenciar uma situação, incluindo na tomada de decisão; perspicácia na relação interpessoal com o doente; integração de princípios éticos na prática clínica; e a capacidade de se colocar na situação do doente (Benner, *et al.*, 2011).

Trata-se de uma forma inovadora de encarar o cuidar em enfermagem, já que exige o desenvolvimento de um pensamento crítico, que se deve desenvolver no desenrolar da ação, o que promove a reflexão, a procura e a resolução dos problemas identificados à cabeceira do doente (Benner, *et al.*, 2011).

Será importante realçar que nesta teoria foram identificadas dois “hábitos de pensamento” e nove “domínios” da prática de enfermagem que revelam os aspetos relacionados com o julgamento clínico, o conhecimento clínico e o “estilo” dos enfermeiros de cuidados agudos e

⁸ “From Novice to Expert”

críticos. “Hábitos de pensamento” referem-se, por um lado, à identificação e resolução de problemas, e por outro à antecipação e prevenção de situações potenciais de risco clínico. São ainda identificados os nove “domínios da prática da enfermagem” em contexto clínico crítico:

1) Diagnóstico e gestão de funções fisiológicas sustentáveis em doentes instáveis- domínio relacionado com um conjunto de intervenções adequadas à resposta do doente em particular, à sua fisiopatologia, história clínica e trajetória clínica expectável:

“- diagnóstico e gestão de situações emergentes e de risco de vida; - diagnóstico, monitorização, titulação e intervenção imediatas em doentes instáveis, de forma a prevenir uma situação de crise e manter estabilidade das funções vitais e estabilidade fisiológica; - diagnóstico, monitorização, prevenção e gestão das oscilações das funções vitais, não emergentes do doente; - coordenação e gestão de intervenções múltiplas e imediatas; - ensino e assistência ao doente no desmame de tecnologias de suporte avançado de vida.”⁹

2) Competência especializada em como gerir uma crise- domínio relacionado com o facto dos enfermeiros, serem tradicionalmente os primeiros profissionais de saúde a responder, diagnosticar e tratar o doente em situação crítica ao instituir medidas emergentes de ressuscitação (como é o caso de desfibrilhação, manobras de reanimação cardiorrespiratória ou fluidoterapia):

“- criação de um ambiente para gestão de crise; - gestão sequencial e logística de múltiplas terapias em resposta à crise; - organização da equipa e coordenação das suas ações durante a crise; - capacidades de liderança na gestão da situação do doente quando o médico está presente; - tomada de intervenções médicas necessárias na gestão de uma crise quando o médico está ausente; - reconhecimento de talento e destreza nos médicos, recrutando os mesmos para a resolução de uma situação em particular; - gestão das respostas emocionais como elemento facilitador do clima social.”¹⁰

3) Promoção de medidas de conforto ao doente agudo e crítico- no domínio das boas práticas de enfermagem está o proporcionar conforto, bem-estar e medidas de suporte

⁹ **Diagnosing and Managing Life-Sustaining Physiologic Functions in Acutely Ill and Unstable Patients**

“- Diagnosing and managing emergent and/or life-threatening situations (crisis, resuscitations);

- Diagnosing, monitoring, titrating, and providing instantaneous interventions in unstable patients to avert a crisis and to maintain vital functions and physiological stability;

- Diagnosing, monitoring, preventing, and managing vital, but non-emergent fluctuations in physiological functions;

- Coordinating and managing multiple instantaneous interventions;

- Coaching and assisting patients in weaning from life-support technologies.” (Benner, et al., 2011, p. 88).

¹⁰ **The Skilled Know-How of Managing Crisis**

“- Setting up the environment for the management of a crisis;

- Sequencing and managing logistics of rapid multiple therapies in response to a crisis;

- Organizing the team and orchestrating their actions during a crisis;

- Exhibiting experiential leadership in managing the patient when a physician is present;

- Taking necessary medical action to manage a crisis when a physician is absent;

- Recognizing talent and skilled clinicians and marshaling these for the particular situation;

- Modulating one's emotional responses and facilitating the social climate.” (Benner, et al., 2011, p. 170).

psicossociais num ambiente tecnológico e de sofrimento. O conforto tem a capacidade de fortalecer, ajudar, encorajar, aliviar e consolar o doente e sua família:

“- cuidado ao corpo como fonte de conforto; - promoção de medidas de estimulação, distração e repouso com mínimo de perturbação; - atenuação do ambiente tecnológico; - conforto através de conexão e relacionamento; - disponibilidade, sem mostrar intrusão; - gerir as pressões éticas no alívio da dor, sedação e medidas de conforto; - limitação do impacto dos procedimentos dolorosos: técnicas de relaxamento, visualização e distração; - conforto através de rituais familiares e rotina.”¹¹

4) Cuidado à família do doente- domínio das capacidades relacionais no enfermeiro que identifica a família como elemento fundamental no contexto social do doente em contexto de situação crítica, sendo reconhecida como uma importante aliada na recuperação do doente:

- “- garantia de que a família pode estar junto do doente;
- promoção de suporte à família e de informação;
- incentivo ao envolvimento da família na prestação de cuidados.”¹²

5) Prevenção de riscos associados ao ambiente tecnológico- domínio da gestão de risco, assegurando um ambiente seguro para doente, famílias e recursos humanos, num espaço tão tecnológico como numa UCI:

- “- avaliações práticas da tecnologia;
- envolvimento em trabalhos de segurança;
- uso adequado e avaliação da operacionalidade dos dispositivos técnicos.”¹³

6) Cuidado e tomada de decisão com doentes em fim de vida- domínio do enfermeiro como elemento facilitador no processo de morte. Encerra na sua essência destreza e astúcia para encarar a morte como uma passagem que exige respeito e dignidade para com o doente crítico e sua família:

¹¹ **Providing Comfort Measures for the Critically and Acutely Ill**

- “- Caring for the body as a source of Comfort;
- Providing adequate stimulation, distraction, and rest while limiting disruption;
- Taming the technical environment;
- Comforting through connection and relationship;
- Being available without being intrusive;
- Weighing the ethical tensions of pain relief, sedation, and comfort measures;
- Limiting the impact of painful procedures: relaxation techniques, visualization and distraction;
- Comforting through familiar rituals and routine.” (Benner, et al., 2011, p. 220).

¹² **Caring for Patients’ Families**

- “- Ensuring that the family can be with the patient;
- Providing the family with information and support;
- Encouraging family involvement in caregiving activities.” (Benner, et al., 2011, p. 268).

¹³ **Preventing Hazards in a Technological Environment**

- “- Performing practical technology assessments;
- Engaging in safety work;
- Effective use and assessment of performance of technical devices. (Benner, et al., 2011, p. 302).

“- apoio e organização de um razoável nível de cuidados precoces no tratamento; - reconhecimento e comunicação da transição de cuidados curativos para cuidados paliativos; - planeamento e implementação de cuidados paliativos ao doente em fim de vida e sua família, quando ocorre a transição dos cuidados curativos para os cuidados paliativos; - confrontação com a morte.”¹⁴

7) Comunicação da avaliação clínica e a melhoria do trabalho em equipa- domínio da capacidade de abertura e escuta por parte dos enfermeiros como elementos essenciais para uma comunicação clara no seio de uma equipa. É realçada a importância da evidência bem documentada, sempre com o objetivo de uma prática de excelência que visa nomeadamente o reconhecimento célere das mudanças do estado do doente:

“- comunicação sobre mudanças clínicas; - comunicação de “janelas de tempo” perdidas e mudanças clínicas inesperadas na trajetória do doente; - mudança de práticas e desenvolvimento de novos conhecimentos clínicos; - desenvolvimento de conhecimento clínico sobre intervenções experimentais; - fortalecimento da equipa: desenvolvimento das capacidades de dedicação, destreza e parceria.”¹⁵

8) Promoção da segurança do doente através de monitorização da qualidade, prevenção e gestão de risco- o domínio da prevenção de incidentes como cerne do trabalho da enfermagem dedicado nomeadamente à vigilância, monitorização, prevenção e promoção da segurança do doente:

“- responsabilidade e capacidade de agir e influenciar uma determinada situação com base no julgamento clínico, o que inclui, mas não está limitado, à tomada de decisão; - melhoria da qualidade, monitorização e gestão de risco; - apoio aquando da ocorrência eminente ou real de falhas na prática; - fortalecimento da equipa no contexto de falhas na prática: resolução de fontes de conflito ou confusão; - prevenção da ocorrência de falhas: reparação ou reestruturação dos sistemas; - casos de contraste: trabalhar contra todas as probabilidades e aceitação das falhas. Isto significa deixar o sistema falhar na tentativa de alertar que uma prestação de cuidados altamente tecnológicos sem cuidados de enfermagem adequados não é seguro.”¹⁶

¹⁴ *Facing Death: End-of-Life Care and Decision Making*

“- Assessing and organizing a reasonable level of care early in the treatment encounter;
- Recognizing and communicating the transition from primarily curative to palliative care;
- Planning and implementing attentive, palliative care for the dying patient and family, once the transition from curative to palliative care has been made;
- Facing death.” (Benner, et al., 2011, p. 342).

¹⁵ *Making a Case: Communicating Clinical Assessments and Improving Teamwork*

“- Communicating about clinical transitions;
- Communicating missed time tables and unexpected changes in clinical trajectories;
- Changing practices and developing new clinical knowledge;
- Developing clinical knowledge about experimental interventions;
- Team building: Developing a community of attentiveness, skill, and collaboration.” (Benner, et al., 2011, p. 380).

¹⁶ *Managing Practice Breakdown*

“- The role of agency in managing practice breakdown;
- Frontline quality improvement, monitoring, and risk management;
- Shoring up imminent or actual practice breakdown;
- Team building in the context of practice breakdown: Resolving sources of conflict and confusion;
- Repairing and redesigning the system to prevent further practice breakdowns;
- Contrast cases: Working against all odds and acceptance of practice breakdown—letting the system fail;
- Minimizing health care system failures in destabilized work environments

9) Competência especializada em liderança clínica e moral e a educação e supervisão clínica- o domínio da prática de excelência exige fortes capacidades de liderança clínica. Desta capacidade de liderar e influenciar os pares em prol do doente, dependem habilidades comportamentais, corpo de conhecimento clínico, sabedoria, poder de escuta ativa e capacidade de valorizar os pontos fortes nos outros:

“- promoção do desenvolvimento clínico dos outros; - mentoria na interpretação, prognóstico e resposta às mudanças no doente; - colmatar as lacunas nos cuidados ao doente; - negociação de conflitos com doentes e familiares exigentes e zangados, através do controlo, conexão e compreensão; - construção e preservação de relacionamentos baseados na cooperação no seio da equipa; - transformação na forma de cuidar.”¹⁷

Assim, podemos inferir da análise de domínios de enfermagem contemplados por Benner, *et al.* (2011) que o enfermeiro perito tem de possuir um corpo de conhecimento clínico consolidado e que vai sendo adquirido através de um processo dinâmico de aquisição competências. Visa dar respostas às necessidades do doente crítico, com a sua inerente imprevisibilidade, para o qual tem de aplicar medidas eficientes e seguras na sua abordagem.

A capacidade de julgamento clínico, em grande parte resultado da habilidade de integrar experiências passadas, é pedra angular desta teoria, já que o enfermeiro perito, dada a incerteza e condicionalidade inerente aos cuidados intensivos, deve ser capaz de reconhecer com perspicácia alterações clínicas no doente crítico, no sentido de prever e antecipar os problemas num curto espaço de tempo e, assim, promover uma prestação de cuidados adequada, rápida e segura (Benner, *et al.*, 2011).

É reconhecida, pelas autoras, a importância da existência de normas e protocolos no seio da ciência da enfermagem em cuidados críticos, já que se apresenta cada vez mais tecnológica. Mas igualmente assumem que os cuidados de enfermagem de excelência estão em constante mudança e, por isso, exigem um sólido julgamento clínico, experiência e uma prática reflexiva centrada no doente (Benner, *et al.*, 2011).

Os comuns planos de cuidados de enfermagem, seus diagnósticos e intervenções, são considerados modelos estáticos e até limitadores, devendo deixar campo para a reflexão ativa, baseados em processos dinâmicos do julgamento clínico experiente. As autoras salientam que este tipo de cuidados não substitui ou invalida a prática baseada na evidência, mas que o

- *Providing highly technical medical care without adequate nursing care and social services.*”(Benner, *et al.*, 2011, p. 411).

¹⁷ **The Skilled Know-How of Clinical and Moral Leadership and the Coaching and Mentoring of Others**

“- Facilitating the clinical development of others;

- Coaching others in interpreting, forecasting, and responding to patient transitions;

- Bridging the gaps in patient care;

- Negotiating conflict with angry and demanding patients and/or families; from control to connection and understanding;

- Building and preserving collaborative relationships;

- Transforming care delivery systems.” (Benner, *et al.*, 2011, p. 450).

pensamento em ação consegue antecipar e identificar problemas e integrar estratégias de gestão de cuidados e avaliação das intervenções instituídas (Benner, *et al.*, 2011).

Por forma a avaliar a Teoria Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos (Benner, *et al.*, 2011), optámos por analisá-la à luz dos critérios de avaliação e análise das teorias de enfermagem propostos por Fawcett (2005): significância, consistência interna, parcimónia, adequação pragmática e testabilidade.

Relativamente à significância, considerámos que, defendendo a importância do julgamento clínico e o pensamento em ação do enfermeiro perito como ferramenta essencial na prestação de cuidados ao doente crítico, reconhece-se esta teoria como fundamental para o desenvolvimento da Enfermagem.

A base e o foco da teoria encontram-se bem descritos e explícitos, onde os conceitos se interrelacionam de forma simples, permitindo uma visão congruente da prática da enfermagem, o que confere consistência interna e parcimónia.

Consegue-se facilmente inferir a sua adequação pragmática e testabilidade, que vê na prática clínica um proporcionar de cuidados diferenciados, dirigidos e em segurança, mas também uma ferramenta na formação e integração dos enfermeiros, que facilita a orientação e a valorização do conhecimento clínico dos pares. Trata-se de uma teoria que, indubitavelmente, acrescenta alicerces ao corpo de conhecimento de enfermagem e lhe confere forma enquanto ciência prática.

Através desta análise, conseguimos inferir a sua harmonização ao contexto da prestação de cuidados à PSC na UCI, o que fundamenta a escolha desta Teoria de Enfermagem como linha orientadora do PIP desenvolvido. A evacuação do doente crítico de uma UCI pressupõe uma cascata de intervenções rápidas e eficientes, promotoras da segurança do doente, conceitos chave desenvolvidos neste referencial teórico.

2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados

Em Portugal, a qualidade no sistema de saúde não só é considerada como prioritária, mas principalmente um imperativo moral, pois suporta a equidade, o acesso e a segurança dos cuidados de saúde (DGS, 2015a). Este último espelha-se como componente chave neste processo de melhoria de qualidade, já que contribui para a satisfação do cidadão e confiança no SNS (MS, 2015a).

Uma das pedras angulares das políticas de saúde em Portugal é o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015a) que segue os princípios e orientações da Estratégia 2020 da Organização Mundial da Saúde para a Região Europeia. Este plano “centra-se na melhoria da saúde e bem-estar da

população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde” (DGS, 2015a, p. 6), apresentando quatro eixos estratégicos para o seu desenvolvimento: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis.

A DGS (2015a, p. 16) cita Saturno, *et al.* (1990) quando define a “Qualidade em Saúde”

“como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”.

Isso significa que, para garantir a qualidade em saúde, é exigida eficácia, segurança, gestão eficiente de recursos, equitatividade e satisfação do cidadão (DGS, 2015a).

Decorrente deste documento, emana o Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio do MS que referencia que

“a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (MS, 2015a, p. 13551).

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015 e integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, deve ser considerado como um conjunto de objetivos estratégicos e orientações chave no domínio da melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde prestados no SNS, cujos destinatários são não só os utentes, mas também os profissionais de saúde. Este documento

“visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades” (MS, 2015b, p. 3882-(2)).

Como principal missão, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 define: “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (MS, 2015a, p. 13552), sendo duas das nove grandes prioridades estratégicas do SNS o “reforço da segurança dos doentes” e a “monitorização permanente da qualidade e segurança” (MS, 2015a, p. 13551).

É defendida ainda que, uma das formas de melhorar a qualidade clínica e organizacional, passa pela prioridade estratégica da criação e adesão a normas de orientação clínica, promovendo uma capacitação dos profissionais, mas também uma cultura de segurança no seio das instituições (MS, 2015a, p. 13552).

A DGS define a “Segurança do Doente” como

“a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2011, p. 14).

A melhoria contínua da qualidade relativa à segurança dos doentes é considerada um processo coletivo de gestão de risco clínico, do qual faz parte a identificação preventiva dos riscos, a sua análise e hierarquia e a identificação das ações de melhoria a implementar, seguindo-se uma avaliação da eficácia das medidas já implementadas (MS, 2015b, p. 3882-(2)).

Este processo dinâmico deve estar bem vincado a nível institucional e no comportamento dos profissionais de saúde, no sentido de instituir uma cultura sistémica de segurança, “evitando incidentes, frequentemente evitáveis suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde” (MS, 2015b, p. 3882-(2)).

Assim sendo, a segurança do doente, como prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 deverá ser uma preocupação para as instituições como entidades gestoras e para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros que, como parte integrante num processo coletivo de uma equipa multidisciplinar, deverá mobilizar as suas competências no sentido de fazer cumprir os objetivos estratégicos emanados pela DGS (MS, 2015a) e participar ativamente na conquista de uma cultura de segurança no seio do SNS.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, é bem definida a importância da avaliação da cultura de segurança dos doentes de forma a perceber a adesão dos profissionais de saúde às medidas instituídas. Trata-se de uma competência de gestão, mas que promove não só um compromisso por parte das instituições, como uma mudança da perceção dos profissionais de saúde relativos à relevância que a segurança do doente tem. (MS, 2015b).

Corroborando o supracitado, o ICN (2012) aponta um conjunto essencial de ações na esfera dos cuidados de enfermagem, entre os quais, a formação, a gestão de risco clínico e o ambiente seguro, devendo tomar um papel ativo na avaliação, investigação e instituição de medidas promotoras da qualidade na saúde e na segurança do doente.

Também Benner, *et al.* (2011), consigna a segurança como uma prioridade e missão dos enfermeiros, admitindo que a vigilância, a monitorização, a prevenção e a promoção da segurança do doente são ingredientes básicos do cuidar em enfermagem.

2.2.3. Plano de Emergência das Unidades de Saúde

A DGS, de acordo com a Orientação Número: 007/2010, preconiza para todas as unidades hospitalares, a elaboração de um Plano de Emergência, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde- PEUS” (DGS, 2010a).

Trata-se de um documento que

“pretende estabelecer orientações práticas para os elementos responsáveis, em cada Unidade de Saúde, pela elaboração do Plano de Emergência, reforçando a noção da importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, peças estruturais necessárias a uma acção coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afectada por uma crise” (DGS, 2010a, p. 1).

Este Guia de Orientação foi concebido pelo Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS, criando linhas orientadoras de resposta à situação de exceção ou de catástrofe, estando agrupados em Fichas Temáticas e Fichas de Preparação baseadas em quatro pilares: Organização e Gestão, Recursos Humanos, Prestação de Cuidados e Recursos Gerais, de forma a fazer face ao cenário de crise que se apresenta (DGS, 2010a). Neste documento são ainda identificados e avaliados riscos potenciais aos quais estão inerentes modelos de resposta baseados em “procedimentos eficazes, simples e aplicáveis em qualquer unidade de saúde” (DGS, 2010a, p. 2).

Já em 2016, em consequência das orientações da DGS, surge o Plano de Emergência Interno Simplificado (PEIS) que emana o Artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 150/2015, de 5 de agosto da Autoridade Nacional da Protecção Civil (ANPC). Este documento não é mais do que um Guia de Orientação para a Elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado que pretende orientar as boas práticas tanto no domínio da avaliação dos riscos como no planeamento da acção em emergência e catástrofe. É pretendido que o Plano de Emergência criado por cada unidade de saúde “seja um documento sintético, de leitura acessível, privilegiando tanto quanto possível, uma linguagem simples e clara” (ANPC, 2016, p. 3).

O MS promulgou em 2017, conforme o Despacho n.º 8669/2017, a constituição de uma Comissão para a Planificação da Resposta em Saúde no contexto de Situações Críticas e de Exceção no Algarve. Foi identificada essa necessidade dada a região do Algarve representar “uma área geográfica do País em crescente desenvolvimento, com especial importância estratégica face ao impacto económico da indústria do turismo” (MS, 2017b, p. 22032). Esta comissão surge no sentido de fomentar a articulação entre os meios de socorro algarvios, de forma a criar estratégias de gestão de cenários potenciais ou reais de situações com múltiplas

vítimas, e ainda “promover a existência de Planos de Contingência para a resposta a Catástrofes na rede de urgência e emergência” (MS, 2017b, p. 22032), no panorama nacional.

2.2.4. A Evacuação do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos

No sentido de dar cumprimento aos requisitos legais emanados pela DGS, o CHUA-UHP possui dois documentos orientadores que conduzem a resposta hospitalar em caso de catástrofe: “Plano de Catástrofe Externa- Unidades Hospitalares de Portimão e de Lagos” (CHUA, 2019d) e um “Plano de Segurança Interno” (CHUA, 2018a). Este último integra um Plano de Emergência Interno, elaborado por uma empresa externa de segurança, onde estão descritas as medidas de autoproteção a adotar pela instituição face a uma situação de crise: estratégia organizativa, procedimentos e ainda recursos humanos e materiais. Declara como principais objetivos: definir a estrutura organizativa dos recursos humanos e materiais e estabelecer as estratégias de gestão da emergência de forma a “procurar garantir-se a salvaguarda das pessoas, dos bens, do património e da operacionalidade da Unidade Hospitalar de Portimão” (CHUA, 2018a, p. 41).

Após análise do Plano de Emergência Interno do CHUA-UHP, conseguimos perceber que o mesmo integra um Plano de Atuação e um Plano de Evacuação. O primeiro é onde está descrita a organização das operações a desencadear pelo responsável da segurança em caso de uma ocorrência. Já o Plano de Evacuação é um documento onde estão “indicados os caminhos de evacuação, zonas de segurança, regras de conduta das pessoas e a sucessão de ações a terem lugar durante a evacuação de um local” em caso de emergência (CHUA, 2018a, p. 14). O resultado é um documento que se apresenta como um instrumento útil a cada serviço da unidade hospitalar, já que nele são dadas orientações e um plano estratégico que cada serviço não pode descurar ao elaborar o seu próprio plano de emergência interno individualizado, a operacionalizar em caso de evacuação.

A evacuação de uma unidade hospitalar é considerada como uma medida de último recurso, e quando aplicável a uma UCI, em que doente crítico se encontra clinicamente instável, dependente de recursos humanos especializados e recursos tecnológicos complexos, a evacuação torna-se um autêntico desafio em muito relacionado com a segurança do próprio doente (Rico, D. M., Rico, E., Castanón, G. & Veja, G., 2015).

Entende-se por evacuação o “movimento de ocupantes de um edifício para uma zona de segurança, em caso de incêndio ou de outros acidentes, que deve ser disciplinado, atempado e seguro” (Ministério da Administração Interna, 2008, p. 9124). Esta evacuação poderá ser total ou parcial, conforme a necessidade de evacuar uma área mais circunscrita da unidade hospitalar

ou serviço de internamento, ou se será necessário transferir todos os ocupantes para uma zona considerada de segurança (Childers, 2010).

A UCIP2 é classificada como um “local de um estabelecimento com permanência de pessoas acamadas ou destinado a receber crianças com idade inferior a seis anos ou pessoas limitadas na mobilidade ou nas capacidades de perceção e reação a um alarme” (CHUA, 2018a, p. 11). Isto importa referir, pois associado aos riscos especiais relacionados com a mobilidade dos doentes, assim estão descritas ações específicas inerentes a esse local.

Um dos passos fundamentais na elaboração de um Plano de Evacuação é a identificação de riscos potenciais aos quais a instituição está sujeita (DGS, 2010a). Childers (2010) refere que o tempo de resposta a um cenário de crise por parte de uma unidade hospitalar em muito depende do tipo de emergência que se enfrenta pois, esse fator, poderá originar um tipo de evacuação mais atempada e organizada. A autora dá o exemplo de um incêndio num serviço versus uma falha na rede elétrica, em que no primeiro caso poderá exigir uma evacuação imediata, e a segunda poderá permitir uma tomada de decisão mais ponderada e uma consequente mobilização de doentes de forma mais compassada.

Assim sendo, foram destacados pelo CHUA, mais especificamente para a UCIP2, um catálogo de riscos/cenário de acidentes a considerar na construção do Plano de Evacuação. Estes poderão ter origem em fatores externos (não diretamente relacionados com a estrutura hospitalar), como é o caso do risco sísmico; ou em fatores internos (com origem nas instalações), como é o caso de incêndio ou fuga de gás (CHUA, 2018a). A tabela seguinte ilustra o catálogo de riscos identificado pelo CHUA, para a UCIP2.

Riscos	
Naturais	- Sismo (inclui queda de objetos/estruturas; incêndios, inundações; falhas de energia; pânico); - Inundação; - Descargas elétricas.
Tecnológicos (riscos com origem nas instalações)	- Incêndio; - Fuga de gás combustível; - Derrame ou acidente grave com produtos químicos ou gases medicinais; - Explosão; - Falha Energética (Corte de energia da rede elétrica/ posto de transformação/ geradores de emergência/ UPS- unidades de alimentação ininterrupta); - Falha no abastecimento de água;

	- Falha no abastecimento de gases medicinais (oxigénio, vácuo, ar comprimido, ar respirável); - Inundação.
Sociais	- Ameaça de bomba; - Violência/agressão física; - Distúrbios sociais; - Fuga ou desaparecimento de doentes.

Tabela 1 - Catálogos de Riscos identificados para a UCIP2. (Fonte: adaptado de CHUA, 2018a).

Segundo Palácios, *et al.* (2010), as UCI devem estar preparadas para um evento de crise, onde se manifeste uma eventual evacuação dos doentes internados. Desta forma, cada UCI deverá elaborar um plano de emergência onde estejam descritos os critérios de evacuação dos doentes e todos os procedimentos inerentes à sua concretização, sendo imperativo que seja do conhecimento de todos os funcionários daquele serviço. Os mesmos autores referem que a possibilidade de uma evacuação de um hospital na sua totalidade é remota, mas já uma evacuação parcial (dentro da mesma unidade hospitalar) é uma realidade mais frequente.

Daí a importância da conceção de um plano de evacuação devidamente estruturado, com uma clara definição de papéis e responsabilidades, recursos disponíveis, caminhos de evacuação, zonas de segurança e serviços de refúgio para os doentes evacuados, do conhecimento de todos os funcionários da UCI (Rico, *et al.*, 2015), embora seja reconhecido que a sua conceção não é tarefa simples (Childers, 2010).

Uma tomada de decisão de evacuação de um serviço nunca é fácil, mas a existência de um “plano de atuação estruturado e estandarizado, capaz de promover a evacuação do maior número de doentes nas melhores condições possíveis e no menor tempo possível”¹⁸, atenua um momento tão hostil e stressante como é a evacuação do doente crítico de uma UCI.

A DGS (2010a, p. 28) preconiza que os doentes “devem beneficiar tanto quanto possível, de cuidados de saúde de qualidade, idênticos aos dispensados em tempo normal”. Para além disso, afirma que não existe evidência científica suficiente que determine que existe um sistema de triagem melhor que o outro, e que a “triagem deve ser um processo dinâmico que segue as condições do paciente” (DGS, 2010a, p. 64).

À custa das características dos doentes internados numa UCI, com todos os seus requisitos tecnológicos e humanos, é necessária uma avaliação específica e detalhada que permita estabelecer uma determinada ordem à evacuação, consoante a sua situação clínica e necessidades de suporte vital (Rico, *et al.*, 2015). E dada a complexidade de evacuação de uma UCI, é exigida a presença de uma equipa multidisciplinar qualificada que consiga manter a

¹⁸ “protocolo de actuación lo más estructurado y estandarizado posible para tratar de evacuar al mayor número de pacientes en las mejores condiciones y en el menor tiempo posible” (Rico, *et al.*, 2015, p. 8).

qualidade dos cuidados apesar dos riscos associados, essencialmente relacionados com a segurança dos doentes (Rico, *et al.*, 2015).

É importante reconhecer que, apesar do fim último da iminência de uma evacuação imediata seja a mobilização de todos os doentes internados na UCI para um local seguro, o tipo de emergência pode condicionar o tempo e recursos disponíveis para levar a termo esse objetivo. Nesse sentido, torna-se imperativo o estabelecimento de critérios de prioridade (baseados no julgamento clínico sobre cada doente) e o conhecimento integral dos recursos humanos e físicos disponíveis para dar fim a este objetivo (Childers, 2010).

A comunicação no seio da equipa e um plano de evacuação que seja do conhecimento de todos os elementos e em que figure fluxogramas de atuação aos quais estão atribuídas responsabilidades e focos de ação, com uma estrutura hierárquica definida, permite uma evacuação mais ordenada, coordenada e eficaz que promove a segurança tanto para os profissionais como para o doente (King, M., Beninati W., Fang, R., Einav S., Robinson L., Kissoon N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C., 2014).

Assim, a existência de normas ou modelos de atuação que facilitem o processo de triagem e evacuação emergente dos doentes confere uma maior fluidez à resolução do cenário, promovendo uma consciencialização acerca desta problemática (Vugrin, E., Verzi, S., Finley, P., Turnquist, M., Griffin, A., Ricci, K. & Wyte-Lake, T., 2015).

Após a tomada da decisão de evacuar de forma emergente uma UCI, surge a necessidade de estabelecer uma ordem de evacuação. As autoras Childers, *et al.* (2013) reconhecem a investigação limitada nesta área, havendo até alguma controvérsia, facto corroborado por Palacios, *et al.* (2010) ao referir que “não existem muitos artigos na literatura médica que abordem planos de evacuação do doente crítico”¹⁹. É então reconhecida a necessidade de planificação de estratégias que permitam definir critérios de prioridade e, apesar da falta de consenso na literatura, ambos os autores identificam as hipóteses de sobrevivência como ponto-chave na ordem de priorização dos doentes. Estabelecem que a evacuação deve iniciar-se pelos doentes considerados menos críticos, aos quais se seguem os doentes com criticidade superior, caso de trate de uma evacuação emergente (Childers, *et al.*, 2013; Palacios, *et al.*, 2010).

Palacios, *et al.* (2010), elaboraram um plano de evacuação numa UCI onde constava não só um plano estruturado de critérios de triagem bem definidos, como também os locais de segurança para onde esses doentes seriam evacuados e ainda todos os recursos humanos e físicos (nomeadamente ventiladores, monitores, desfibriladores e terapêutica) necessários à operacionalização dessa evacuação. Os autores acrescentaram ainda que o doente deve ser

¹⁹ “no existen muchos artículos en la literatura médica que traten sobre los planes de evacuación de los pacientes críticos” (Palacios, *et al.*, 2010, p. 199).

mobilizado na sua própria cama, evitando transferências desnecessárias e consumidoras de tempo. O sistema de triagem de doentes em UCI proposto vai ao encontro da ideia partilhada por Childers, *et al.* (2013), que cria um sistema capaz de priorizar os doentes de acordo com as suas necessidades de suporte vital e hipóteses de sobrevivência. Desta forma, são considerados que os doentes com maior possibilidade de sobrevivência e que necessitem de um menor suporte vital, deverão ser evacuados primeiro.

Palacios, *et al.* (2010) construíram tabelas descritivas de priorização de doentes na UCI, baseadas essencialmente em 3 parâmetros: estado de consciência, dependência de oxigenoterapia ou ventilação mecânica e instabilidade hemodinâmica associada a necessidade de suporte de catecolaminas, atribuindo uma ordem na evacuação de acordo com o grupo assistencial correspondente. Os autores ainda acrescentaram uma norma orientadora para garantir uma evacuação mais ordenada e segura, a qual denominaram Metodologia de Evacuação (Anexo I). Foi nestas tabelas que a triagem de doentes da UCIP2 se sustentou.

Desta forma, uma planificação atempada das medidas necessárias à implementação de uma evacuação, contribuem para uma minimização do dano, prevenindo que o cenário de catástrofe seja ainda maior (Palacios, *et al.*, 2010).

Importa ainda reforçar que a DGS contempla no Artigo 25º do PEUS (DGS, 2010a) como contra-ordenação e coima, a inexistência de planos de emergência interna nas instituições ou inconformidades/irregularidades nos mesmos, tornando-se uma obrigatoriedade legal a sua elaboração, atualização e operacionalização. São constituídas ainda obrigações das unidades hospitalares, a realização de formação específica aos funcionários e ainda a realização de exercícios/simulacros de aplicação do plano de emergência pelo menos de 2 em 2 anos (ANPC, 2016).

Deste modo, é reconhecida a importância da implementação de um plano de evacuação numa UCI devidamente estruturado, sendo que a identificação e adoção de estratégias que promovam uma evacuação eficaz e bem sucedida, consiste numa prioridade na segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

2.2.5. A Intervenção dos Profissionais na Evacuação do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos

Tendo em conta o que foi explanado anteriormente, considerámos pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar as intervenções que estão inerentes aos profissionais que prestam cuidados ao doente crítico numa UCI, em caso de evacuação urgente. A revisão integrativa da literatura realizada deu origem à elaboração de um artigo científico (Apêndice III).

Foi estruturada a questão de investigação que deu origem à revisão da literatura, e que foi construída de acordo com a metodologia **PICOD** (**P** – participantes; **I** – intervenção; **C** – contexto; **O** - outcomes/resultados; **D** - Desenho da investigação):

P – Profissionais da UCI, **I** – Intervenções em caso de evacuação, **C** – Unidade de Cuidados Intensivos, **O** – Capacitação da equipa de profissionais para manter a segurança e qualidade na prestação de cuidados em caso de emergência, **D** - Estudos mistos e artigos de investigação publicados integralmente.

Para dar resposta à questão em estudo foi necessário realizar uma pesquisa da literatura existente sobre a temática, com recurso ao motor de busca EBSCOhost, onde foram utilizadas todas as bases de dados.

Foi limitada a pesquisa da literatura publicada a partir de 2010, com o intuito de obter a evidência mais recente, e de forma a que evidenciasse as intervenções dos profissionais na evacuação do doente crítico numa UCI em caso de emergência. A pesquisa baseou-se em textos integrais de acesso livre, no idioma inglês e espanhol. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para definir das palavras-chave e na pesquisa das fontes de informação.

A pesquisa foi realizada com os descritores *Evacuation*, *Disaster* e *Intensive Care/Critical Care*. No motor de busca EBSCOhost surgiram 106 estudos dos quais, através da aplicação de booleanos, de critérios de inclusão e exclusão, de limitadores, da leitura do resumo e das conclusões, foram selecionados dez estudos.

Por forma a conferir qualidade à revisão, os mesmos foram posteriormente avaliados quanto ao seu nível de evidência e força de recomendação, de acordo com a aplicação das *critical appraisal tools* de *The Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014). Após esta avaliação foram extraídos quatro estudos, devido à sua fraca evidência científica, tendo sido analisados um total de seis estudos.

O processo de seleção dos estudos encontra-se representado no fluxograma da Figura 1 e a identificação dos estudos na Tabela 1, com os respetivos níveis de evidência, desenho do estudo e grau de recomendação. Posteriormente, procedeu-se à extração dos principais resultados, tendo sido realizada uma análise reflexiva de comparação com outros estudos que não foram incluídos na revisão integrativa, mas que acrescentam corpo de conhecimento à temática.

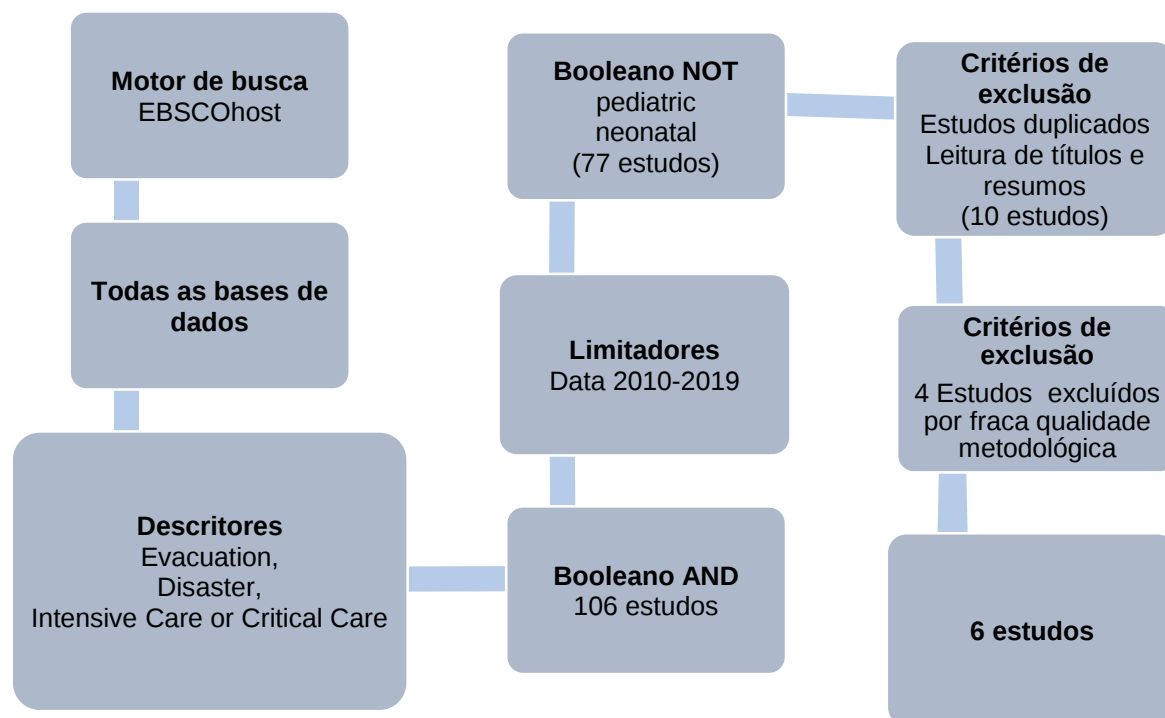


Figura 1 - Fluxograma da metodologia de seleção dos estudos. (Fonte: Elaboração própria).

Identificação do estudo	Nível de Evidência (JBI)- Desenho do Estudo	Grau de Recomendação (JBI)
Löfqvist, E., Oskarsson, A., Brandstrom, H., Vuorio, A. & Haney, M. (2017) ²⁰	4b- Estudo de Corte Transversal	Forte- Grau A
Zuno, S., Veja, F., Argueta, S., Valdés, E., Bey, R. & Sánchez, L. (2013) ²¹	5c- Artigo de Opinião	Forte- Grau A

²⁰ Evacuation Preparedness in the Event of Fire in Intensive Care Units in Sweden: More is Needed.

²¹ Atención en emergencias y desastres en las unidades de terapia intensiva del Instituto Mexicano del Seguro Social: triage y evacuación.

Palacios, M. S., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V. (2010)²²	5c- Artigo de Opinião	Forte- Grau A
King, M., Niven A., Beninati W., Fang, R., Einav S., Rubinson L., Kissoon N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C.. (2014)²³	5c- Artigo de Opinião	Forte- Grau A
King, M., Dorfman, M., Einav, S., Nivem, A., Kissoon, N. & Grissom, C. (2015)²⁴	4b- Estudo de Corte Transversal	Forte- Grau A
Murphy, G. & Foot, C. (2011)²⁵	4b- Estudo de Corte Transversal	Forte- Grau A

Tabela 2 - Identificação dos estudos selecionados. (Fonte: Elaboração própria).

Perante a análise dos estudos, constatámos que, uma das conclusões que foi transversal a todos os estudos, é o facto de existir um nível baixo de preparação dos profissionais das UCI, muito relacionado ou com a inexistência ou com a falta de planos de evacuação devidamente estruturados e um guia que indique uma forma muito específica em como realizar uma evacuação da UCI (Löfqvist, *et al.*, 2017, Zuno, *et al.*, 2013). Ficou demonstrado que, mesmo onde existem diretrizes nacionais que levam à obrigatoriedade na conceção de planos de evacuação, os mesmos ou não existem ou não são concebidos na sua totalidade, mesmo em países mais desenvolvidos onde seria expectável um maior rigor organizativo (Löfqvist *et al.*, 2017).

A antecipação e o planeamento são considerados pontos-chave no sucesso de uma evacuação, tendo sido sugerido por Murphy, *et al.* (2011) a criação de *checklists* como ferramenta útil capaz de prever não só a necessidade de equipamentos, como antever a

²² Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad?.

²³ Evacuation of the ICU Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement.

²⁴ Evacuation of Intensive Care Units During Disaster: Learning From the Hurricane Sandy Experience.

²⁵ ICU fire evacuation preparedness in London: a cross-sectional study.

inevitabilidade de transferência para outras unidades hospitalares por escassos recursos materiais.

Um outro ponto fundamental que foi distinguido foi a extrema relevância que tem a perfeita identificação de papéis e responsabilidades desde o momento de ativação de um plano de evacuação, no sentido de se alcançar uma evacuação mais ordenada, coordenada e eficaz que promova a segurança tanto para os profissionais como para o doente (King, *et al.*, 2014).

A liderança foi apontada como uma característica importante no seio de uma equipa, pois a tomada de decisão de atuação, a perceção do trabalho de equipa e a experiência na área são determinantes. A definição de funções e procedimentos a executar, deverão ser do conhecimento de todos os intervenientes (King, *et al.*, 2014), tendo sido considerado mais uma vez que a criação de *checklists* contribuem para uma maior eficácia (Murphy, *et al.*, 2011).

A comunicação eficaz entre os intervenientes foi distinguida pela maioria dos autores como de relevância inegável, pois surge como elemento facilitador, ao lado de um sistema de registo uniforme e estandardizado que promove a continuidade dos cuidados (King, *et al.*, 2014; King, *et al.*, 2015; Murphy, *et al.*, 2011).

Contudo, também foi identificado que os planos de evacuação e a triagem de doentes são apenas linhas orientadoras para os profissionais, já que existem múltiplos fatores que vão condicionar o processo de evacuação: as condições e necessidades de cada unidade, a situação clínica dos doentes, as infraestruturas e capacidades de cada unidade hospitalar e ainda o tipo de emergência que se está a enfrentar. (Zuno, *et al.*, 2013). Em conjunto, são considerados um verdadeiro desafio logístico aquando da evacuação, havendo necessidade de conhecer não só os doentes, como os recursos disponíveis (Löfqvist, *et al.*, 2017). Não obstante, a existência de um sistema de triagem capaz de priorizar a evacuação do doente crítico em necessidade de evacuação imediata, assume-se como uma necessidade inevitável. Em dois dos artigos que focam a importância de estabelecer um sistema de triagem de doentes, ambos assentam a priorização de acordo com as maiores possibilidades de sobrevivência e a menor exigência de suporte vital e equipamento (Zuno, *et al.*, 2013, Palacios, *et al.*, 2010). Ambos corroboram que um sistema de triagem estruturado que ofereça linhas orientadoras na priorização, é considerado uma mais-valia num momento de elevada pressão sobre os profissionais. Ainda assim, a sua eficácia deverá ser validada e confirmada periodicamente através dos simulacros (Löfqvist, *et al.*, 2017; Palacios, *et al.*, 2010).

Através da revisão integrativa da literatura, também foi possível demonstrar que um dos pontos mais fundamentais na concretização de um plano de evacuação é a importância da formação e treino dos profissionais que integram a UCI, tendo sido identificado que os profissionais que efetivamente evacuaram doentes críticos, tinham poucos conhecimentos acerca de evacuação ou qualquer experiência prévia (Löfqvist, *et al.*, 2017).

Romero, G., Santana, D., Padilla, J. & Cabrera, L. (2018), também consideraram imperativa a promoção de educação na área da evacuação da UCI através de programas de formação para os profissionais, já que inferiram no seu estudo que os profissionais da UCI tinham uma fraca perceção e conhecimentos sobre as estratégias a adotar nestas situações de emergência. Também Benner, *et al.* (2011), reforça a importância da formação para uma prática de enfermagem especializada, em que se preconiza o desenvolvimento de profissionais bem treinados e com elevado conhecimento das particularidades dos contextos de trabalho.

Na formação dos profissionais inclui-se a tão fulcral realização de exercícios de simulação. Trata-se de uma prática simulada que, enquanto estratégia efetiva de ensino/aprendizagem, “permite a incorporação de tecnologia criativa para estimular a cognição e a emoção, o pensamento crítico e criativo, apelando ao uso do cérebro total” (Martins, J., Mazzo, A., Mendes, I., & Rodrigues, M. 2014, p. 61). Esta aprendizagem em cenários realistas, facilita o treino de habilidades nos formandos, havendo necessidade de demonstrar uma aproximação ao real, mas de forma controlada e segura (Martins, *et al.*, 2014).

É reconhecida extrema importância a esta atividade, pois apesar de um plano de evacuação poder estar bem elaborado, permite identificar pontos fracos e pontos fortes, sempre em vista um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Löfqvist, *et al.*, 2017, Palacios, *et al.*, 2010). Também os autores Vugrin, *et al.* (2015) documentaram a utilidade da análise dos momentos de simulação frequentes, cujo cenário se aproxime do mais real possível, e que concedam uma consciencialização da problemática e complexidade de uma evacuação da UCI e uma maior capacidade de adaptação a uma eventual evacuação.

Outros autores acrescentam ainda que a realização de exercícios de simulação em larga escala torna-se muitas vezes difícil dada a complexidade dos cenários, daí a importância da realização de pequenos exercícios numa escala menor, mas de forma mais periódica, de forma a consciencializar os profissionais da dificuldade inerente à evacuação de uma UCI (Rico, *et al.*, 2015).

Montán, L., Riddez, L., Lennquist, S., Olsberg, A., Lindberg, H., Gryth, D. & Örténwall, P. (2017), realizaram um estudo piloto no sentido de avaliar a aplicabilidade de um modelo de simulação de uma catástrofe intra-hospitalar replicada de uma situação real. Estes autores concluíram que a implementação de exercícios de simulação assume extrema importância como uma forma eficiente de avaliação de um plano de emergência, já que a avaliação de um “cenário real”, onde se inclui a gestão de recursos humanos e materiais e uma gestão do evento em “tempo real”, consegue fornecer informações impossíveis de se alcançar se o cenário ficasse “no papel”. Foi possível identificar tempos de resposta, fatores limitantes e principalmente a interação entre os vários serviços da unidade hospitalar, já que a resposta a um evento de crise, regra geral, exige o envolvimento multissetorial.

Não obstante, apesar da conceção de planos de evacuação construídos com bases sólidas, a ordem de evacuação não deixa de ser um tema controverso, que pode converter-se num dilema perante uma situação de emergência. Também Childers, *et al.* (2013) relata a falta de consenso existente nas estratégias de priorização e sua consequente discussão do foro ético. Os autores admitem que este tipo de dilemas éticos deveriam ser tema de discussão frequente entre a equipa de profissionais.

Rico, *et al.* (2015) consideram que as questões éticas em contexto de evacuação de uma UCI merecem uma análise profunda, já que não existe neste campo, literatura na área de catástrofe intra-hospitalar. Childers (2010) corrobora este facto, levantando alguns dilemas éticos na sua obra, sobretudo relativamente no direito à vida: 'quando iniciar a evacuação?'; 'quem evacuar primeiro?'; 'que elemento deverá assumir a liderança da evacuação?'; 'o que são considerados como cuidados aceitáveis?'. São apenas algumas questões expressadas pela autora e que são merecedoras de reflexão por parte dos profissionais de saúde envolvidos.

Estas questões encontram não uma resposta, mas uma reflexão, na Deontologia Profissional que rege a ciência da Enfermagem. O artigo 99º refere que o ato de cuidar deve encontrar o seu fundamento nos princípios gerais da condição humana, nomeadamente nos princípios da justiça e da igualdade (AR, 2015b). Estes princípios passam a ser questionados aquando da priorização de doentes numa situação de evacuação emergente, em que não se consegue assumir as hipóteses de sobrevivência dos doentes aos quais foi atribuída uma prioridade inferior e que, consequentemente, serão evacuados em último lugar. Também o artigo 103º foca o direito à vida, pelo que se defende que o enfermeiro deve assumir o dever de proteger e defender a vida humana em todas as circunstâncias (AR, 2015b).

Nunes (2015) analisou questões éticas identificadas por enfermeiros que vêm a sua prática afetada na prestação de cuidados em contextos de situação crítica, de risco iminente de morte, ou de dependência de métodos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Foi apontado por estes profissionais que as suas principais preocupações estavam intimamente relacionadas com “informação ao cliente, ao acompanhamento em fim de vida, à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes (...), dilemas na informação, atuação nos processos de morrer e decisão de não tentar reanimar, respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis” (Nunes, 2015, p. 187). A autora acaba por inferir que existem fatores capazes de facilitar a gestão de um processo dilemático tão complexo como é o que se ergue no caso da evacuação do doente crítico de uma UCI, apontando “o suporte de liderança da equipe, o diálogo entre os diferentes profissionais na equipe, a adequação física e técnica dos locais de prestação de cuidados, o conhecimento do histórico da pessoa, a autoconfiança e a autoestima profissionais” como elementos fundamentais na amenização da situação de crise (Nunes, 2015, p. 198).

Sendo este tipo de tomada de decisão tão difícil, os dilemas éticos nestes cenários estarão sempre presentes mas, consideramos como o mais pertinente, uma reflexão sobre a ação e desenvolvimento de conhecimento experiencial, através de debate ético e partilha de casos e eventos (Nunes, 2015; Benner, *et al*, 2011).

A resposta a uma emergência com necessidade de evacuação de uma UCI continua a ter espaço para melhoria e tem de ser encarada como uma premência, no sentido de reduzir os riscos relacionados com a segurança dos doentes, sendo necessária uma melhoria urgente no planeamento da evacuação (Murphy, *et al.*, 2011).

Num sistema de saúde que se quer de qualidade, passa muito pelo papel ativo e participativo dos funcionários, ou seja, pela responsabilidade profissional a promoção da sua própria formação, preparação e envolvimento no processo de evacuação da UCI de forma a promover uma prestação de cuidados segura durante a emergência. Não obstante, a existência de planos devidamente estruturados e atualizados e do conhecimento de todos os profissionais da UCI, assumem-se como elementos de destaque numa cultura de prevenção e segurança, sendo consensual a necessidade de fomentar a investigação sobre a temática.

2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico de situação, sendo considerada a etapa cujo objetivo é “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar”. É um processo “dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com actualizações constantes” (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 10). É nesta fase de conceção que é identificado o problema e determinadas as necessidades, onde se estabelecem prioridades, causas prováveis, evolução prognóstica, recursos a utilizar e população interveniente (Ruivo, *et al.*, 2010).

Como instrumentos de diagnóstico de situação para validação da necessidade de implementação do projeto, optámos pela entrevista, análise da situação através do método SWOT (Ruivo, *et al.*, 2010) e aplicação de um questionário.

Assim sendo, numa fase inicial do estágio, tivemos a oportunidade de consultar normas de orientação clínica e protocolos vigentes no serviço e ainda conhecer os projetos de melhoria de qualidade que a UCIP2 integrava.

Em contexto de entrevista exploratória com o enfermeiro-chefe e a enfermeira orientadora de estágio, detetámos que a unidade não contemplava a existência de um Plano de Emergência, e mais propriamente um Plano de Evacuação da UCIP2. Essa necessidade foi também corroborada pelo diretor clínico. Este serviço havia desenvolvido um Plano de Contingência em resposta a catástrofe externa mas, tal como o nome indica, como documento orientador de forma

a ser ativado apenas em situações que impliquem a existência de um número elevado de doentes críticos, resultante de acidente grave ou catástrofe no exterior da instituição e que obrigue a uma maior oferta de camas de cuidados intensivos.

Desta forma, no sentido de uniformizar os procedimentos relativos à evacuação do doente crítico da UCIP2 em situação de emergência, aliado à promoção de segurança e qualidade dos cuidados prestados, foi abordada a temática em questão.

Ainda como instrumento de diagnóstico foi elaborada uma análise SWOT²⁶ (Apêndice IV) sendo, de acordo com Ruivo, *et al.* (2010) um dos métodos mais utilizados para a elaboração de diagnósticos. Esta análise permitiu a reflexão acerca dos fatores que poderiam influenciar o desenvolvimento do projeto.

Foi também decidida a aplicação de um questionário à equipa multidisciplinar em funções na UCIP2: enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. Escolhemos estas três classes de profissionais de saúde como população-alvo, pelo facto de serem os principais intervenientes no processo da evacuação dos doentes internados na UCIP2, aos quais estão associadas responsabilidades na operacionalização da mobilização dos doentes. O objetivo da aplicação dos questionários foi a validação da perceção da equipa relativamente à pertinência do projeto e a colheita de dados sociodemográficos, profissionais e académicos da população alvo (Apêndice V). Foram utilizadas maioritariamente questões fechadas, tornando o questionário mais objetivo e com a vantagem de maior facilidade no tratamento dos dados recolhidos para uma amostra maior como era o caso da UCIP2 (Riuvo, *et al.*, 2010).

O tratamento destes dados foi realizado através de análise estatística quantitativa com recurso à Microsoft Excel® e PSPP® (Apêndice VI), encontrando-se os dados que não estão descritos em seguida, devidamente ilustrados no Apêndice VII.

À data final de aplicação dos questionários (durante todo o mês de novembro de 2019), foram convidados a responder ao questionário todos os elementos da equipa multidisciplinar da unidade, independentemente do seu grau académico. Do total de 58 profissionais da equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais), 49 aceitaram participar, não tendo sido abrangida toda a equipa por motivos de ausência do serviço (licenças ou baixas por doença).

A confidencialidade dos dados foi assegurada. Estes profissionais assinaram previamente um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice VIII) pois, tal como reforça Nunes (2013), a participação num projeto pressupõe um esclarecimento das fases do estudo e deve ser garantido a autodeterminação, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

²⁶ *Strenghts, Weakness, Opportunities, Threats: Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças*

Assim sendo, de uma amostra de 49 profissionais (100% da amostra) participaram 11 assistentes operacionais (18%), 29 enfermeiros (59%) e 9 médicos (23%) (Gráfico 1).

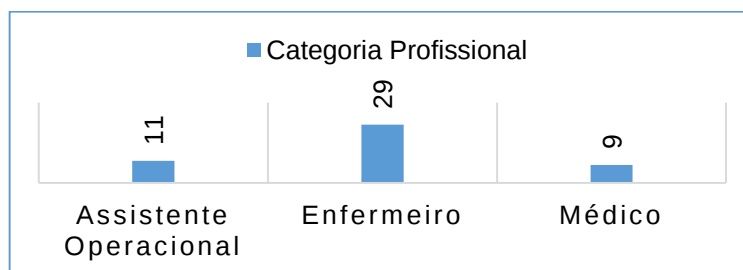


Gráfico 1 - Amostra da população-alvo do PIP por categoria profissional. (Fonte: elaboração própria).

Trata-se de uma equipa jovem, cuja moda de idades é de 29 anos, sendo a média de idades do grupo de 39,76 anos.

Verificou-se que se trata de uma equipa experiente, já que a maioria dos profissionais, independentemente da categoria, possui 10 ou mais anos de experiência profissional, com uma média de anos de experiência de 14,8 (Gráfico 2).

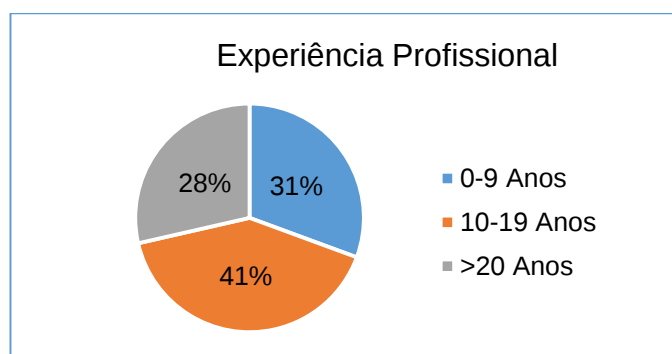


Gráfico 2 - Experiência Profissional da população-alvo do PIP. (Fonte: elaboração própria).

No que concerne à experiência profissional em contexto de cuidados intensivos, verificámos que se trata de uma equipa com uma experiência média de 8,56 anos (Gráfico 3), encontrando-se numa fase considerada essencial na aquisição e desenvolvimento sólido de competências segundo o modelo de Benner (2001).

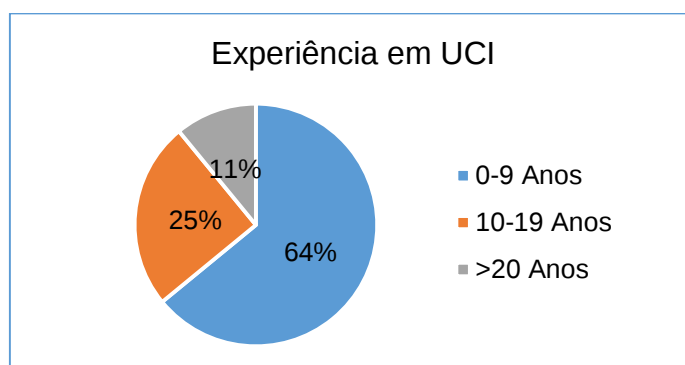


Gráfico 3 - Experiência Profissional em UCI. (Fonte: elaboração própria).

Na totalidade da amostra estudada, constatámos que 36% possui uma especialização. Mais especificamente na área da enfermagem, verificámos que 18% dos enfermeiros inquiridos possui uma área de especialidade, dos quais 12% são Enfermeiros Especialistas na área da Enfermagem de Reabilitação e 6% são EEEPSC (Gráfico 4).

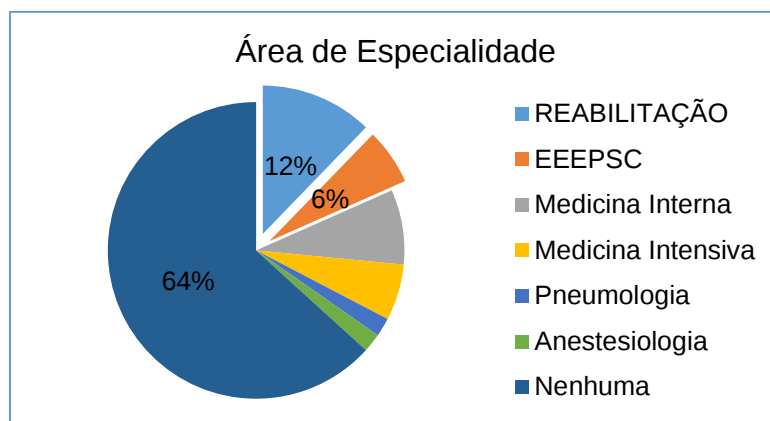


Gráfico 4 - Distribuição dos profissionais por área de especialidade. (Fonte: elaboração própria).

Quanto à segunda parte do questionário, que pretende apreciar a pertinência do PIP, verificámos que 58% do universo da amostra inquirida não tem formação na área da catástrofe (Gráfico 5).

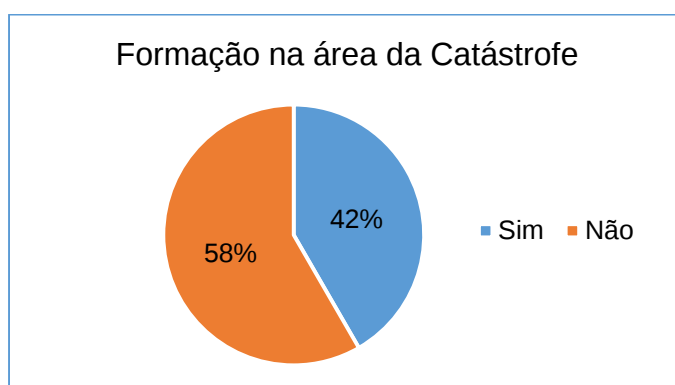


Gráfico 5 - Formação dos Profissionais na área da Catástrofe. (Fonte: elaboração própria).

Dos 42% (n=21) que possui algum tipo de formação na área da catástrofe, 43% (n=9) dos quais, viu os seus conhecimentos atualizados há menos de dois anos e 57% (n=12) há mais de dois (Gráfico 6). A análise destes dados torna-se relevante à luz das orientações da DGS e da ANPC, que preconiza a realização de exercícios de simulação de crise a cada 2 anos (DGS, 2010a; ANPC, 2016).

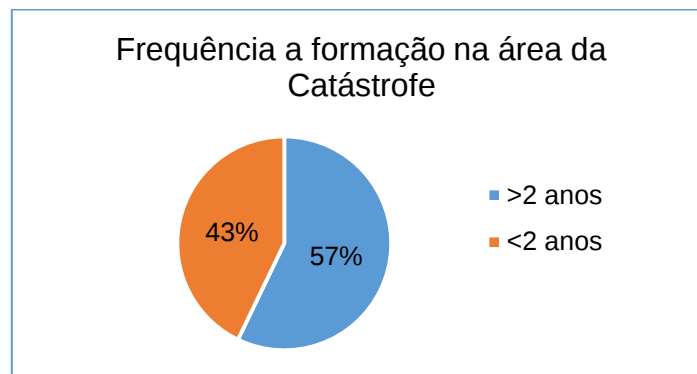


Gráfico 6 - Atualização dos conhecimentos na área da Catástrofe. (Fonte: elaboração própria).

Foi revelado que 61% dos inquiridos nunca participou em qualquer tipo de exercício de simulação em contexto de catástrofe intra-hospitalar (Gráfico 7).

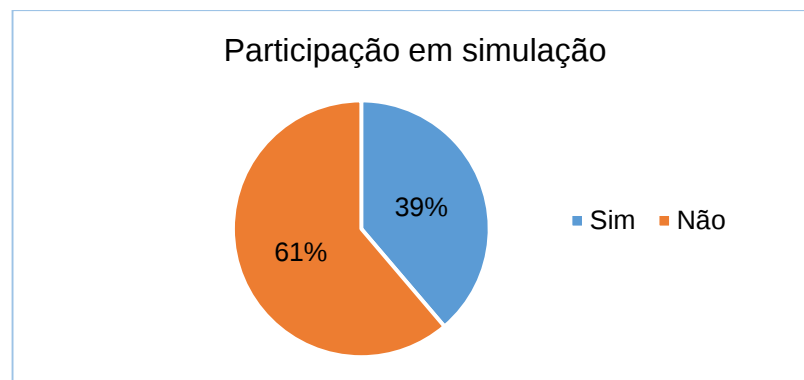


Gráfico 7 - Participação em exercícios de simulação de Catástrofe intra-hospitalar. (Fonte: elaboração própria).

De forma congruente, 100% da população inquirida reconheceu a pertinência da implementação de um Plano de Evacuação na UCIP2 em caso de catástrofe intra-hospitalar (Gráfico 8).

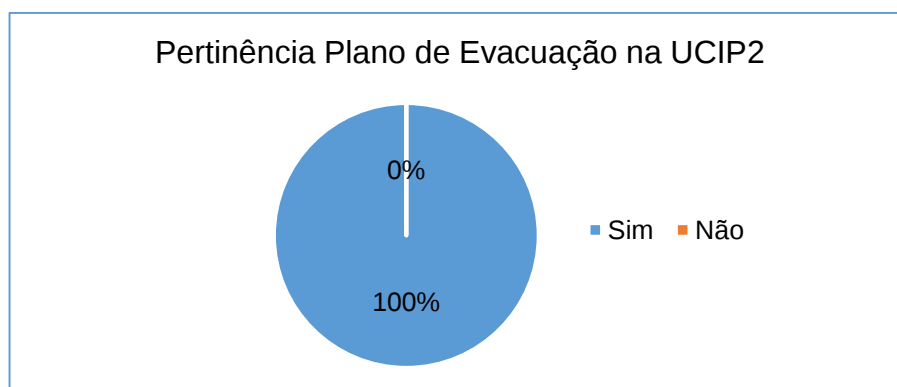


Gráfico 8 - Pertinência da Implementação de um Plano de Evacuação na UCIP2. (Fonte: elaboração própria).

A opinião relativa à importância da realização da formação à equipa (Gráfico 9) e à realização de exercícios de simulação (Gráfico 10) foi unânime, em que 100% dos profissionais da UCIP2 considerou a relevante pertinência dessas abordagens.

Pertinência da Formação na resposta a Catástrofe Intra-hospitalar

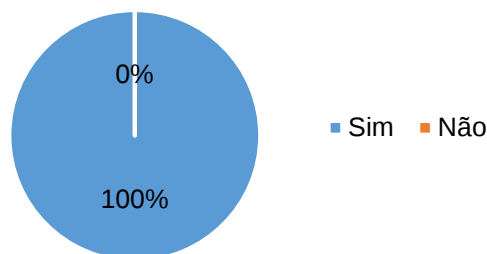


Gráfico 9 - Pertinência da realização de formação em serviço sobre a resposta a Catástrofe Intra-Hospitalar na UCIP2. (Fonte: elaboração própria).

Realização de Exercícios de Simulação

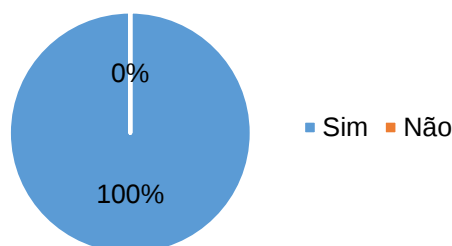


Gráfico 10 - Importância da realização de exercícios de simulação com preparação para uma situação de evacuação da UCI. (Fonte: elaboração própria).

De acordo com os resultados obtidos, conseguimos comprovar que, apesar das reconhecidas lacunas na formação dos profissionais de saúde na área da evacuação do doente em caso de catástrofe intra-hospitalar, verifica-se o interesse de toda a equipa na sua própria capacitação e gestão de cenários complexos de crise, reforçando a necessidade de formação.

Tendo em consideração a importância fundamentada de uma evacuação do doente crítico na UCI normalizada, e dados os resultados obtidos a partir dos instrumentos de diagnósticos aplicados, foi determinado como problema: a ausência de um Plano de Emergência uniformizado na evacuação da UCIP2, com comprometimento do cumprimento da Orientação da DGS relativa à “Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde” (DGS, 2010a), com risco para a segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados.

Face ao exposto anteriormente, identificámos como necessidade: a elaboração de um Plano de Evacuação da UCIP2, em contexto de emergência interna ou catástrofe intra-hospitalar. Perante a necessidade identificada, segue-se a definição de objetivos.

2.4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A segunda fase da metodologia de projeto consiste na definição de objetivos, onde são descritos os resultados que se pretendem alcançar (Ruivo, *et al.*, 2010). Por um lado, há que definir um objetivo geral, mais vasto “dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas” (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 18). Posteriormente, faz parte a construção de objetivos específicos, em que o objetivo geral é subdividido em aquisição de competências ou comportamentos mais elementares, na tentativa de simplificar a complexidade de um objetivo mais lato. Estes devem ser: “claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Ruivo, *et al.*, 2010, p. 19).

Posto isto, tendo em conta o problema identificado e necessidade identificada anteriormente, definimos como objetivo geral:

- Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP2 na atuação perante a necessidade de evacuação da unidade, em situações de emergência interna e catástrofe intra-hospitalar.

Foram delineados como objetivos específicos:

- 1 - Elaborar uma proposta de Plano de Evacuação para a UCIP2 através de formalização de uma norma interna do serviço;

- 2 - Criar uma proposta de registo relativa à triagem dos doentes internados aquando da evacuação da UCIP2, em formato de “Cartão de Triagem de Doentes”;

- 3 - Identificar os recursos materiais necessários à implementação do Plano de Evacuação da UCIP2;

- 4 - Realizar formação em serviço que incorpore um exercício de simulação na UCIP2;

- 5 - Divulgar o Plano de Evacuação.

2.5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento é a terceira fase da metodologia de projeto, sendo nesta fase que se elabora um plano detalhado das estratégias, atividades e respetivo cronograma, e ainda os recursos necessários e adequados à materialização dos objetivos propostos (Miguel, 2006, *cit in*, Riuvo, *et al.*, 2010).

Foi então construída uma proposta de PIP na UCIP2 (Apêndice II), que obteve a apreciação positiva por parte do enfermeiro-chefe, diretora de serviço, enfermeira orientadora e professora docente.

Seguiu-se a submissão da proposta ao Conselho de Administração e ao CFIC do CHUA, conforme a norma hospitalar para o efeito (CHUA, 2018b), alcançando o parecer positivo e autorização pelas entidades competentes (Anexo II). Trata-se de uma etapa de vital importância na implementação de um projeto, já que “A realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização” (Nunes, 2013, p. 14). Este processo é exigente e envolve a análise de um conjunto de documentos que devem cumprir os requisitos relativos às considerações éticas e legais às quais o investigador está sujeito (Nunes, 2013).

Foi planeado e desenhado um cronograma de atividades (Apêndice IX), onde estão contempladas as várias fases interativas de construção e implementação do PIP que integram definição de datas, atividades a desenvolver e recursos a integrar (Ruivo, *et al.*, 2010). As fases de *diagnóstico de situação e definição de objetivos*, e a fase de *planeamento e de execução* decorreram durante o período de estágio, e a fase da *avaliação* terminou, posteriormente, com a elaboração do relatório.

Reconhecida a problemática e validada a pertinência do projeto por toda a equipa multidisciplinar, conforme dados recolhidos após aplicação do questionário, foram decididas estratégias, atividades e recursos para materialização dos objetivos específicos aos quais nos propusemos.

Objetivo específico 1 - Elaborar uma proposta de Plano de Evacuação para a UCIP2 através de formalização de uma norma interna do serviço

Atividades e estratégias planeadas:

- Reunião com o enfermeiro-chefe, enfermeira orientadora de estágio e diretora clínica da UCIP2;
- Reunião com os enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio da UCIP2: Cirurgia Ambulatória; Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA); Serviço de Urgência (Decisão Clínica);
- Consulta de Planos de Emergência institucionais;
- Pesquisa bibliográfica através análise de estudos pertinentes sobre a evacuação do doente crítico numa UCI;
- Elaboração de uma revisão integrativa da literatura para identificar as intervenções dos profissionais na evacuação do doente crítico numa UCI em caso de emergência (Apêndice III);
- Elaboração de uma proposta de Plano de Evacuação da UCIP2 como norma interna do serviço, que incluísse um “Fluxograma de Evacuação” e “Cartões de Ação”;

- Discussão e revisão da proposta com o enfermeiro-chefe, enfermeira orientadora de estágio e diretora clínica da UCIP2, e ainda com os enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio;
- Formulação da proposta final do Plano de Evacuação do doente crítico da UCIP2 (Apêndice X);
- Submissão da proposta final do Plano de Evacuação do doente crítico da UCIP2 para apreciação do Conselho de Administração do CHUA.

Recursos humanos: grupo de trabalho constituído pelo enfermeiro-chefe (também ele elo de ligação à gestão de risco clínico), enfermeira orientadora de estágio e diretora clínica da UCIP2 e enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio da UCIP2: Cirurgia Ambulatória; UIDA; Serviço de Urgência (Decisão Clínica).

Recursos materiais e tecnológicos: bibliografia (livros, normas, bases de dados científicas); internet; computador.

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final do Plano de Evacuação para a UCIP2 através de formalização de uma norma interna do serviço, aprovada pelo enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2.

Objetivo específico 2 - Criar uma proposta de registo relativa à triagem dos doentes internados aquando da evacuação da UCIP2, em formato de “Cartão de Triagem de Doentes”.

Atividades e estratégias planeadas:

- Criação da proposta de “Cartão de Triagem de Doentes” internados no momento da evacuação da UCIP2, baseada nos critérios de “estado de consciência/sedação”, “ventilação” e “medicação vasoativa”, que contemple a prioridade atribuída e o serviço de refúgio de destino (com base na proposta final do Plano de Evacuação do doente crítico da UCIP2);
- Discussão e revisão da proposta com o enfermeiro-chefe, diretora clínica e enfermeira orientadora de estágio;
- Formulação da proposta final de um “Cartão de Triagem de Doentes” relativa à triagem dos doentes internados aquando da evacuação da UCIP2 (Apêndice XI).

Recursos humanos: grupo de trabalho constituído pelo enfermeiro-chefe (também ele elo de ligação à gestão de risco clínico), enfermeira orientadora de estágio e diretora clínica.

Recursos materiais e tecnológicos: bibliografia (livros, normas, bases de dados científicas); internet; computador.

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final de registo de triagem dos doentes internados aquando da evacuação da UCIP2, em formato de “Cartão de Triagem de Doentes”, aprovada pelo enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2.

Objetivo específico 3 - Identificar os recursos materiais necessários à implementação do Plano de Evacuação da UCIP2, aprovados pelo enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2 e ainda pelos enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio.

Atividades e estratégias planeadas:

- Reunião com enfermeiro-chefe e enfermeira orientadora de estágio no sentido de ter acesso ao inventário dos recursos materiais da UCIP2;
- Reunião com os enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio para avaliação dos recursos materiais disponíveis para dar resposta ao Plano de Evacuação da UCIP2;
- Consulta do Plano de Catástrofe Externa do CHUA, que contempla inventário de todos os recursos materiais e tecnológicos disponíveis em toda a unidade hospitalar;
- Realização de uma proposta de inventário de recursos materiais necessários à implementação do plano de evacuação do serviço;
- Discussão e revisão da proposta de inventário com o enfermeiro-chefe, enfermeira orientadora de estágio e diretora clínica da UCIP2;
- Formulação da proposta final de Identificação dos recursos materiais necessários à implementação do Plano de Evacuação da UCIP2, conforme descrito na norma interna (Apêndice.X).

Recursos humanos: grupo de trabalho constituído pelo enfermeiro-chefe (também ele elo de ligação à gestão de risco clínico), enfermeira orientadora de estágio e diretora clínica da UCIP2 e enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio da UCIP2: Cirurgia Ambulatória; UIDA; Serviço de Urgência (Decisão Clínica).

Recursos materiais e tecnológicos: bibliografia (normas); internet; computador.

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final de identificação dos recursos materiais necessários à implementação do Plano de Evacuação da UCIP2, aprovados pelo

enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2 e ainda pelos enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio.

Objetivo específico 4 - Realizar formação em serviço que incorpore um exercício de simulação na UCIP2.

Objetivo específico 5 - Divulgar o Plano de Evacuação

Os objetivos específicos 4 e 5 serão abordados em conjunto, pelo facto das atividades e estratégias planeadas e executadas terem sido realizadas concomitantemente para a concretização dos mesmos.

Atividades e estratégias planeadas:

- Planeamento das sessões de formação em serviço para apresentação e capacitação da equipa na implementação do Plano de Evacuação da UCIP2;
- Elaboração de um plano de sessão para as ações formativas (Apêndice XII);
- Elaboração da apresentação da ação de formação (Apêndice XIII);
- Divulgação da calendarização das ações de formação para a equipa multidisciplinar (Apêndice XIV);
- Apresentação das ações formativas para apresentação da proposta final de Plano de Evacuação da UCIP2;
- Realização de um exercício de simulação de evacuação da UCIP2 que inclua a realização de triagem dos doentes internados na UCIP2 e respetivo registo no “Cartão de Triagem de Doentes” (Apêndice XI) e discussão do “Fluxograma de Evacuação” (Apêndice XV);
- Construção e aplicação de questionário de avaliação das ações de formação e do exercício de simulação (Apêndice XVI).

Recursos humanos: grupo de trabalho constituído pelo enfermeiro-chefe (elo de ligação à gestão de risco clínico), enfermeira orientadora de estágio, enfermeira responsável pela formação em serviço e diretora clínica da UCIP2.

Recursos materiais e tecnológicos: bibliografia diversa; computador; internet; ecrã multimédia; sala de reuniões da UCIP2.

Indicadores de avaliação: divulgação da proposta final de Plano de Evacuação da UCIP2 através da realização de momento formativo e realização de um exercício de simulação a, pelo menos, 50% da equipa multidisciplinar.

De forma a concretizar os objetivos delineados para a implementação de um Plano de Evacuação para a UCIP2, optámos pela realização de ações de formação destinadas à equipa multidisciplinar, que permitissem divulgar o plano e ainda realizar um momento de simulação da triagem dos doentes internados aquando da sessão formativa.

Para tal, elaborámos um plano de sessão onde contam os objetivos, conteúdos apresentados, métodos utilizados, recursos necessários e o tempo previsto para cada parte da sessão (Apêndice XII).

Aquando do planeamento da calendarização das sessões formativas, atendemos ao facto de se objetivar cativar a participação da maioria da equipa multidisciplinar, tendo sido realizado o agendamento no mapa de atividades formativas.

A divulgação das sessões de formação à equipa foi realizada atempadamente através de exposição da calendarização devidamente afixado na sala de reuniões da UCIP2, com cerca de duas semanas de antecedência (Apêndice XIV).

Foram realizadas três ações formativas, em dois dias diferentes e em horários que fomentasse a participação da maior parte dos elementos da equipa, nomeadamente dos elementos na prestação de cuidados no momento da formação, sem comprometer o normal funcionamento do serviço. Num dos dias foram planeadas duas sessões: uma às 13horas e 30 minutos, destinada preferencialmente aos médicos, horário estrategicamente escolhido pela diretora de serviço pela disponibilidade da equipa médica; e outra para as 16horas para todos os elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiros, assistentes operacionais e ainda médicos que não tivessem tido oportunidade de assistir à formação anterior).

O momento formativo foi concretizado através de uma apresentação com recurso ao Microsoft PowerPoint® (Apêndice XIII). De acordo com o plano de sessão, foi apresentada: uma contextualização e justificação da temática; a apresentação do Plano de Evacuação da UCIP2 como norma interna de serviço; os riscos potenciais aos quais a UCIP2 está sujeito; os responsáveis pela ativação do Plano de Evacuação; o “Fluxograma de Evacuação” dos doentes internados na UCIP2; o sistema de triagem dos doentes internados na UCIP2 e respetivo “Cartão de Triagem de Doentes”; o papel e responsabilidades de cada um dos intervenientes e respetivos “Cartões de Ação”; os serviços de refúgio; e a gestão de recursos humanos e materiais.

Foi ainda concretizado um exercício de simulação de evacuação da UCIP2 que incluiu a realização de triagem dos doentes da UCIP2 aquando da sessão de formação, com recurso ao “Cartão de Triagem de Doentes” (Apêndice XI) criado para o efeito, e discussão do “Fluxograma de Evacuação” (Apêndice XV). Trataram-se de sessões muito interativas e dinâmicas, havendo espaço para esclarecimento de dúvidas e momentos de reflexão entre todos os intervenientes.

2.6. AVALIAÇÃO E RESULTADOS

Ruivo, *et al.* (2010, p. 24) considera que “as avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido”, fazendo parte de um processo que se assume como dinâmico, contínuo e rigoroso. A avaliação do produto final exige uma análise e reflexão global de todo o projeto, onde uma comparação entre os objetivos definidos inicialmente e as metas atingidas é parte integrante do processo (Ruivo, *et al.*, 2010).

Por conseguinte, é apresentada a análise das atividades e estratégias determinadas inicialmente e a avaliação dos objetivos propostos.

Objetivo específico 1 - Elaborar uma proposta de Plano de Evacuação para a UCIP2 através de formalização de uma norma interna do serviço.

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final do Plano de Evacuação para a UCIP2 através de formalização de uma norma interna do serviço, aprovada pelo enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2.

As atividades e estratégias delineadas para a apresentação de uma proposta final do Plano de Evacuação para a UCIP2 permitiram a aprovação por parte do enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2, cumprindo-se o objetivo específico proposto. A inclusão de um “Fluxograma de Evacuação” e “Cartões de Ação” revelaram-se instrumentos de elevado destaque, já que permitem a cada elemento da equipa multidisciplinar saber a intervenção e a articulação com os seus pares.

Até à data de elaboração deste relatório, o Conselho de Administração do CHUA acabou por dar o seu parecer positivo, encontrando-se o Plano de Evacuação da UCIP2 publicado na plataforma digital da instituição como norma interna nos quadros de referência institucionais (Anexo III).

Objetivo específico 2 - Criar uma proposta de registo relativa à triagem dos doentes internados aquando da evacuação da UCIP2, em formato de “Cartão de Triagem de Doentes”.

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final de registo de triagem dos doentes internados aquando da evacuação da UCIP2, em formato de “Cartão de Triagem de Doentes”, aprovada pelo enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2.

Foi emitido parecer positivo por parte do enfermeiro-chefe e diretora clínica da UCIP2 aquando da apresentação da proposta final de “Cartão de Triagem de Doentes”, principalmente por se ter alcançado a construção de um instrumento de fácil aplicação por parte dos médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

Objetivo específico 3 - Identificar os recursos materiais necessários à implementação do Plano de Evacuação da UCIP2.

Indicadores de avaliação: apresentação da proposta final de identificação dos recursos materiais necessários à implementação do Plano de Evacuação da UCIP2, aprovados pelo enfermeiro-chefe e pela diretora clínica da UCIP2 e ainda pelos enfermeiros-chefe dos serviços de refúgio.

A integração do inventário de recursos disponíveis no Plano de Evacuação da UCIP2, paralelamente aprovados pelos responsáveis pela unidade e pelos respetivos serviços de refúgio contemplados no plano, permitiu apresentar à equipa multidisciplinar uma listagem atualizada de recursos que viabilizam uma resposta eficaz numa situação de emergência ou catástrofe intra-hospitalar. Desta forma, podemos considerar este objetivo atingido.

Objetivo específico 4 - Realizar formação em serviço que incorpore um exercício de simulação na UCIP2.

Objetivo específico 5 - Divulgar o Plano de Evacuação.

Indicadores de avaliação: divulgação da proposta final de Plano de Evacuação da UCIP2 através da realização de momento formativo e realização de um exercício de simulação a, pelo menos, 50% da equipa multidisciplinar.

Foram realizadas 3 sessões de formação, correspondendo a um total de 30 participantes. Foi definido como indicador de avaliação a divulgação a pelo menos 50% dos elementos da equipa multidisciplinar, pelo que podemos considerar o cumprimento do objetivo proposto, já que os momentos formativos contaram com a presença de 61,2% da população alvo.

Aliado aos momentos formativos, foi ainda instituído um exercício de simulação. Este permitiu uma aprendizagem baseada em cenários realistas, com a sua inerente complexidade, permitindo uma gestão de riscos reais e potenciais de forma segura (Martins, *et al.*, 2014).

Através deste exercício foi possível avaliar, por observação indireta e entrevista em grupo, o comportamento da população-alvo e a forma como os mesmos assimilaram os conteúdos da

formação (Ruivo, *et al.*, 2010). A simulação compreendia uma aplicação dos “Cartões de Triagem de Doentes” internados da UCIP2 naquele preciso momento. Conseguimos constatar que operacionalização dos mesmos decorreu de forma muito positiva, já que os profissionais formandos conseguiram realizar a triagem à cabeceira do doente de forma muito rápida, clara e competente, agilizando o processo de uma hipotética evacuação.

Deste exercício de simulação fazia ainda parte uma reflexão crítica sobre a eficácia e aplicabilidade do “Fluxograma de Evacuação” e dos “Cartões de Ação” incluídos no Plano de Evacuação. Através da realização de uma entrevista em grupo (Ruivo, *et al.*, 2010) foram focados e avaliados pontos-chave incluídos nestes dois instrumentos: “cascata” de ativações e decisões, caminhos de evacuação, serviços de refúgio, gestão de recursos humanos, materiais e terapêuticos. Os retornos foram assertivos e as opiniões foram unânimes relativamente à forma operativa, funcional e descomplicada em que os mesmos estavam construídos, o que na prática se pode traduzir numa evacuação mais organizada e eficiente.

Após cada uma das três ações de formação realizadas, foi solicitado aos formandos que preenchessem uma grelha de “Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando”, tendo sido adaptada de um instrumento de avaliação do CFIC do CHUA (Apêndice XVI). Este questionário debruça-se sobre a pertinência dos conteúdos abordados, mas principalmente sobre a forma como contribuiu para a aquisição de conhecimentos e os seus consequentes contributos para uma prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico e em segurança.

A análise desses dados permitiu-nos inferir que a apreciação global por parte dos formandos foi muito positiva, conforme resultados explanados na tabela seguinte:

Níveis de avaliação: (1- não satisfaz; 2- satisfaz pouco; 3- satisfaz; 4- bom; 5- excelente)	1	2	3	4	5
Formador					
Domínio dos conteúdos e técnicas			3,33%	16,67%	80,00%
Clareza e envolvimento com o grupo			6,67%	16,67%	76,67%
Incentivo dos formandos a participar na ação			3,33%	33,33%	63,33%
Métodos pedagógicos selecionados			3,33%	30,00%	66,67%

Conteúdos Abordados					
Linguagem clara e objetiva				13,33%	86,67%
Identificados os objetivos de forma clara				6,67%	93,33%
Pertinência dos conteúdos				6,67%	93,33%
Utilidade dos conhecimentos adquiridos				3,33%	96,67%
Organização					
Divulgação da formação			3,33%	33,33%	66,67%
Cumprimento do horário previsto			3,33%	13,33%	83,33%
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas			3,33%	13,33%	83,33%
Organização da ação de formação foi eficiente				20,00%	80,00%
Avaliação global da sessão de formação				16,67%	83,33%
Avaliação: (1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente)					
	1	2	3	4	
A realização desta formação, sobre o Plano de Evacuação da UCIP2 contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre o tema			10,00%	90,00%	
A realização desta formação contribuiu para melhorar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados ao doente crítico em situação de emergência interna			10,00%	90,00%	

Tabela 3 - Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando. (Fonte: elaboração própria).

Assim, dados os resultados positivos e a forma congruente como foi admitido que os conteúdos ministrados se relevaram de interesse inegável, conseguimos concluir que as atividades e estratégias escolhidas foram decisivas para alcançar o objetivo a que nos propusemos inicialmente e que consideramos ter sido atingido.

Posto isto, considerando o objetivo geral proposto para o PIP e os objetivos específicos delineados em resposta às necessidades identificadas, podemos considerar que as atividades e estratégias determinadas foram apropriadas, o que motivou a concretização dos objetivos.

No sentido de manter a divulgação do Plano de Evacuação da UCIP2, foi incentivada a realização de momentos formativos informais no seio da equipa, em que se preconiza a simulação de triagem dos doentes internados e sua operacionalização nos “Cartões de Triagem de Doentes” e uma reflexão sobre o “Fluxograma de Evacuação”.

Foi ainda sugerido e aceite que, enquanto se aguardasse pelo parecer do Conselho de Administração e respetiva publicação nas plataformas digitais da instituição, o Plano de

Evacuação da UCIP2 ficasse desde logo disponível em formato papel num 'dossier' estrategicamente localizado no gabinete da diretora de serviço e acessível a todos os profissionais do serviço.

À metodologia de projeto está implícito um conjunto de operações que aspiram à mudança no desempenho organizacional e ainda uma adaptação a essa mesma mudança (Ruivo, *et al.*, 2010). Inevitavelmente, dada a limitação temporal do PIP e dada à imprevisibilidade da natureza do projeto, não foi possível avaliar a alteração na prática da população-alvo em caso de evacuação do doente crítico da UCIP2.

Após divulgação da proposta final do Plano de Evacuação nos momentos formativos, foi assumido pelo enfermeiro-chefe e pela diretora da UCIP2 que esta norma interna de serviço iria ser implementada de imediato, o que reforça de forma muito apreciativa o culminar do PIP. O Conselho de Administração do CHUA acabou por aprovar e publicar a norma interna nos quadros de referência da instituição a 13 de fevereiro de 2020, o que encerrou positivamente os objetivos delineados.

A divulgação dos resultados, com a elaboração deste relatório, assume um papel vital numa investigação, pois como parte integrante de um projeto, passa por dar a conhecer a pertinência do mesmo, o percurso até à sua concretização e os resultados obtidos. Para além de ter a capacidade de servir de alerta para um problema real, também tem o poder de fornecer evidência científica que dá bases sólidas ao conhecimento da enfermagem, o que promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ruivo, *et al.*, 2010). De igual modo, a OE reitera a importância de uma prática de enfermagem que incorpore a melhor evidência científica existente, assumindo “a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem e entende que a Investigação em Enfermagem é um pilar fundamental para alcançar este desiderato.” (OE, 2006, p. 2).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A reflexão crítica e fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEEPSC e Competências de Mestre, será abordada no presente capítulo. Para além dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo do Mestrado em Enfermagem à PSC, será dado especial destaque à Unidade Curricular Estágio Final que decorreu na UCIP2.

O crescimento pessoal e profissional adquirido ao longo deste mestrado vai ao encontro do defendido por Benner (2001), que afirma que se trata de um processo gradual e contínuo que integra no substrato teórico já anteriormente adquirido, um conjunto de aprendizagens experienciais, cuja aquisição se efetua em cenários reais, permitindo a evolução de principiante a perito.

Mais especificamente, no respeitante à prática especializada em cuidados críticos, Benner, *et al.* (2011) destacam uma práxis de elevada complexidade, em que o desenvolvimento de competências específicas é assimilado por produto de associação entre os fundamentos teóricos e os saberes práticos, preenchidos de um forte julgamento clínico e perspicácia, virado para uma gestão de cenários complexos e em constante instabilidade. São nestes pressupostos teóricos que construímos o nosso processo de aquisição e desenvolvimento de competências e que incorpora a experiência como elemento imprescindível.

Desta forma, consideramos que o facto de exercermos a nossa prática clínica na área do doente crítico há 18 anos (Urgência Geral, Urgência Pediátrica e VMER), contribuiu para o desenvolvimento de competências nos cuidados à PSC. Para além disso, e tal como já foi referido anteriormente, fundamentou o processo de reconhecimento e validação de competências por parte do IPP através de apresentação e discussão de um portfólio, que deliberou equivalência ao Estágio em Enfermagem à PSC.

Por competência entende-se a aplicação do saber, habilidades e julgamento e, mais concretamente na ciência da enfermagem, a um desempenho baseado em conhecimentos, compreensão e julgamento clínico, filiados a habilidades cognitivas, técnicas ou interpessoais, acrescidos de atributos e atitudes muito específicos (ICN, 2010).

A OE define que o “enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (OE, 2019a, p. 4745). Acrescenta que ao Enfermeiro Especialista são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados

especializados, envolvendo as dimensões da educação, orientação, liderança e investigação, favorecendo a melhoria contínua da prática da enfermagem (OE, 2019a).

Neste sentido, cumpre recordar que os objetivos e atividades planeadas no desenvolvimento do projeto de estágio e o PIP assentaram na regulamentação da OE, em documentos reguladores referente às competências comuns e competências específicas do EEEPSC (OE, 2019a; OE, 2018a), bem como as competências de Mestre em Enfermagem. Estas últimas estão decretadas em documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, cujo enquadramento legal se encontra no atual Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Universidade de Évora, 2015; Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Por conseguinte,

“O Mestre em enfermagem:

- 1 Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015, p. 27).

Devido ao facto das competências comuns e competências específicas do EEEPSC, e as competências de Mestre em Enfermagem se interrelacionarem em muitos dos seus domínios, a sua análise reflexiva irá ser realizada em conjunto sempre que considerado pertinente.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências comuns ao Enfermeiro Especialista resultam do aprofundamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo definidas pela OE como:

“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p. 4745).

Estas encerram na sua essência os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Posteriormente, estes domínios são desenvolvidos em cada área de especialidade.

• **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

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.

• **Competência de Mestre em Enfermagem:**

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

De forma a desenvolver as competências previamente citadas, foram postas em prática algumas estratégias ao longo do Estágio Final. Considerámos pertinente uma revisão dos conteúdos abordados na Unidade Curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e ainda uma consulta de documentos reguladores da profissão, os quais enquadram a nossa decisão e a responsabilidade profissional, ética e legal instituída. A “Deontologia Profissional”, integrada no estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, apresenta-se como um modelo de boas práticas da autorregulação profissional, aplicável a todos os enfermeiros membros da OE (AR, 2015b). Também o REPE relata no ponto 1 do artigo 8º,

que ao exercício profissional de enfermagem está inerente uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015c).

Nunes (2018) atribui aos enfermeiros o compromisso de cuidar, visando o bem-estar da pessoa, sendo esse “o domínio do agir profissional, onde se juntam a ética da promessa e do compromisso de cuidado profissional. Estes dois alicerces que colocamos, de fundação ética, materializam-se na norma, pois há fundamentos e enquadramento jurídico que os suportam, respetivamente, uma ética e uma deontologia profissional.” (Nunes, 2018, p. 18).

Benner *et al.* (2011) também reiteram a presença da ética embutida no dia-a-dia da prática da enfermagem, embora acrescente que não se possa reduzir essa prática a princípios formais nas tomadas de decisão, mas também numa prática fundamentada em vivências e no julgamento clínico de estar a “fazer o bem” pelo doente.

E dada a complexidade da prestação de cuidados à PSC, nomeadamente numa UCI, local onde decorreu o Estágio Final, que se encontra inundado de recursos tecnológicos e de situações complexas que necessitam de respostas rápidas, todo o suporte ético, legal e deontológico é fulcral na resposta a estes cenários, de modo a não descurar a vertente humana, em que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (AR, 2015b, p. 8078). Este princípio vai ao encontro do ponto 1 do artigo nº 99 da Deontologia Profissional e ainda ao ponto 3 que estabelece como princípio orientador “O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (AR, 2015b, p. 8078). E, sendo a dignidade humana um dos pilares na práxis de enfermagem, tem de estar presente em todas as decisões e intervenções, tal como é abordado no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos que refere que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (Organização das Nações Unidas, 1948, p. 4).

Beauchamp e Childress (2002) defendem que o ponto de partida de qualquer discussão ética deve ser assentar em quatro princípios e na melhor forma de respeitá-los, ajudando na resolução de muitos dilemas éticos: princípio da *autonomia*- direito de agir de acordo com as suas convicções; da *beneficência*- está direcionado para atos que contribuam para o ajudar o outro e o fazer o bem; da *não-maleficência*- dever de não provocar danos intencionalmente; e da *justiça*- dever de dar a cada um o que lhe é devido, com o direito a cuidados iguais. Nesse sentido, aquando da prestação de cuidados à PSC em contexto de estágio, vimos por vezes o princípio da autonomia afetado, nas circunstâncias em que o doente não tinha a capacidade para afirmar a sua vontade, dada a sua vulnerabilidade física. De qualquer modo, procurámos sempre assegurar este princípio, bem como o respeito pela sua intimidade, privacidade e confidencialidade (AR, 2015b) numa prestação de cuidados que se quer holística, no respeito pela individualidade e integridade biopsicossocial, cultural e espiritual de cada doente.

Recordamos a situação de um utente que, dada a sua situação clínica, recusou colaborar na aplicação de uma escala de avaliação do delírio (CAM-ICU²⁷). O doente ficava cada vez mais agitado ao longo da avaliação, pelo que, fazendo cumprir o princípio da não-maleficiência, optámos por suspender essa avaliação, pelo risco de estar a instituir maior instabilidade à situação clínica do doente.

Também a Lei n.º 95/2019, de 04 de Setembro da Lei de Bases da Saúde aprovada (que revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto) reclama estes princípios na sua alínea 1a) da Base 2, assumindo que todas as pessoas têm direito “À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (AR, 2019, p. 56).

Também consideramos ter sido capazes de obedecer ao ponto 2 do artigo 99ª da Deontologia Profissional, que assume que são valores universais do exercício profissional do enfermeiro na relação com o outro a “igualdade”, a “liberdade responsável”, a “verdade e a justiça”, o “altruísmo e a solidariedade”, e ainda a “competência e o aperfeiçoamento profissional” (AR, 2015b, p. 8078). Este último vai ao encontro do Artigo 109.º do mesmo documento regulador, que é alusivo à excelência do exercício, em que o enfermeiro assume o dever de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (AR, 2015b, p. 8080).

No decorrer do estágio deparámo-nos com situações respeitantes à transmissão de informação que mereceram a nossa atenção. Para além do direito das pessoas em serem “informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação” (AR, 2019, p. 56), o enfermeiro também tem o dever de assumir confidencialidade e de sigilo, de acordo com o artigo 106º da Deontologia Profissional (AR, 2015b), nomeadamente aquando da transmissão de cuidados entre enfermeiros, facto que se tentou instituir no seio da equipa. Esta situação pode por vezes levantar alguns problemas éticos, nomeadamente até aquando de pedidos de informações pelo telefone. Por um lado, o enfermeiro tem o dever de “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (AR, 2015b, p. 8079), o que fomenta uma capacitação e tomada de decisão mais consciente (Benner, *et al.*, 2011). Por outro, o enfermeiro não tem como assumir a identidade do interlocutor a questionar as informações clínicas do doente. Nesse sentido, durante o estágio, foram atendidos a estes princípios, já que houve sempre uma procura em quem se constituía como família ou pessoa significativa para o doente, de forma a incluí-la como interveniente no plano terapêutico, não sendo de todo possível transmitir informação confidencial por telefone.

²⁷ CAM- ICU- Confusion Assessment Method (CAM) score for use in ICU patients

Conseguimos assistir à política do envolvimento da família na prestação de cuidados ao doente, nomeadamente aquando do posicionamento ou promoção de medidas de conforto. Trata-se de uma “UCI de Portas Abertas” que promove a presença do familiar durante todo o dia, sendo dada, sempre que possível, a oportunidade de participar na prestação de cuidados, informações enunciadas no Guia de Acolhimento a familiares na UCI.

De qualquer forma, quando surgia alguma situação que poderia gerar algum problema dilemático ou quando detetámos alguma situação que pudesse comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do doente, como foi um caso específico de decisão de limitação terapêutica, suscitámos momentos de reflexão junto da enfermeira supervisora clínica e foram tomadas decisões conjuntas baseadas nos princípios jurídicos e deontológicos, fruto de uma decisão fundamentada no seio da equipa. Estes momentos de partilha revelaram-se de uma mais-valia no nosso crescimento pessoal e profissional.

Ainda relacionado com o dever de o enfermeiro informar o doente e o seu cuidador sobre os cuidados prestados na sua esfera de conhecimentos, consideramos que o trabalho relacionado com a comunicação de más notícias elaborado no âmbito das unidades curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica 1 e Relação de Ajuda, revelaram-se fundamentais na aquisição de conhecimentos e na integração dos mesmos na prática clínica.

Importa ainda acrescentar, que no desenvolvimento destas competências foram atendidos os princípios éticos da investigação no PIP, já que o mesmo foi instituído tendo em conta a confidencialidade e anonimato dos dados, tendo sido ainda solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido aos participantes (Apêndice VIII) e uma autorização pelo Conselho de Administração do CHUA (Apêndice IX; Anexo II).

Posto isto, consideramos ter respondido à aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

• **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

Domínio da Melhoria da Qualidade

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

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

• **Competência de Mestre em Enfermagem:**

5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

A leitura do Plano de Atividades e Orçamento do CHUA de 2019 permitiu-nos perceber que faz parte dos objetivos estratégicos da instituição uma “Aposta continuada na implementação de processos de qualidade assistencial e gestão do risco clínico” (CHUA, 2019b, p. 5), existindo para o efeito uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, que visa a definição e monitorização de indicadores de qualidade clínica. Este objetivo institucional vai ao encontro do compromisso nacional no âmbito dos processos de melhoria de qualidade, de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (MS, 2015a), bem como o Plano Nacional para a Segurança do Doente (MS, 2015b).

A formação contínua do CHUA contempla, neste âmbito, a realização de momentos formativos periódicos no que se refere a Padrões de Qualidade e Gestão de Risco Clínico. Infelizmente, alheio à nossa vontade, e apesar de planeado como atividade a desenvolver no Projeto de Estágio, não tivemos oportunidade de assistir por razões de agendamento institucional.

Após identificação dos principais programas de melhoria em vigor na UCIP2, vimos uma oportunidade de agir no domínio da qualidade e segurança dos cuidados com a construção do PIP, tendo sido identificado como uma necessidade do serviço, mas também a nível institucional, o que proporcionou o desenvolvimento de competências também na área da liderança. Para tal, concebemos a elaboração de uma norma interna pertencente ao quadro de referências da instituição: um Plano de Evacuação para a UCIP2 (Apêndice XI), associado a um sistema de triagem de doentes (Apêndice XII), produto de evidência científica e de uma reflexão sobre a prática dos cuidados.

No decorrer do Estágio Final ainda tivemos oportunidade de assistir a uma formação, no âmbito da formação contínua por parte dos profissionais de saúde da UCIP2 subordinado ao tema “Monitorização Hemodinâmica com Cateter PiCCO”, o que permitiu uma maior fundamentação na prestação de cuidados ao doente crítico (Anexo IV). Neste sentido, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC, regulamentam que, na procura da excelência do exercício profissional e na melhoria da qualidade dos cuidados, é elemento importante a “existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada” (OE, 2015a, p. 17243).

As UCI, consideradas ambientes de elevada complexidade, não só pelo cenário altamente tecnológico, como pela criticidade dos cuidados prestados ao doente crítico, exigem uma resposta adequada e eficaz às constantes alterações da situação clínica do doente (Benner *et al.*, 2011). Para que essa resposta decorra de forma segura e em tempo útil, o nosso investimento também foi direcionado para o conhecimento de normas e protocolos vigentes na UCIP2, para além da procura da melhor evidência associada à prestação de cuidados. Nesse sentido,

pesquisámos ainda sobre manuseamento de equipamentos, recursos materiais, físicos e humanos, produção de cuidados e projetos a decorrer no serviço no âmbito da melhoria da qualidade. Um dos programas está relacionado com o instrumento de avaliação da dor através da Escala BPS (*Behavioral Pain Scale*), aos quais estão inerentes a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas e seu respetivo registo, para posterior avaliação.

O CHUA possui uma Comissão de Gestão de Risco, empenhada na monitorização e consolidação de programas que visam a notificação anónima, num sistema informático, de incidentes ou eventos adversos, nomeadamente respeitantes a quedas, úlceras por pressão ou imobilização dos doentes. Nesta gestão de potenciais riscos para a segurança do doente, durante o Estágio Final tivemos oportunidade de aplicar a Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras por pressão, Escala de Morse para avaliação do risco de queda e a Escala de Guss para avaliação da deglutição, tendo sido planeadas e instituídas intervenções no processo de enfermagem que são avaliadas à posteriori e potencialmente geradoras de melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, no que diz respeito à promoção de um ambiente calmo e seguro, colaborámos em manter este local o mais controlado possível, através da aplicação de estratégias como: identificação do doente através de sistema de pulseira, identificação das colheitas através de sistema informatizado de código de barras, validação de terapêutica e uso individualizado de recursos materiais na unidade do doente.

A adesão dos profissionais aos protocolos e normas vigentes na UCIP2 é clara. Uma das nossas ações passou por uma revisão dos “Feixes de Intervenção” emanados pela DGS: “Prevenção de infeção do local cirúrgico” (DGS, 2015b), “Prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical” (DGS, 2017a), “Prevenção da pneumonia associada à intubação” (DGS, 2015c) e “Prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central” (DGS, 2015d). Nesse sentido, também nós colaborámos em programas de melhoria contínua da qualidade, mantendo um ambiente terapêutico e seguro. Nesta esfera de programas de melhoria da qualidade, colaborámos com um programa em curso na UCIP2, relacionado com a coagulação utilizada na terapia de substituição renal, no qual um dos médicos do corpo clínico, se constitui investigador.

Ainda no âmbito da segurança do doente, numa fase final do estágio, foi implementado um instrumento de passagem de turno baseado na norma emanada pela DGS em 2017, denominada “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017b), e já vigente em norma institucional no CHUA. Através do uso da mnemónica ISBAR²⁸ conseguimos assegurar uma

²⁸ “ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)” (DGS, 2017b, p. 1).

transmissão segura dos cuidados entre os profissionais de saúde, acrescido ainda da elaboração de registos informatizados de forma criteriosa e rigorosa.

O desenvolvimento do PIP deu-nos oportunidade de desenvolver as competências em análise, uma vez que reconhecemos e implementámos uma norma interna que visa a evacuação do doente crítico, de forma a proporcionar uma prestação de cuidados de qualidade e de forma segura. Esta norma foi construída com bases na melhor evidência, indo ao encontro de orientações nacionais vigentes no âmbito da implementação de projetos de melhoria contínua. Não podemos deixar de acrescentar que os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem assumiram destacada relevância, permitindo o desenvolvimento de competências nesta área.

Posto o supracitado, consideramos ter desenvolvido competências no domínio da melhoria da qualidade e na área da disseminação do conhecimento.

• **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

Domínio da Gestão dos Cuidados

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

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

• **Competência de Mestre em Enfermagem:**

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.

É esperado que o Enfermeiro Especialista realize uma “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, adeque “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p. 4748).

De forma a atingir as competências em epígrafe, sentimos necessidade de mobilizar conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica, na área da liderança em Enfermagem. Passou, conjuntamente, por observar e analisar o papel do enfermeiro responsável de turno, tendo sido realizada uma reflexão conjunta com a supervisora clínica. A função de enfermeiro responsável de turno é maioritariamente atribuída a enfermeiros especialistas, mas não exclusivamente, já que a estes enfermeiros são reconhecidas competências que os tornam enfermeiros peritos e de referência para a restante equipa, agindo como agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Benner, *et al.* (2011)

reconhece que são enfermeiros que não se refugiam em normas e procedimentos estáticos, articulando conhecimentos científicos, experiências vividas e, dessa forma, tomam intuitivamente decisões com eficácia e em tempo útil, necessárias num contexto de tão elevada complexidade como a UCI.

Foi possível acompanhar o enfermeiro responsável de turno em várias situações que exigiam as suas orientações. A liderança exercida na UCIP2 era um pouco variada, consoante as diferentes formas de agir dos enfermeiros responsáveis de turno mas, maioritariamente, a postura adotada seguia a Teoria Situacional de liderança em enfermagem. Trata-se de uma liderança centrada no líder, no liderado e na situação, em que o líder traça o caminho que leva ao alcance dos objetivos, os quais dependem das mais variadas contingências e das características da equipa liderada, tentando reduzir as barreiras e os obstáculos com total apoio aos seus pares (Carrara, G. L., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Camelo, S. H., Gabriel, C. S. & Zanetti, A. C., 2017).

Estas premissas vão ao encontro do papel de destaque do líder numa UCI, nomeadamente nas situações urgentes e emergentes, exigindo uma coordenação articulada da equipa de uma forma multifacetada, que incorpora ao conhecimento teórico, prático, científico e ético, às suas habilidades emocionais e de gestão (Gelbcke, F. L., Souza, L. A., Sasso, G. M. D., Nascimento, E. & Bulb, M. B. C., 2019; Benner, *et al.* 2011).

Para além da função de prestação de cuidados ao doente crítico, ao enfermeiro responsável de turno acresce a função de gestão dos cuidados do serviço. A estas, está inerente a gestão de recursos materiais e humanos, através da distribuição de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais no início de cada turno ou sempre que ache pertinente uma reestruturação da equipa, sendo a distribuição baseada na carga de trabalho avaliada retrospectivamente através do Índice TISS-28. Passa por este enfermeiro ter uma visão global do serviço e com capacidades na gestão de conflitos, passando também por ele, tornar o ambiente positivo e favorável à prática.

No sentido de fomentar a aquisição de competências na área da gestão, ainda tivemos a oportunidade de acompanhar o enfermeiro-chefe durante 2 turnos. O enfoque foi dado à conceção de horários, gestão de recursos humanos, requisição e gestão de material clínico, manutenção de equipamentos, articulação com a farmácia e outros serviços, tendo sido considerado por nós um verdadeiro investimento na área da liderança e governação clínica.

Neste processo de gestão de cuidados, também tivemos oportunidade de reconhecer situações em que necessitámos de um apoio mais diferenciado, nomeadamente de uma psicóloga e assistente social da instituição. Foi o caso de uma situação de um jovem em morte cerebral cujo filho menor, angustiado, insistia em querer visitar o pai. A vontade da família foi respeitada, mas com total apoio especializado, promovendo tranquilidade a momentos que se anteviam como geradores de *stress* para a família e equipa multidisciplinar.

Fomos ainda chamados a responder interdisciplinarmente a uma situação de reunião com familiares em que era esperada uma decisão conjunta de limitação terapêutica. Revelou-se um momento importante de reflexão na equipa, onde foi reconhecida a nossa colaboração na tomada de decisões no seio da equipa médica e de enfermagem.

Durante o estágio ainda conseguimos desenvolver as nossas competências na área da delegação de tarefas, às quais estava associada uma supervisão das mesmas, no sentido de nos responsabilizarmos por manter a qualidade e segurança na prestação de cuidados (MS, 2015b).

Embora não tenhamos tido a oportunidade de exercer autonomamente funções de gestão e liderança, o desenvolvimento do PIP envolveu uma mobilização de competências na área da gestão e ainda uma articulação com enfermeiros responsáveis de todos os serviços intervenientes no Plano de Evacuação da UCIP2. Tornou-se um projeto desafiante que exigiu múltiplas reuniões e uma eficaz gestão de recursos humanos e materiais, cumprindo-se o programado no cronograma previsto para o PIP.

Face ao descrito, consideram-se adquiridas as competências mencionadas.

• **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

A OE considera que esta capacidade de autoconhecimento é central na prática da enfermagem, já que aos níveis singular, profissional e organizacional, interfere nas relações terapêuticas e profissionais que tem durante a sua prática (OE, 2019a).

Sentimos necessidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Relação de Ajuda, onde utilizámos técnicas de comunicação na resolução de situações de crise vivenciadas ao longo da nossa prática clínica.

Ao analisarmos as competências comuns do Enfermeiro Especialista, podemos verificar que as mesmas se reportam à importância da relação de ajuda, numa parceria entre enfermeiro e doente (OE, 2019a). Phaneuf (2005) refere que sem relação de ajuda os cuidados desumanizam-se e a atuação do enfermeiro perde significado. Trata-se de uma relação em que, para o enfermeiro conseguir agir no momento de crise, carece de ter um autoconhecimento de si próprio, consciencializar-se do seu papel dentro desta relação e estar seguro dos fundamentos teóricos que possui e que sustentam a sua prática (Chalifour, 2008).

Tendo como principal referencial de prática clínica o contexto de urgência, tornou-se um grande desafio a prestação de cuidados num serviço de complexidade muito superior, cujas

intervenções exigem efetividade e, muitas vezes, estratégias de *coping*²⁹ necessárias à gestão de sentimentos e de situações geradoras de desgaste emocional, nomeadamente as que implicam risco de vida (Benner, *et al.*, 2011).

Apesar do desafio constante do ambiente altamente tecnológico, consideramos que a experiência passada com a PSC revelou-se favorável à resposta às múltiplas situações em contexto de crise. Tal como Benner *et al.* (2011) defendem, as competências relacionais andam a par e passo com as competências técnicas, motivando uma prestação de cuidados humanizada.

Uma autoanálise do dia-a-dia e uma reflexão conjunta com a supervisora clínica acerca do nosso comportamento e atitudes, apresentou-se como uma mais-valia. Foi reconhecido por nós, no início do estágio, uma necessidade de gestão de sentimentos que poderia influenciar a relação profissional. As nossas reservas e inseguranças, como características pessoais, relativamente a uma intervenção verbal no seio da equipa, acabou por ser ultrapassado no decorrer do estágio. Curiosamente, esta introspeção, anuiu que esta personalidade e este comportamento mais retraído nunca se revelou junto dos doentes e seus familiares, facilitando o processo do cuidar que sempre decorreu de forma assertiva e humanizada.

Dado o exposto, consideramos ter desenvolvido competências nesta área.

• **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

• **Competência de Mestre em Enfermagem:**

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.

O Enfermeiro Especialista deve possuir um corpo de conhecimentos atualizados e competências que lhe permitam identificar problemas reais e potenciais e uma eficaz abordagem à resolução das necessidades identificadas no doente crítico (Benner, *et al.*, 2011). Dessa forma, o enfermeiro deve integrar conhecimentos provenientes de formação contínua e posteriormente integrá-los na prática, sendo reconhecido que é desta associação que surgem as aprendizagens.

²⁹ *Coping*: estratégias para lidar com determinadas situações.

Durante o estágio, para além de ter sido necessária uma atualização constante de conhecimentos, com revisão da melhor evidência, de forma a alcançar um exercício profissional fundamentado, foi ainda possível realizar uma reflexão sobre o forte sentido de julgamento clínico que os enfermeiros peritos possuem, sendo estes geradores de aprendizagens no seio da equipa, o que proporciona a disseminação do conhecimento (Benner, *et al.*, 2011).

O desenvolvimento do PIP, do qual fez parte a construção de um Plano de Evacuação da UCIP2, exigiu a realização de uma revisão integrativa da literatura estruturada em forma de artigo científico (Apêndice III), que levou à busca de evidência relativa às intervenções que estão inerentes aos profissionais que prestam cuidados ao doente crítico numa UCI, em caso de evacuação urgente. Para tal, munimo-nos dos conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem.

Integrado no PIP foram também realizadas ações de formação em serviço (Apêndice XIV) como estratégia de divulgação do Plano de Evacuação da UCIP2 e respetivo “Cartão de Triagem de Doentes”, que contou com uma adesão de 61.2%, cumprindo-se o objetivo de ter contribuído para a disseminação do conhecimento e formação dos pares. Para alcançar este propósito, contámos com os conteúdos adquiridos na Unidade Curricular de Formação e Supervisão em Enfermagem.

Como enfermeira a exercer funções atualmente no Serviço de Gastrenterologia do CHUA-UHP, e durante a realização do Estágio Final, tivemos oportunidade de integrar a comissão científica do 6º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros através da moderação de uma “Mesa de Hepatologia” (Anexo V), o que permitiu desenvolver as competências na área da formação e disseminação de conhecimento. Neste âmbito, ainda participamos anualmente como formadores em pelo menos uma formação por ano no serviço de Gastrenterologia, a par de múltiplas formações como formandos nesta área.

Durante o mestrado tivemos oportunidade de assistir como formandos às “V Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos”, organizados pela UCIP2 (Anexo VI), tendo tido oportunidade de ter participado no *workshop* intitulado “Terapia de Alto Fluxo” (Anexo VII), conseguindo adquirir de forma sólida, conhecimentos que se revelam de extrema utilidade durante o Estágio Final.

Durante este período, e em contexto de uma revisão integrativa da literatura elaborada para a Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem, em formato de artigo científico intitulado “Ventilação Não-Invasiva no Doente Idoso com DPOC”, vimos o mesmo ser publicado numa revista científica (Anexo VIII). Dessa investigação, ainda foi produto um póster com o mesmo título, apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019 (Apêndice XVIII, Anexo IX).

Face ao exposto, sentimos ter atingido as competências em análise.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

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

No que concerne à prestação de cuidados de enfermagem à PSC, podemos inferir que o seu caráter complexo resulta de uma necessidade de “detecção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos” (OE, 2018a, p. 19360). Tratam-se de ações de caráter urgente e emergente, com poucas margens de erro, que exigiram uma mobilização de competências em resposta a múltiplas situações de instabilidade, tendo sido fundamental o reconhecimento antecipatório da deterioração do estado clínico e a implementação de intervenções corretivas de forma eficaz (Benner, *et al.*, 2011).

Para além da aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo das diversas unidades curriculares do mestrado, foram desenvolvidas atividades que fomentaram a aquisição de competências na prestação de cuidados à PSC com uma multiplicidade de processos de doença médico-cirúrgica ou de falência multiorgânica.

A nossa experiência no serviço de urgência e VMER permitiu-nos no dia-a-dia gerir cenários complexos de doença e trauma em ambiente extra-hospitalar, assentes não só em protocolos, mas em tomadas de decisão em equipa, na base de uma boa comunicação multidisciplinar e numa relação dinâmica entre médico e enfermeiro.

Ao longo do Estágio Final tive oportunidade de experienciar uma prestação de cuidados de enfermagem num ambiente com elevados recursos tecnológicos, muitos dos quais não estava familiarizada, mas os quais tive oportunidade de aperfeiçoar, entre eles:

- monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva;
- monitorização com recurso a cateter PiCCO;
- avaliação de pressão venosa central;
- avaliação da pressão intra-abdominal;
- entubação endotraqueal e extubação endotraqueal;
- ventilação invasiva e não invasiva;
- colocação e manutenção de uma traqueotomia percutânea;
- oxigenoterapia de alto fluxo;

- cinesiterapia respiratória com apoio ao *cough assist*;
- terapias de substituição renal;
- colocação, manutenção e remoção do cateter venoso central (CVC) e cateter arterial;
- realização e interpretação de gasometria arterial;
- monitorização do nível de consciência pelo índice bispectral (BIS);
- monitorização neuromuscular: *TOF*³⁰;
- cuidados inerentes à realização de decúbito ventral;
- drenagens torácicas e abdominais;
- realização de pensos cirúrgicos complexos;
- gestão de terapêutica de forma diferenciada.

Reconhecemos que nesta vertente técnica foi um campo de estágio que proporcionou uma prestação de cuidados muito especializada.

Além do mais, tal como já foi referido, a adesão a normas e protocolos terapêuticos vigentes no serviço está estabelecida, tendo a oportunidade de os colocar em prática, dos quais salientamos: desmame ventilatório; controlo da normotermia pós-paragem cardiorrespiratória; administração de insulina; gestão de dor; agitação e delírio; terapias de substituição renal com anticoagulação com citrato.

Surgiram, como expectável, situações que exigiram uma atuação imediata e uma multiplicidade de intervenções complexas, como foi o caso de uma reanimação cardiorrespiratória em que, de forma proactiva, participámos num trabalho em equipa, com uma resposta organizada, eficaz e sob uma liderança que conseguiu, em conjunto, intervir oportunamente e resolver com sucesso aquela situação de crise. Neste sentido, recorrer a protocolos uniformizados e do conhecimento de todos, contribui para uma boa coordenação entre os elementos da equipa e ainda uma prestação de cuidados mais segura e de qualidade, sendo reconhecido que a sabedoria clínica oriunda da experiência prática tem forte componente no sucesso das intervenções (Benner, *et al.*, 2011).

O cenário complexo inerente a uma transferência intra-hospitalar para a realização de meios complementares de diagnóstico ou admissões provenientes do Bloco Operatório também foi vivenciado, acarretando um pensamento crítico baseado em ações antecipatórias, relacionados com equipamento e estado hemodinâmico do doente. São sempre momentos de alguma tensão pelos riscos associados, exigindo uma perfeita coordenação e comunicação entre a equipa multidisciplinar.

³⁰ *TOF- train-of-four*: realização de uma série de 4 estímulos nervosos que procuram a profundidade do bloqueio neuromuscular (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 2018)

Tal como já foi referido anteriormente, a UCIP2 desenvolveu uma política de envolvimento da família na prestação de cuidados e na tomada de decisão, indo ao encontro do recomendado pela OE, que preconiza uma otimização de um ambiente favorável e o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz (OE, 2015a).

De forma autónoma, tivemos oportunidade de nos envolver com os familiares desde o momento do acolhimento. Passou não só pelo esclarecimento de dúvidas na nossa esfera de conhecimentos, como pelo proporcionar uma prestação de cuidados de conforto ao seu familiar, como foi o caso do posicionamento e massagem corporal. Para além disso, promovemos a sua participação em processos complexos de tomada de decisão, o que exigiu da nossa parte uma comunicação eficaz e uma “gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica” (OE, 2015a, p. 17242).

Neste âmbito, inserem-se ainda a gestão emocional nas situações de fim de vida, em que reconhecemos a necessidade de focar a nossa atenção nos familiares e no seu processo de luto, prestando apoio emocional. Como já foi referido anteriormente, a mobilização dos conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Médico-Cirúrgica 1 e Relação de Ajuda revelaram-se fundamentais na sustentação de uma relação empática, dados os instrumentos que nos foram lecionados para desempenhar tão difícil tarefa. Relembramos uma ocorrência em que fomos chamados a colaborar, juntamente com a diretora clínica, na comunicação de más notícias a familiares. Tratou-se uma situação bastante complexa que envolvia um doente muito jovem em estado vegetativo e com muito mau prognóstico. O facto de termos sido envolvidos neste processo, e posteriormente termos tido a oportunidade de transmitir este difícil contexto aos restantes elementos da equipa, revelou-se bastante enriquecedor, em que o uso de recursos na área da comunicação de más notícias se afirmaram como essenciais.

Também a comunicação com o doente crítico, em contexto de UCI, está muitas vezes comprometida, associada a processos de sedação e/ou curarização, entubação endotraqueal, traqueostomia ou outros. Sabendo que se torna imperativo para o enfermeiro a gestão assertiva desta situação, acabámos por definir estratégias capazes de minimizar a frustração e desconforto do doente, na impossibilidade de ver as suas necessidades respondidas, promovendo a comunicação escrita, visual ou gestual.

Perante a fundamentação apresentada, consideramos ter atingido as competências específicas em análise.

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

A ocorrência de cenários de catástrofe ou de exceção ocorrem diariamente por todo o mundo, expondo-se como uma ameaça à saúde pública pelo enorme impacto dramático em termos de mortes, feridos, danos e destruição de infraestruturas, sofrimento de indivíduos, famílias e comunidades e ainda perdas de meios de subsistência (WHO, ICN, 2009).

É reconhecido pela WHO e ICN que a existência de pessoal qualificado, pronto a lidar nestes cenários complexos, a participar na preparação e recuperação do evento é uma exigência, sendo atribuídas aos enfermeiros, as competências necessárias para responder de forma rápida e eficiente, numa tentativa de diminuir a vulnerabilidade às quais a comunidade está sujeita (WHO, ICN, 2009). De igual forma, a OE espera que o EEEPSC tenha a capacidade de conceber, planear e gerir uma resposta a uma situação de crise de forma sistematizada, eficaz e eficiente (OE, 2018a).

Sendo acontecimentos súbitos e tendencialmente imprevisíveis, que podem atingir nomeadamente as estruturas de resposta a cenários de catástrofe, como é o caso das unidades de saúde, é exigida uma preparação prévia, de forma a tentar minimizar os danos já por si devastadores.

Assim, é reconhecida a importância de implementação de um plano de emergência nos hospitais que contemple planos de evacuação de cada serviço integrados num plano de emergência geral. Uma descrição dos riscos potenciais, dos recursos humanos e materiais disponíveis e um plano de atuação bem organizado com uma estrutura de comando estabelecida, torna-se fundamental na preservação da vida humana, do ambiente e do património (Rico, *et al.*, 2015; CHUA, 2018a).

Uma das atividades desenvolvidas para dar resposta a esta competência, foi a leitura do Plano de Catástrofe Externa do CHUA e o Plano de Contingência da UCIP2. Estes 2 documentos revelaram-se importantes no sentido de perceber de forma mais lata a resposta a uma catástrofe. No entanto, não conseguem responder à eventualidade do cenário de crise ou de emergência atingir a própria unidade hospitalar ou a UCIP2, em particular.

A pesquisa da melhor evidência na área, realizada através de uma revisão integrativa da literatura relativa às intervenções dos profissionais em caso de evacuação de uma UCI, teve como produto um artigo subordinado ao tema “Evacuação do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos” (Apêndice III).

A implementação do PIP durante o Estágio Final e sua divulgação, cujo objetivo principal era a capacitação da equipa multidisciplinar da UCIP2 em caso de evacuação, permitiu-nos conceber um plano devidamente organizado, com um “Fluxograma de Evacuação” e “Cartão de Triagem de Doentes” estruturados, imperativos numa resposta o mais metódica e sistemática possíveis num evento de crise. Todo o seu desenvolvimento está amplamente descrito no capítulo 2 deste relatório. Esta experiência permitiu-nos desenvolver o pensamento na ação

explorado por Benner *et al.* (2011), que melhora a qualidade dos cuidados prestados de forma intuitiva.

Ainda na exploração desta competência, destacamos a participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019 como autores e preletores do póster: “A Simulação como Preparação para a Catástrofe” (Apêndice XIX, Anexo X).

Outra forma que presumimos ter dado ferramentas para a concretização desta competência foi a presença como formandos numa “Formação Prática de Extintores” relacionada com a segurança contra incêndios, promovida pelo Centro de Formação e Investigação do CHUA (Anexo XI).

Como elementos integrantes do dispositivo planeado para o exercício à escala real do Aeroporto Internacional de Faro (AeroFaro'20), tivemos oportunidade de participar numa simulação que incluía a resposta da VMER do Barlavento, onde exercemos funções, a uma situação de catástrofe. O mesmo envolvia um cenário de explosão de bomba numa aeronave com mais de 70 vítimas, envolvendo uma resposta assertiva, que incluía triagem primária, triagem secundária, instituição de tratamento num Posto Médico Avançado e encaminhamento de vítimas, em perfeita articulação com a Proteção Civil e Forças de Socorro, Forças de Segurança e ANA- Aeroportos de Portugal (Anexo XII).

Face ao exposto, e dado que toda a conceção do PIP ter sido mais desenvolvida no âmbito da competência específica em análise, consideramos tê-la adquirido em pleno.

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

“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.” (DGS, 2007, p. 4). Estas são um problema inerente às unidades hospitalares, mas mais especificamente às UCI, sendo considerado o serviço hospitalar com maior prevalência de IACS (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019).

Dada a instabilidade hemodinâmica ou falência multiorgânica da PSC e o inerente recurso a dispositivos avançados e invasivos, resistência a antimicrobianos e uso frequente de antibióticos, é considerado que uma significativa proporção das IACS nas UCI podem ser prevenidas (ECDC, 2019). Neste sentido, a OE considera que o EEEPSC deve responder

“eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos” (OE, 2018a, p. 19362).

A DGS emite anualmente um relatório de atividades do PPCIRA, último emitido em novembro de 2018, onde pretende alertar para a “necessidade de se melhorar a vigilância epidemiológica e de se investir na informação transmitida aos profissionais de saúde e aos cidadãos em geral” (DGS, 2018, p. 3). Os dados deste relatório apontam para as principais causas de infeção em contexto de UCI, das quais se destacam a Pneumonia Associada ao Ventilador, Infeções do Local Cirúrgico e Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (DGS, 2018).

Por forma a ter uma melhor noção da realidade hospitalar e em particular da UCIP2, realizámos uma entrevista exploratória ao GCL-PPCIRA, para perceber de que forma são realizadas as auditorias ao serviço, como são colhidos os dados ou emitidas as orientações em vigor e qual o papel dos elos de ligação, demonstrando-se uma reunião próspera na colheita de informação. Percebemos que, semanalmente, são realizadas reuniões do corpo clínico com a médica pertencente ao GCL-PPCIRA onde se discute a adequação/duração da antibioterapia, entre outras não conformidades ou indicações relacionadas com o controlo de infeção. O elo de ligação ao GCL-PPCIRA da UCIP2 realiza várias auditorias anualmente, nomeadamente na área das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, como é o caso da Higienização das Mãos (DGS, 2019b), comunicando-os posteriormente à equipa. Este elemento aproveita estes momentos formativos para reforçar normas emanadas nas diversas áreas de destaque, tanto pela DGS como pelo CHUA, como é o caso da Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (DGS, 2017c; GCL-PPCIRA, 2019), da Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (DGS, 2015e), ou de qualquer nova orientação emanada pelo GCL-PPCIRA.

Conseguimos perceber que a UCIP2 integra um programa de melhoria de qualidade denominado HELICS-UCI, criado originalmente pela ECDC com o objetivo de monitorizar a incidência de infeção neste contexto de cuidados, com o qual tivemos oportunidade de contribuir com registos criteriosos.

Tornou-se para nós pertinente a consulta de conteúdos lecionados na Unidade Curricular de Médico-Cirúrgica 5 e ainda mantermo-nos atualizados relativamente às normas em vigor através de uma revisão de alguns documentos relativos à temática.

Na importante leitura das orientações emanadas pela DGS, que seguem as orientações europeias, nomeadamente dos quatro “Feixes de Intervenção” já referidos anteriormente, destacámos a “Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central” (DGS, 2015d).

Após entrevista exploratória junto do enfermeiro-chefe da UCIP2 constatámos que a equipa investe e adere na área da prevenção das IACS, tendo normas e protocolos em vigor elaborados

com base nas normas nacionais. Revelámos que a prevenção das IACS em contexto de UCI era uma área do nosso interesse, dadas as competências a desenvolver neste âmbito. Posteriormente, tivemos oportunidade de realizar várias observações informais através da aplicação dos instrumentos de auditoria clínica dos 4 “Feixes de Intervenção”. A intervenção que foi identificada como em incumprimento foi a da “Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central”, apesar do relatório anual de indicadores de qualidade da UCIP2 revelar uma taxa de infeção da corrente sanguínea relacionada com CVC de 0.00% (CHUA, 2019c). Aquando do preenchimento dos critérios no momento da manutenção do cateter venoso, foi evidenciado que havia uma incongruência no 1º critério avaliado: “Existe evidência de que é avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central no doente” (DGS, 2015d, p. 6).

Após análise atenta da norma de procedimento de enfermagem vigente no serviço desde 2018, relativa à “Intervenção de Enfermagem ao Doente com Cateter Venoso Central”, detetámos que, apesar da adesão de todos os profissionais à mesma, cumprindo criteriosamente todos os critérios relativos à colocação e manutenção do dispositivo, esta não contemplava o critério de validação diária da necessidade de manutenção do CVC e seu respetivo registo, com comprometimento da norma da DGS (DGS, 2015d).

A identificação dessa oportunidade de melhoria levou-nos à construção de um registo informático na plataforma existente na UCIP2 (B-ICU Care®) cujo objetivo é avaliar diariamente a necessidade de manutenção do CVC (Apêndice XX). Após aprovação do enfermeiro-chefe, procedeu-se à divulgação desta medida, que acabou por ser realizada em contexto de passagens de turno, sendo caracterizada pelos profissionais como um critério fundamental no alcance das boas práticas e melhoria da qualidade dos cuidados.

No âmbito da segurança do doente em meio hospitalar, relacionado com a prevenção de IACS no percurso do doente no serviço de Gastrenterologia do CHUA-UHP, destacamos a elaboração de um póster intitulado “Ambiente Seguro”, que mereceu a menção de “Melhor Poster” no 6º Curso Anual de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros (Apêndice XXI, Anexo XIV).

Procurámos aplicar os conhecimentos adquiridos e cumprir as recomendações relativas à prevenção e ao controlo das IACS, tendo sido motivo de reflexão frequente com a enfermeira orientadora de estágio, e conseqüente incremento da segurança do doente e da qualidade dos cuidados.

Consideramos que demonstrámos capacidade de liderança na conceção de medidas de prevenção e controlo de infeção direcionados para a PSC.

• **Competência de Mestre em Enfermagem:**

4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Baseada na análise das evidências descritas ao longo deste capítulo, e considerando que as competências acima descritas são indissociáveis das atividades realizadas para desenvolver as competências comuns e específicas de EEEPSC, concluímos que estas foram igualmente atingidas.

CONCLUSÃO

Este relatório reflete o percurso desenvolvido ao longo do curso de mestrado e especialização em EMC com área de intervenção na PSC, com especial realce para a Unidade Curricular Estágio Final, onde integrámos os conteúdos abordados nas diversas unidades curriculares no desenvolvimento de competências comuns, especializadas e de Mestre em Enfermagem.

Este desenvolvimento de corpo de conhecimentos, aptidões e tomadas de decisão, permite uma prestação de cuidados ao doente crítico de forma holística, baseada em evidência científica e experiência clínica, integrando os quatro metaparadigmas na nossa práxis: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Com a elaboração do projeto, conseguimos inferir que deve ser fomentada a investigação em Enfermagem na área da prevenção, planeamento e atuação em caso de emergência ou catástrofe intra-hospitalar, promovendo uma cultura de segurança no seio das instituições.

A apreciação do contexto da UCIP2, local onde decorreu o Estágio Final, permitiu perceber a conjuntura em que foi desenvolvido o PIP, onde conseguimos constatar a sua adequação às atividades e estratégias propostas na aquisição de competências.

No segundo capítulo tivemos oportunidade de descrever as diferentes fases do PIP desenvolvido assente na metodologia de projeto. Para além de termos identificado a problemática relacionada com a segurança do doente, foi diagnosticada a necessidade de conceção de um Plano de Evacuação para a UCIP2. Sem este último, a atuação dos profissionais perante uma emergência ou catástrofe intra-hospitalar é baseada na improvisação, dando espaço ao caos e, possivelmente, a danos irreversíveis na esfera do doente e família, profissionais, mas também a nível institucional. A construção de um instrumento que identificou os riscos aos quais a UCIP2 estava sujeita e que contemplou o recurso a uma triagem de doentes uniformizada, devidamente alicerçada numa revisão integrativa da literatura, revelou-se fundamental nos momentos da formação e de exercícios de simulação realizados à equipa multidisciplinar, tornando o processo de capacitação da equipa mais fácil.

A proposta de “Plano de Evacuação da UCIP2”, “Cartão de Triagem de Doentes” e respetivo registo, foram unanimemente aceites, reconhecidos como instrumentos fundamentais na operacionalização de uma evacuação da UCIP2 e, conseqüentemente, na promoção da qualidade dos cuidados e da segurança do doente. Tal como já foi referido anteriormente, dada a raridade e imprevisibilidade dos eventos de emergência ou catástrofe intra-hospitalar, não foi possível avaliar o grau de eficácia da proposta desenvolvida durante o Estágio Final. Não obstante, foi fomentada a realização de exercícios de simulação que incluíssem a triagem à

cabeceira doente e respetivo registo nos cartões de triagem, bem como uma reflexão sobre o “Fluxograma de Evacuação” e “Cartões de Ação”. Estes momentos formativos e de simulação têm a capacidade de desenvolver uma forte perceção de liderança, coordenação, adaptação e gestão em cenários de catástrofe, responsabilizando e capacitando os profissionais da UCI. A autorização burocrática por parte do Conselho de Administração do CHUA-UHP foi emitida logo após o término do Estágio Final, tendo sido reconhecido também a nível institucional a pertinência do PIP, o que deu como concluída a sua implementação.

Posto isto, atendendo à linha de investigação que norteou a desenvolvimento do PIP “Segurança e Qualidade de Vida”, concluímos que este conduziu a uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à PSC, na tentativa de assegurar uma simplificação, eficácia e fluidez no processo de evacuação de uma UCI.

A Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Benner, *et al.* (2011) que ancorou o desenvolvimento do PIP e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, revelou-se como o referencial teórico que conseguiu explicar a atuação do enfermeiro numa UCI com um categórico papel aglutinador das sinergias no seio da equipa multidisciplinar. O seu forte juízo clínico, capacidade comunicacional e de liderança e dotação de competências sustentadas em experiências, conferem-lhe um corpo de conhecimento especializado e adequado ao ambiente complexo de uma unidade, acrescido das dificuldades inerentes a um cenário de crise.

Uma análise crítica e reflexiva permitiu-nos demonstrar a forma como adquirimos as competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas em Enfermagem à PSC e de Mestre em Enfermagem, incorporando às aprendizagens um sólido enquadramento legal e ético, essenciais para a melhoria contínua da nossa prática.

Com a elaboração deste Relatório consideramos ter alcançado os objetivos delineados inicialmente. Esta etapa final assumiu-se como vetor importante no nosso desenvolvimento pessoal e profissional, esperando conseguir contribuir na busca da melhor evidência na área da PSC. Encarámos esta etapa como um novo desafio e uma forma de contribuir para a ciência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Assembleia da República [AR] (2015a). Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto: Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149, 5311-5326.
- Assembleia da República [AR] (2015b). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Código Deontológico inserido no Estatuto da OE republicado como anexo. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181, 8059-8105.
- Assembleia da República [AR] (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 55-66.
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2017). *Regulamento do Estágio Final e do Relatório do Mestrado em Enfermagem*. Disponível em <http://gdoc.uevora.pt/480489>.
- Autoridade Nacional da Proteção Civil [ANPC] (2016). *PEIS: Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado* (1.ª ed.). Lisboa, Portugal: Autoridade Nacional da Proteção Civil.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2002). *Princípios de Ética Biomédica* (4.ª ed.) São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2.ª ed.). New York, United States of America: Springer.
- Carrara, G. L., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Camelo, S. H., Gabriel, C. S. & Zanetti, A. C. (2017). A Utilização De Instrumentos Para Avaliação Da Liderança nos Serviços de Saúde e Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 3(38), 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0060>.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2018a). *Plano de Segurança Interno*. Portimão, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2018b). *Norma hospitalar NH 13/CHUA de 12 de abril: Investigação*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2019a). *Relatório de Gestão e Contas 2018*. Faro, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2019b). *Plano de Atividades e Orçamento 2019*. Faro, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2019c). *Relatório de Indicadores de Qualidade da UCIP2*. Portimão, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2019d). *Plano de Catástrofe Externa – Unidades Hospitalares de Portimão e Lagos*. Portimão, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Volume 1). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Childers, A. K. (2010). *Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility* (Tese de Doutoramento). Clemson University, Clemson, South Carolina, United States of America.
- Childers, A. K., Mayorga, M. E. & Taaffe, K. M. (2013, março). Prioritization strategies for patient evacuations. *Health Care Management Science*, 1(17), 77-87. doi: [10.1007/s10729-013-9236-0](https://doi.org/10.1007/s10729-013-9236-0).
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). *Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010b). Circular normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de junho: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015a). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015b). *Norma n.º 020/2015 de 15 de dezembro: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015c). *Norma n.º 021/2015 de 16 de dezembro (versão atualizada a 30/05/2017): “Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015d). *Norma n.º 022/2015 de 16 de dezembro: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015e). *Norma 018/2014 atualizada a 27 de abril de 2015: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017a). *Norma n.º 019/2015 de 15 de dezembro (atualizada a 30/05/2017): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017b). *Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos. Recomendação: prevenção da transmissão de Enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos*. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018). *Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário 2018*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019b). *Norma n.º 007/2019 de 16 de dezembro: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Escola Superior de Saúde [ESS] (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos (2.ª versão)*. Portalegre, Portugal: Instituto Politécnico de Portalegre.
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2019, outubro). *Annual epidemiological report for 2017*. In *European Centre of Disease Prevention and Control*. Disponível em https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf.

- Fawcett, J. (2005, abril). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quaterly*, 18(2), 131-135. doi: <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>.
- Gelbcke, F. L., Souza, L. A., Sasso, G. M. D., Nascimento, E. & Bulb, M. B. C. (2019, janeiro-fevereiro). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1(64), 136-139.
- Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA] (2019). *Norma de procedimento n.º 25//CCI de 14 de fevereiro: Prevenção e Controlo de colonização e infeção por Enterobacteriaceas resistentes a carbapenemes*. Portimão, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- International Council of Nurses [ICN] (2010). Scope of Nursing Practice and Decision-Making Framework Toolkit. In *International Council of Nurses*. Disponível em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2010_ICN%20Scope%20of%20Nursing%20and%20Decision%20making%20Toolkit_eng.pdf.
- International Council of Nurses [ICN] (2019). *Core competencies in disaster nursing: version 2.0*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Joanna Briggs Institute [JBI] (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Austrália: Joanna Briggs Institute.
- King, M., Dorfman, M., Einav, S., Nivem, A., Kissoon, N. & Grissom, C. (2015, agosto). Evacuation of Intensive Care Units During Disaster: Learning From the Hurricane Sandy Experience. *Disaster Medicine and Public Health*, 1(10), 20-27. doi: <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.94>.
- King, M., Niven A., Beninati W., Fang, R., Einav S., Robinson L., Kissoon N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C. (2014, agosto). Evacuation of the ICU-Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters. *Chest*, 4(146), 44-60. doi: 10.1378/chest.14-0735.
- Löfqvist, E., Oskarsson, A., Brandstrom, H., Vuorio, A. & Haney, M. (2017, março). Evacuation Preparedness in the Event of Fire in Intensive Care Units in Sweden: More is Needed. *Prehospital Disaster Medicine*, 3(32), 317-320. doi: <https://doi.org/10.1017/S1049023X17000152>.

- Martins, J., Mazzo, A., Mendes, I., & Rodrigues, M. (Orgs.) (2014). *A simulação no ensino de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ministério da Administração Interna (2008). Portaria n.º 1532/2008 de 29 de dezembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 250, 9124.
- Ministério da Saúde [MS] (2015a). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553.
- Ministério da Saúde [MS] (2015b). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 28, 3882-(2), 3882-(10).
- Ministério da Saúde [MS] (2017a). Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 162, 4971-4974.
- Ministério da Saúde (2017b). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. Lisboa, Portugal: República Portuguesa Saúde.
- Montán, L., Riddez, L., Lennquist, S., Olsberg, A., Lindberg, H., Gryth, D. & Örténwall, P. (2017, agosto). Assessment of hospital surge capacity using the MACSIM simulation system: a pilot study. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 43, 525–539. doi: [10.1007/s00068-016-0686-1](https://doi.org/10.1007/s00068-016-0686-1).
- Murphy, G. & Foot, C. (2011, maio). ICU fire evacuation preparedness in London: a cross-sectional study. *British Journal of Anaesthesia*, 5(106), 695-698. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aer033>.
- Nunes, L. (2013, julho). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.
- Nunes, L. (2015, abril). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 1(23), 187-199.
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2.ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2.^a Série, n.º 79, 10087 - 10090.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 123, 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015c). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018a). Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 135, 19359-19370.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018b). Parecer n.º 15/2018 de 2 de julho: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 26, 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro: Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 184, 128-155.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2019). *Patient Safety*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., Grossi, S., Silva, M., Cruz, V. & Ducci, A. (2005, junho). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, 2(39), 229-233. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>.

- Palacios, M. S., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V. (2010, abril). *Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. Medicina Intensiva*, 3(54), 198-202. doi: 10.1016/j.medin.2009.05.005.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- 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.
- Rico, D. M., Rico, E., Castanón, G. & Veja, G. (2015). *Rol enfermero en la evacuación de cuidados intensivos. Nurses role in the evacuation of the intensive care unit*. Departamento Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Oviedo, Espanha.
- Romero, D., Martín-Santana, J., Santana-Padilla, Y. & Santana-Cabrera, L. (2018, outubro). Perception of the level of preparation of intensive care personnel on the self-protection plans. *Medicina Intensiva*, 7(42), 454-456.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38.
- Sousa, J. P. (2012, janeiro-fevereiro). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Acta Médica Portuguesa*, 25(1), 37-43.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Universidade de Évora [EU] (2015). NCE/14/01772 – Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de estudos. Disponível em <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>.
- Universidade de Évora [UE] (2016). Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 84, 13881-13888.
- Vugrin, E., Verzi, S., Finley, P., Turnquist, M., Griffin, A., Ricci, K. & Wyte-Lake, T. (2015, abril). Modeling evacuation of a hospital without electric power. *Prehospital Disaster Medicine*, 3(30), 279-287. doi: 10.1017/S1049023X15000230.
- World Health Organization [WHO] & International Council of Nurses [ICN] (2009). *Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and International Council of Nurses.

Zuno, S., Veja, F., Argueta, S., Valdés, E., Bey, R. & Sánchez, L. (2013, maio-junho). Atención en emergências y desastres en las unidades de terapia intensiva del Instituto Mexicano del Seguro Social: triage y evacuación. *Dirección de Prestaciones Médicas*, 3(81), 246-255. Disponível em <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42253>.

APÊNDICES

APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Maria Antónia Costa

Orientador: Enfermeira Mónica Martins - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2

Centro Hospitalar Universitário do Algarve-

Unidade Hospitalar de Portimão

Discente: Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel, n.º 19320

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio Final
Docente: Professora Maria Antónia Costa
Orientador: Enfermeira Mónica Martins - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2
Centro Hospitalar Universitário do Algarve-
Unidade Hospitalar de Portimão

Discente: Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel, n.º 19320

Setembro 2019

SIGLAS

APA- *American Psychological Association*

CHUA- Centro Hospitalar Universitário do Algarve

EMC-PSC- Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

UCIP2- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	4
1. PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	6
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	6
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA- ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	13
1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	17
2. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, foi-me proposta a realização de um projeto de estágio.

O Estágio Final irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 (UCIP2) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) - Unidade de Portimão num período de 18 semanas, no sentido de dar resposta aos objetivos da unidade curricular e por forma a ir ao encontro da validação e certificação de competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC. Trata-se de uma unidade dotada de instalações, equipamento, tecnologia avançada e multiprofissionais especializados capazes de assegurar cuidados diferenciados ao doente crítico com uma ou mais funções vitais em risco imediato, apresentando-se como um serviço pilar na formação de enfermeiros que visam a materialização e consolidação de competências em EMC-PSC.

A coordenação pedagógica encontra-se ao cargo da Professora Maria Antónia Costa e a supervisão clínica será da responsabilidade da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Mónica Martins com supervisão do Enfermeiro Chefe da UCIP2, Enfermeiro Fernando Aleixo.

No planeamento da unidade curricular estão descritos os objetivos de aprendizagem, sendo esperado que o estudante:

- “- Integre princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colabore em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;

- Demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente autoorientado e autónomo.” (Santiago, D., Pedro, A., Ruivo, M., Costa, M., Marques, M., Pereira, M. (2018).

É no Projeto de Estágio que as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e as de mestre se unem no sentido de responder a estes objetivos, servindo de linha orientadora que integra as estratégias planeadas para os atingir.

Desta forma, é definido como objetivo geral deste documento:

- Delinear um plano de desenvolvimento de competências referente ao estágio Final em Enfermagem à PSC.

Como objetivo específico:

- Definir as atividades e estratégias para a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

Este projeto está constituído por dois capítulos, em que o primeiro apresenta um breve enquadramento teórico, seguindo-se as competências e unidades de competência e uma abordagem às atividades a concretizar durante o estágio para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e competências de Mestre. Finalmente, procede-se a uma breve conclusão, seguida das referências bibliográficas.

Importa referir que o presente documento foi redigido à luz do novo acordo ortográfico, bem como da norma *American Psychological Association* (APA), 6ª edição.

1. PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Após um primeiro contacto com o local de estágio, a equipa multidisciplinar, o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, foi-me possível estruturar os objetivos e delinear atividades que vão dar resposta à aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e das competências de mestre.

É reconhecido que o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4744).

Em seguida, passarei a descrever quais as atividades planeadas para materializar as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e as de mestre.

1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros considera competências comuns

“as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”, cujos domínios integram a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4745).

Tendo estas premissas em consideração, em seguida estão descritas as competências nos diferentes domínios e as atividades a desenvolver para atingir as competências na sua plenitude.

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.

Descritivo:

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência:

A1.1- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.

A1.2- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.

A1.3- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

Atividades a desenvolver:

- Revisão do Código Deontológico dos Enfermeiros;
- Prestação de cuidados ao doente de acordo com a deontologia profissional de enfermagem;
- Atuação de acordo com o Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro;
- Cooperação na tomada de decisões em equipa face às situações críticas do doente/família, mobilizando os conhecimentos sobre responsabilidade profissional, ética e normas deontológicas;
- Aplicação dos conhecimentos éticos e deontológicos no processo de tomada de decisão na prestação de cuidados ao doente/família em contexto de situação crítica;
- Reflexão com o enfermeiro orientador acerca do processo de tomada de decisão;
- Reflexão com o enfermeiro orientador, acerca do comportamento por mim desempenhado ao longo do estágio.

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

Descritivo:

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência:

A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos.

A2.2- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

Atividades a desenvolver:

- Consulta de documentos que ajudem a aprofundar conhecimentos no domínio dos direitos humanos:
 - Convenção Europeia dos Direitos do Homem
 - Declaração Universal dos Direitos Humanos
- Observação do enfermeiro orientador e restante equipa enquanto agentes promotores da proteção dos direitos humanos, no processo de prestação de cuidados ao doente;
- Proteção dos direitos humanos dos doentes;
- Prestação de cuidados ao doente, respeitando a confidencialidade, privacidade, valores, costumes e crenças do mesmo e sua família;
- Atuação de forma sigilosa face a informação acerca do doente;
- Inclusão do doente/família nos processos de tomada de decisão, sempre que possível;
- Detecção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção.

B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo:

Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência:

B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

B1.2- Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

Atividades a desenvolver:

- Consulta dos protocolos e normas em vigor na UCIP2;
- Identificação dos principais projetos e programas de melhoria contínua da qualidade em prática na UCIP2;
- Reflexão sobre o comportamento adotado pela equipa de profissionais do serviço no que respeita aos projetos e protocolos desenvolvidos;
- Realização de uma entrevista exploratória com o enfermeiro chefe da UCIP2 e com a enfermeira orientadora, de forma identificar a necessidade/área de intervenção, tendo em vista a melhoria da qualidade.

B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Descritivo:

Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função aos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência:

B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas.

B2.2- Planeia programas de melhoria contínua.

B2.3- Lidera programas de melhoria.

Atividades a desenvolver:

- Consulta de diretivas na área da qualidade e melhoria contínua;
- Prestação de cuidados fundamentados em protocolos e normas de orientação clínica, da área da qualidade;
- Participação na formação contínua do CHUA no que refere aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Revisão de normas de orientação clínica existentes e consequente melhoria da prática clínica.

B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência:

B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

B3.2- Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

Atividades a desenvolver

- Criação de um ambiente calmo e seguro, atendendo às necessidades físicas, psicossociais, culturais e espirituais do doente e da sua família;
- Respeito pela individualidade de cada doente, os seus valores e suas crenças
- Envolvimento da família/cuidador no processo de cuidar;
- Consulta das políticas hospitalares referente à qualidade e segurança;
- Participação na formação contínua e obrigatória do CHUA no âmbito da gestão do risco clínico e segurança do doente;
- Colaboração no desenvolvimento de estratégias de garantia da segurança do doente e equipa;
- Conhecimento do sistema utilizado para participação de riscos e eventos adversos;
- Aplicação de escalas de avaliação de risco na plataforma informática do serviço.

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência:

C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C1.2- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

Atividades a desenvolver

- Gestão dos cuidados ao doente/família em situação crítica, avaliando as necessidades e implementando estratégias/intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem;
- Reflexão sobre a prática dos cuidados e a tomada de decisão, em conversas informais com o enfermeiro orientador;

- Prestação de cuidados de modo a assegurar a qualidade dos mesmos e a segurança do doente de acordo com as normas e recomendações implementadas no serviço/instituição;
- Delegação de tarefas através da supervisão de tarefas delegadas com garantia na qualidade dos cuidados.

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

Descritivo

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência:

C2.1- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.2- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Atividades a desenvolver:

- Observação do estilo de liderança do enfermeiro chefe e responsáveis de turno na sua adequação à dinâmica do serviço e à equipa;
- Reflexão sobre a intervenção do enfermeiro chefe e do responsável de turno;
- Reflexão sobre a organização e coordenação da equipa na prestação de cuidados;
- Identificação das principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do serviço;
- Demonstração de interesse, empenho e motivação, favorecendo um ambiente favorável à prática;
- Participação na discussão de assuntos relacionados com a dinâmica e organização da gestão de cuidados;
- Utilização dos recursos de forma eficiente, garantindo a qualidade dos cuidados.

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Descritivo

Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência:

D1.1- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.2- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

Atividades a desenvolver

- Reflexão sobre a prática clínica com o enfermeiro orientador;
- Reflexão com o enfermeiro orientador, acerca do comportamento e atitudes por mim desempenhados;
- Gestão adequada de sentimentos e emoções, com tomada de consciência da sua influência na relação profissional e terapêutica.

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência:

D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

D2.2- Suporta a prática clínica em evidência científica.

D2.3- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Atividades a desenvolver:

- Consulta das Normas Hospitalares e protocolos inerentes à prestação de cuidados;

- Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas recentes que fundamentem a prática clínica;
- Partilha do conhecimento adquirido com a equipa multidisciplinar em conversas informais;
- Participação nas ações formativas do serviço, contribuindo para a aquisição de competências;
- Prestação de cuidados aos doentes de acordo com a evidência científica;
- Colaboração em estudos de investigação e/ou projetos em curso ou a desenvolver;
- Formação à equipa na implementação de procedimentos baseados em evidência científica.

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA- ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros identifica as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC como:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (OE, 2018, p.19359).

Em seguida estão descritas de forma mais descritiva, associada às atividades que respondem aos diferentes domínios.

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

Descritivo

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Unidades de competência:

- 1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
- 1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.
- 1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.
- 1.4- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
- 1.5- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.
- 1.6- Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Atividades a desenvolver

- Conhecimento da estrutura, organização e dinâmica da UCIP2;
- Pesquisa bibliográfica referente a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Prestação de cuidados holísticos ao doente e sua família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, de acordo com a evidência científica;
- Identificação precoce de sinais de instabilidade do doente em situação crítica;
- Prestação e/ou observação de cuidados prestados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica na UCIP2;
- Observação do enfermeiro orientador na prestação de cuidados ao doente crítico e à sua família;
- Gestão de protocolos terapêuticos complexos, através do diagnóstico de complicações advindas dos mesmos, implementação respostas adequadas e avaliação da sua adequação;
- Colaboração com o enfermeiro orientador na realização de intervenções específicas com as quais ainda não tenha tido contato no meu percurso profissional;
- Acompanhamento do enfermeiro escalado na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (quando oportuno);
- Execução de cuidados técnicos de alta complexidade orientados para pessoa em situação crítica e disfunção orgânica;
- Acolhimento do doente e família;

- Planeamento de intervenções de acordo com as necessidades do doente/família;
- Aplicação de escalas de avaliação e monitorização da dor no doente crítico;
- Gestão da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Gestão de protocolos complexos de analgesia, sedação e *delirium* no doente crítico
- Monitorização invasiva e não invasiva da função hemodinâmica;
- Assistência ao doente/família nas perturbações emocionais decorrentes dos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Utilização de técnicas e estratégias de comunicação com o doente e a sua família/cuidador adaptada à situação clínica do mesmo;
- Utilização adequada de aptidões de relação de ajuda perante a pessoa em situação crítica e família /cuidador;
- Prestação de assistência à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica na gestão do medo e da ansiedade, na dignificação da morte e nos processos de luto;
- Gestão dos processos de relação terapêutica estabelecidos com o doente e com a sua família;
- Realização de registos com clareza, usando a plataforma BICU Care;
- Participação nas passagens de turno;
- Reunião em contexto formativo com o enfermeiro chefe, enfermeira orientadora e professora orientadora, de modo a seleccionar um tema que reflita as necessidades do serviço.

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

Descritivo

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Unidades de competência:

- 2.1 - Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.
- 2.2- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.
- 2.3- Planeia resposta à situação de catástrofe.
- 2.4- Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

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

Atividades a desenvolver

- Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, com abordagem ao tema “catástrofe” entre outros temas inerentes ao doente emergente;
- Conhecimento do plano de resposta a catástrofe do CHUA;
- Conhecimento do plano de contingência da UCIP2 com suas medidas de resposta em caso de situações de catástrofe externa e multivítima;
- Reflexão com o enfermeiro orientador sobre eventuais situações de catástrofe/multivítima que já tenham ocorrido no serviço;
- Realização de formação em serviço para apresentação do Plano de Evacuação da UCIP2;
- Promoção de exercício de simulacro de situação de emergência interna na UCIP2.

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

Descritivo

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

Unidades de competência:

3.1- Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados

de Saúde e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Atividades a desenvolver:

- Conhecimento das normas de prevenção e controlo de infeção da instituição e diretivas nacionais - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos;
- Reunião informal com o grupo de coordenação local do CHUA;
- Conhecimento da monitorização realizada pelo gabinete de coordenação local e pelo elo de ligação da UCIP2;
- Identificação das necessidades da UCIP2 inseridas nas infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, de acordo com as medidas de prevenção e controlo de infeção emanadas a nível nacional e a nível hospitalar.

1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem define quais os objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências) que o estudante deve atingir de forma a conferir o grau de mestre é conferido. Assim sendo:

“O Mestre em enfermagem:

1 Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015: 26)

Assumindo que é a investigação que sustenta a articulação entre as unidades curriculares de estágio final e relatório, surgem linhas de investigação orientadoras no ramo de EMC-PSC com o objetivo de responder à aquisição de competências de mestre em enfermagem: “Segurança e qualidade de vida”, com as áreas: “IACS no doente crítico” e “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”. Nesse sentido, espero conseguir identificar na UCIP2 um projeto de intervenção profissional que consiga responder à consolidação dessas competências, e ainda a realização de um artigo científico, sendo esperado que eu enquanto mestre:

- Evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Fundamente as decisões com base em teorização e na evidência científica;
- Descreva e avalie o desenho e a implementação de um projeto;
- Apresente um relatório, com consequente discussão em provas públicas”. (Santiago, Pedro, Marques, Costa & Pereira, 2018).

Desta forma, após reunião em contexto formativo com o enfermeiro chefe da UCIP2 e com enfermeira orientadora, foi reconhecida a necessidade de criação de um Plano de Evacuação na UCIP2 em situações de emergência intra-hospitalar. Esta intervenção profissional insere-se na área da “segurança e qualidade de vida” já que se ultima a implementação de uma norma interna que promova a prestação de cuidados em cultura de segurança e baseada em evidência científica.

Atividades a desenvolver:

- Prestação de cuidados de enfermagem que visem a promoção da segurança do doente de acordo com as normas e protocolo do serviço e instituição;
- Prestação de cuidados aos doentes de acordo com a evidência científica;
- Reflexão com a enfermeira orientadora, acerca do meu desempenho na prática clínica;
- Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais recentes que fundamentem a prestação de cuidados ao doente crítico e sua partilha com a equipa multidisciplinar;
- Levantamento de necessidades de melhoria contínua através de reunião com o enfermeiro chefe e aplicação de questionários à equipa multidisciplinar que validem a necessidade identificada;
- Realização de uma Revisão Integrativa da literatura sobre a Evacuação do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Participação em programas de melhoria contínua de qualidade: implementação de um Plano de Evacuação na UCIP2 em formato de Norma Interna do serviço;

- Apresentação de formação em serviço nos domínios das competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC: divulgação do Plano de Evacuação da UCIP2.
- Realização de simulacro/exercício de concretização do Plano de Evacuação (aplicação de fluxograma de decisão, triagem de doentes e evacuação para serviço de refúgio).

2. CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto de estágio manifestou-se de importância essencial para a estruturação e planeamento de atividades a desenvolver ao longo do estágio de forma a atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as competências de mestre. Revela-se como uma linha orientadora, o que não impossibilita a sua modificação no desenrolar do estágio, já que está a ser elaborado numa fase muito inicial, tendo em vista a melhoria na contribuição na aquisição das competências já explicitadas.

Espero conseguir identificar nas próximas semanas a temática para a materialização do projeto de intervenção major.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association [APA] (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed). Washington, DC, EUA: American Psychological Association.

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1ª Série, nº 157, pp. 4147 - 4182.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26 – 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República n.º 135 – 2.ª série*. Ordem dos Enfermeiros.

Santiago, D., Pedro, A., Ruivo, M., Costa, M., Marques, M., Pereira, M. (2018). *Planeamento da Unidade Curricular*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.

Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos.

Retirado de: https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

APÊNDICE II - PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	Ana Patricia Miguel nº19320
RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: <u>2019 / 2020</u>
Plano de Emergência numa Unidade de Cuidados Intensivos: evacuação do doente crítico	

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)

A Direção Geral de Saúde (DGS) preconiza a elaboração de um Plano de Emergência Médica, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde-PEUS” (DGS, 2010). Também em 2016, surge o PEIS (Plano de Emergência Interno Simplificado) que emana o Artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 150/2015 (Autoridade Nacional da Proteção Civil [ANPC], 2016), que pretende orientar as boas práticas tanto no domínio da avaliação dos riscos como no planeamento da ação em emergência e catástrofe. Nestes documentos estabelecem-se regras e normas de atuação face a uma situação de crise, “reforçando a noção da importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, peças estruturais necessárias a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição” (DGS, 2010).

Zane e Prespino (2004) referem que os planos de resposta intra-hospitalares frequentemente falham por ausência de uma estrutura de comando e de estratégias, tornando-se pouco fiáveis em tempo de uma verdadeira crise. A criação de um pilar de resposta a crise, que se baseia numa estrutura de comando que é flexível e expansível, que promove a comunicação e a interação com grupos multidisciplinares e/ou pré-hospitalar, promovem clima de segurança baseados em procedimentos simples, eficazes e organizados.

No sentido de dar solução a estes eventos, e a uma prestação de cuidados de qualidade em clima de segurança, o Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Unidade Hospitalar de Portimão (CHUA-UHP), possui um “Plano de Catástrofe Externa” (CHUA, 2019) e “Plano de Segurança Interno” (CHUA, 2018). Este último integra o Plano de Emergência Interno, apresentando como principais objetivos: definir a estrutura organizativa dos recursos humanos e materiais e estabelecer as estratégias de gestão da emergência de forma a “procurar garantir-se a salvaguarda das pessoas, dos bens, do património e da operacionalidade da Unidade Hospitalar de Portimão” (CHUA, 2018).

Posto isto, e sabendo que a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Ministério da

Saúde [MS], 2015), determina ao reforço nas áreas de melhoria da qualidade clínica e organizacional, reforço da segurança dos doentes e monitorização permanente da qualidade e segurança, surge a necessidade de criação de um Plano de Emergência na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 (UCIP2). Trata-se de um serviço com alta especificidade na tipologia de doentes críticos, com dependência tanto de recursos humanos como de recursos materiais e tecnológicos, também eles muito específicos.

Seguindo a metodologia de projeto (Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., 2010), após diagnóstico de situação através de entrevista exploratória com a enfermeira orientadora e o enfermeiro chefe e ainda validação por parte da diretora de serviço e professora docente, foi verificada a necessidade de elaboração de um Plano de Emergência na UCIP2 em contexto de emergência interna ou catástrofe intra-hospitalar de forma a dar resposta à exigência da DGS e ao Plano de Segurança Interno do CHUA-UP e que consiga fomentar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em regime de segurança.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

OBJETIVOS E PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

O Projeto de Intervenção Profissional tem como objetivo geral:

- Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP2 na atuação perante situações de emergência interna e catástrofe intra-hospitalar, garantindo uma prestação de cuidados de saúde segura e de qualidade ao doente em situação crítica.

Foram delineados como objetivos específicos:

- Elaborar uma proposta de Plano de Emergência para a UCIP2 através de formalização de uma norma interna do serviço;
- Criar uma proposta de registo relativa à triagem de cada doente internado;
- Identificar os recursos materiais necessários ao plano de resposta em situação de emergência interna;
- Realizar formação em serviço que incorpore um exercício de simulacro na UCIP2;
- Divulgar o Plano de Emergência.

CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Leitura das normas e protocolos da instituição e da UCIP2
- Pesquisa bibliográfica
- Reuniões com enfermeiro chefe, enfermeira orientadora e professora orientadora para validação da necessidade identificada

- Definição de objetivos geral e específicos
- Elaboração e aplicação de questionários à equipa multidisciplinar com o objetivo de validar a pertinência do projeto e colher dados sociodemográficos, profissionais e académicos da mesma
- Realização de revisão integrativa da literatura (Tema: Triage na Unidade de Cuidados Intensivos)
- Formação à equipa multidisciplinar com respetiva aplicação de questionário de avaliação de sessão formativa
- Elaboração de proposta de registo de intervenção relativa à triagem diária de cada doente internado
- Realização de um inventário dos recursos materiais necessários ao plano de resposta em situação de catástrofe
- Realização de um exercício de simulacro na UCIP2 (que inclua aplicação de um fluxograma de triagem de doentes e reflexão sobre estrutura de comando, plano de ação e plano de evacuação).

RESULTADOS ESPERADOS

- Proposta a Plano de Emergência que contemple:
 - atribuição de responsabilidades/coordenação (estrutura de comando)
 - fluxograma de triagem de doentes
 - inventário dos recursos materiais necessários ao plano de resposta em situação de catástrofe
 - plano de ação e plano de evacuação
- Formação da equipa multidisciplinar
- Exercício de simulacro que concretize o Plano de Emergência da UCIP2

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

- Análise de objetivos delineados
- Aplicação de questionário de avaliação de sessão formativa
- Aplicação da proposta a Plano de Emergência através de um momento de simulacro e *debriefing*

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

FASES	TEMPO	MES/ANO											
		SETEMBRO 2019	OCTUBRO 2019	NOVEMBRO 2019	DEZEMBRO 2019	JANUEIRO 2020	FEBREIRO 2020	MARÇO 2020	ABRIL 2020				
Diagnóstico da situação e definição de objetivos	ATIVIDADES												
	Reuniões com enfermeira chefe, enfermeiro orientador e professora orientadora para validação da necessidade identificada												
	Análise SWOT												
	Leitura das normas e protocolos da instituição/unidade												
	Pesquisa bibliográfica												
	Definição de objetivos geral e específicos												
Planeamento	Construção do questionário à equipa multidisciplinar												
	Aplicação do questionário à equipa multidisciplinar												
	Construção do cronograma do projeto												
	Definição das atividades a desenvolver, estratégias e recursos necessários												
	Elaboração do consentimento informado, livre e esclarecido												
	Entrega da proposta de projeto ao CFIC/CA/Comissão de Ética/IPP Portalegre												
Execução	Pesquisa bibliográfica												
	Revisão integrativa da literatura												
	Elaboração de proposta a Plano de Emergência												
	Identificação dos recursos materiais necessários ao plano de resposta em situação de catástrofe												
	Construção de proposta de registo de triagem nas intervenções de enfermagem												
	Reunião com o enfermeiro chefe e diretora de serviço para apreciação do Plano de Emergência desenvolvido												
Avaliação	Reformulação do Plano de Emergência (se necessário)												
	Reunião com o enfermeiro chefe para apreciação da proposta de registo de triagem nas intervenções de enfermagem e sua reformulação (se necessário)												
	Preparação de sessão de formação em serviço												
	Apresentação de sessão de formação em serviço com divulgação da proposta de Plano de Emergência												
	Realização de um exercício de simulacro												
	Análise de objetivos definidos												
	Aplicação de questionário de avaliação de sessão formativa												
	Avaliação do exercício de simulacro através de <i>debriefing</i>												
	Divulgação dos resultados do exercício de simulacro à equipa multidisciplinar												
	Elaboração do Relatório de Estágio												

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

- Autoridade Nacional da Proteção Civil [ANPC] (2016). *PEIS: Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado* (1.ª ed.). Lisboa, Portugal: Autoridade Nacional da Proteção Civil.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2018). *Plano de Segurança Interno*. Portimão, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2019). *Plano de Catástrofe Externa – Unidades Hospitalares de Portimão e Lagos*. Portimão, Portugal: Centro Hospitalar Universitário do Algarve.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde [MS] (2015). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38.
- Zane, R.D., Prestipino, A.L.(2004): Implementing the Hospital Emergency Incident Command System: an integrated delivery system's experience. *Prehosp Disaster Med*, 19, 311-317.

APÊNDICE III – RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO

EVACUAÇÃO DO DOENTE CRÍTICO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

EVACUATION OF THE CRITICAL CARE PATIENT FROM ICU: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Ana Patrícia Miguel- Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, no Instituto Politécnico de Portalegre; Enfermeira no Serviço de Exames Especiais de Gastrenterologia no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (Portimão).

Mónica Martins- Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (Portimão).

Maria Antónia Costa- Professora da Escola Superior de Saúde de Beja.

RESUMO

Introdução: o objetivo desta revisão integrativa consiste na identificação das intervenções dos profissionais na evacuação do doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em caso de emergência.

Metodologia: a questão de investigação foi elaborada segundo a metodologia PICOD. Foi realizada pesquisa em bases de dados científicas e eletrónicas (EBSCOhost), sendo incluídos artigos publicados nos últimos nove anos. A pesquisa baseou-se em textos integrais de acesso livre, no idioma inglês e espanhol. Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), tendo sido analisados no total 6 artigos.

Resultados: está demonstrado que subsiste um nível baixo de preparação dos profissionais das UCI para uma eventual evacuação, muito relacionado com a falta de planos de evacuação estruturados, um sistema de triagem que ofereça linhas orientadoras na priorização dos doentes e um guia que indique uma forma muito específica em como realizar uma evacuação da UCI. A identificação de um líder e a definição de papéis e responsabilidades revela-se indispensável no alcance de uma evacuação mais coordenada e eficaz que promova a segurança tanto para os profissionais como para o doente. Os programas de formação para os profissionais e a realização de exercícios de simulação são

reconhecidas como fulcrais no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em situação de evacuação.

Conclusão: a existência de um plano de evacuação numa UCI é fundamental, tendo sido identificada a importância de se encontrarem delineados papéis e responsabilidades, fluxogramas de atuação, sistemas de triagem estruturados, *checklists* e ainda regimes de comunicação e registos eficazes. A identificação destas intervenções permitem uma resposta à evacuação da UCI mais metódica e sistematizada.

Palavras-chave: Evacuação, Cuidados Intensivos, Desastres

ABSTRACT

Introduction: the goal of this integrative review is to identify the interventions of the professionals involved in the evacuation of the critically ill patient from Intensive Care Unit in case of an emergency.

Methodology: the search was performed in scientific and electronic databases (EBSCOhost), within a 9 year timeframe. The search was based in free access full text, in English and Spanish. Health Sciences Descriptors (DeCS) were used, in a total of 6 analyzed articles.

Results: it has been demonstrated that still subsists a low level of preparation from the ICU professionals in case of an evacuation, specially related to the lack of structured evacuation plans, absence of a triage system that offers guidelines in prioritizing patients and deficient guides that clearly mentions how to proceed to evacuation. The role of designated leader and the definition of roles is a key point to achieve a more coordinated and efficient evacuation that promotes the professionals and patient safety. Training programs and simulation exercises are recognized as crucial in the process of quality improvement of patients care in the case of an evacuation.

Conclusion: the existence of an evacuation plan in ICU has been revealed as essential, where the role definition, procedure guidelines, structured triage systems, checklists and standardized communication and documentation tools, have been identified as the main interventions that allow a more methodic and systematic ICU evacuation approach.

Keywords: Evacuation, Intensive Care, Disasters

APÊNDICE IV - ANÁLISE SWOT

Pontos fortes - S	Pontos fracos - W
▪ Equipa de enfermagem motivada e consciente da importância da promoção da segurança do doente e melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCIP2; ▪ Apoio e consentimento do enfermeiro chefe, enfermeira orientadora e professora orientadora; ▪ Consentimento da diretora de serviço; ▪ Área de interesse pessoal (motivação pessoal); ▪ Inexistência de um Plano de Emergência Interno; ▪ Sem custos adicionais.	▪ Rotatividade da equipa de enfermagem; ▪ Resistência da equipa à mudança; ▪ Desconhecimento acerca das orientações nacionais e institucionais relativas à necessidade de implementação de planos de emergência internos em caso de catástrofe intra-hospitalar; ▪ Insuficiente formação na área da intervenção em situação de catástrofe intra-hospitalar.
Oportunidades - O	Ameaças - T
▪ Ganhos em saúde associados à melhor capacidade de resposta em situação de evacuação de doente crítico; ▪ Instituição em programa de melhoria contínua; ▪ Reconhecimento por parte da equipa da importância da necessidade de construção de um Plano de Emergência Interno; ▪ Desenvolvimento de boas práticas; ▪ Implementação das orientações nacionais no Plano de Emergência Interno como documento orientador na evacuação do doente crítico da UCIP2; ▪ Existência de um sistema de registo que facilite a triagem dos doentes.	▪ Estrutura organizacional inadequada; ▪ Falta de continuidade dos projetos implementados; ▪ Não autorização pelo Conselho de Administração; ▪ Baixa adesão às ações de formação ▪ Não valorização da área de intervenção identificada; ▪ Resistência da equipa multidisciplinar à mudança de práticas nos registos.

Análise SWOT. (Fonte: Elaboração Própria)

**APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E
APRECIÇÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**



QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA E VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO

PARTE I

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Por favor, preencha os espaços em branco e assinale com uma cruz (X) a sua opção:

1. **Idade:** _____ anos
2. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐
3. **Categoria Profissional**
Assistente Operacional ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐
4. **Experiência profissional (anos):** _____
5. **Experiência na Unidade de Cuidados Intensivos (anos):** _____
6. **Habilitações académicas:** _____
7. **Área de Especialidade (se for o caso):** _____

PARTE II

APRECIACÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Por favor, assinale com uma cruz (X) a sua opção:

1. Tem alguma formação na área da Catástrofe: Sim ☐ Não ☐

Se sim, quando foi que realizou pela última vez?

Há mais de 2 anos ☐ Há menos de 2 anos ☐

2. Já participou em algum evento de simulação de catástrofe intra-hospitalar: Sim ☐ Não ☐

Se sim, em que serviço? _____

3. Tem conhecimento da existência de documentos orientadores relativos a Catástrofe Intra ou Extra-Hospitalar: Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais? _____

4. Considera que seria pertinente a existência de um Plano de Emergência na Unidade de Cuidados Intensivos em que trabalha que responda a situações de catástrofe interna? Sim ☐ Não ☐

5. Considera pertinente a realização de formação em serviço sobre resposta a Catástrofe Intra-Hospitalar? Sim ☐ Não ☐

6. Considera importante a realização de exercícios de simulação como preparação para uma situação de evacuação da UCI? Sim ☐ Não ☐

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE VI - TRATAMENTO DE DADOS COLHIDOS

FREQUENCIES

```

/VARIABLES= VAR002 VAR003 VAR004 VAR005 VAR006 VAR007
VAR008 VAR009
/FORMAT=AVALUE TABLE
/STATISTICS=MEAN STDDEV MODE MEDIAN.

```

Statistics

	VAR002	VAR003	VAR004	VAR005	VAR006	VAR007	VAR008	VAR009
N Valid	49	49	49	49	48	49	49	0
Missing	0	0	0	0	1	0	0	49
Mean	39.76	1.69	1.96	14.84	8.56	2.33	5.41	.
Median	.	.	.	.	.	.	.	.
Mode	29	2	2	14	3	2	7	.
Std Dev	11.26	.47	.64	10.20	6.39	1.23	2.34	.

VAR002

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21	1	2.0%	2.0%	2.0%
22	1	2.0%	2.0%	4.1%
27	2	4.1%	4.1%	8.2%
28	1	2.0%	2.0%	10.2%
29	5	10.2%	10.2%	20.4%
31	1	2.0%	2.0%	22.4%
32	2	4.1%	4.1%	26.5%
33	2	4.1%	4.1%	30.6%
34	3	6.1%	6.1%	36.7%
35	3	6.1%	6.1%	42.9%
36	4	8.2%	8.2%	51.0%
37	1	2.0%	2.0%	53.1%
38	4	8.2%	8.2%	61.2%
39	1	2.0%	2.0%	63.3%
40	1	2.0%	2.0%	65.3%
41	1	2.0%	2.0%	67.3%
44	1	2.0%	2.0%	69.4%
45	3	6.1%	6.1%	75.5%
46	1	2.0%	2.0%	77.6%
47	1	2.0%	2.0%	79.6%
50	1	2.0%	2.0%	81.6%
56	2	4.1%	4.1%	85.7%
58	2	4.1%	4.1%	89.8%
59	1	2.0%	2.0%	91.8%
61	1	2.0%	2.0%	93.9%
62	2	4.1%	4.1%	98.0%
63	1	2.0%	2.0%	100.0%
Total	49	100.0%		

VAR003

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	30.6%	30.6%	30.6%
2	34	69.4%	69.4%	100.0%
Total	49	100.0%		

VAR004

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	11	22.4%	22.4%	22.4%
2	29	59.2%	59.2%	81.6%
3	9	18.4%	18.4%	100.0%
Total	49	100.0%		

VAR005

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	2.0%	2.0%	2.0%
2	1	2.0%	2.0%	4.1%
3	3	6.1%	6.1%	10.2%
5	4	8.2%	8.2%	18.4%
6	2	4.1%	4.1%	22.4%
7	2	4.1%	4.1%	26.5%
8	1	2.0%	2.0%	28.6%
9	1	2.0%	2.0%	30.6%

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
10	1	2.0%	2.0%	32.7%
11	4	8.2%	8.2%	40.8%
12	4	8.2%	8.2%	49.0%
13	2	4.1%	4.1%	53.1%
14	6	12.2%	12.2%	65.3%
15	1	2.0%	2.0%	67.3%
16	1	2.0%	2.0%	69.4%
18	1	2.0%	2.0%	71.4%
20	4	8.2%	8.2%	79.6%
22	1	2.0%	2.0%	81.6%
23	1	2.0%	2.0%	83.7%
25	1	2.0%	2.0%	85.7%
26	1	2.0%	2.0%	87.8%
30	1	2.0%	2.0%	89.8%
31	1	2.0%	2.0%	91.8%
35	1	2.0%	2.0%	93.9%
36	1	2.0%	2.0%	95.9%
38	1	2.0%	2.0%	98.0%
46	1	2.0%	2.0%	100.0%
Total	49	100.0%		

VAR006

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	4	8.2%	8.3%	8.3%
1	3	6.1%	6.3%	14.6%
3	8	16.3%	16.7%	31.2%
4	1	2.0%	2.1%	33.3%
5	4	8.2%	8.3%	41.7%
6	1	2.0%	2.1%	43.7%
8	5	10.2%	10.4%	54.2%
9	2	4.1%	4.2%	58.3%
10	4	8.2%	8.3%	66.7%
11	4	8.2%	8.3%	75.0%
12	2	4.1%	4.2%	79.2%
15	1	2.0%	2.1%	81.2%
18	2	4.1%	4.2%	85.4%
19	3	6.1%	6.3%	91.7%
20	4	8.2%	8.3%	100.0%
Missing .	1	2.0%		
Total	49	100.0%		

VAR007

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	10	20.4%	20.4%	20.4%
2	28	57.1%	57.1%	77.6%
3	2	4.1%	4.1%	81.6%
4	3	6.1%	6.1%	87.8%
5	6	12.2%	12.2%	100.0%
Total	49	100.0%		

VAR008

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	12.2%	12.2%	12.2%
2	3	6.1%	6.1%	18.4%
3	4	8.2%	8.2%	26.5%
4	3	6.1%	6.1%	32.7%
5	1	2.0%	2.0%	34.7%
6	1	2.0%	2.0%	36.7%
7	30	61.2%	61.2%	98.0%
8	1	2.0%	2.0%	100.0%
Total	49	100.0%		

VAR009

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Missing .	49	100.0%		
Total	49	.0%		

```

GET DATA
  /TYPE=TXT
  /FILE="/Users/ritapenisga/Desktop/Tratamento dados
  Questionários Patrícia 2.txt"
  /ARRANGEMENT=DELIMITED
  /DELCASE=LINE
  /FIRSTCASE=2
  /DELIMITERS="\t"
  /VARIABLES=
    VAR001 F2.0
    A F1.0
    B F1.0
    A_A F1.0
    B_A F1.0
    A_B F1.0
    B_B F1.0
    VAR002 F1.0
    VAR003 F1.0
    VAR004 F1.0.

```

```

FREQUENCIES
  /VARIABLES= A B A_A B_A A_B B_B VAR002 VAR003 VAR00
  /FORMAT=AVALUE TABLE
  /STATISTICS=DEFAULT MODE MEDIAN.

```

Statistics

	A	B	A_A	B_A	A_B	B_B	VAR002	VAR003	VAR004
N Valid	49	49	49	49	49	49	49	49	49
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	.43	.61	.39	.53	.67	1.55	1.00	1.00	1.00
Median	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode	não	não responde	nao	nao responde	sim	nao responde	sim	sim	sim
Std Dev	.50	.79	.49	.74	.47	1.44	.00	.00	.00
Minimum	não	não responde	nao	nao responde	nao	nao responde	sim	sim	sim
Maximum	sim	<2anos	sim	Outros	sim	4	sim	sim	sim

A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	28	57.1%	57.1%	57.1%
sim	21	42.9%	42.9%	100.0%
Total	49	100.0%		

B

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	28	57.1%	57.1%	57.1%
>2anos	12	24.5%	24.5%	81.6%
<2anos	9	18.4%	18.4%	100.0%
Total	49	100.0%		

A_A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nao	30	61.2%	61.2%	61.2%
sim	19	38.8%	38.8%	100.0%
Total	49	100.0%		

B_A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nao responde	30	61.2%	61.2%	61.2%
UCIP	12	24.5%	24.5%	85.7%
Outros	7	14.3%	14.3%	100.0%
Total	49	100.0%		

A_B

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	16	32.7%	32.7%
	sim	33	67.3%	100.0%
Total		49	100.0%	

B_B

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao responde	16	32.7%	32.7%
	desconhece	13	26.5%	59.2%
	PC UCIP	2	4.1%	63.3%
	PC CHUA	13	26.5%	89.8%
	4	5	10.2%	100.0%
Total		49	100.0%	

VAR002

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	49	100.0%	100.0%
Total		49	100.0%	

VAR003

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	49	100.0%	100.0%
Total		49	100.0%	

VAR004

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	49	100.0%	100.0%
Total		49	100.0%	

DESCRIPTIVES

```
/VARIABLES= A B A_A B_A A_B B_B VAR002 VAR003 VAR004.
```

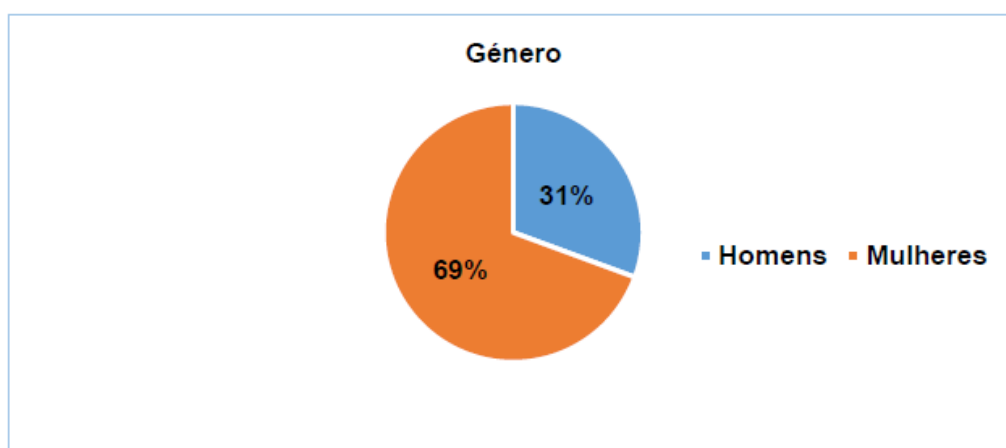
Descriptive Statistics

	N	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
A	49	.43	.50	nao	sim
B	49	.61	.79	nao responde	<2anos
A_A	49	.39	.49	nao	sim
B_A	49	.53	.74	nao responde	Outros
A_B	49	.67	.47	nao	sim
B_B	49	1.55	1.44	nao responde	4
VAR002	49	1.00	.00	sim	sim
VAR003	49	1.00	.00	sim	sim
VAR004	49	1.00	.00	sim	sim
Valid N (listwise)	49				
Missing N (listwise)	0				

**APÊNDICE VII - RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA E DA APRECIÇÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO DE
INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

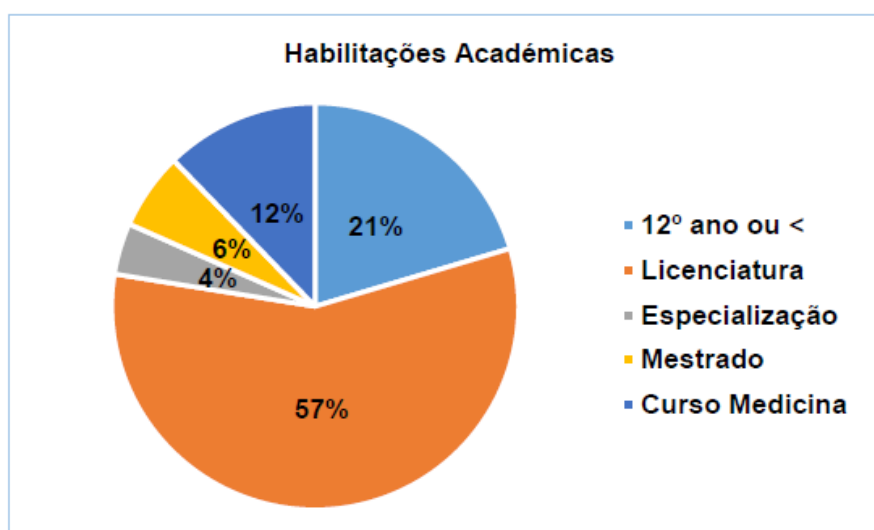
PARTE I CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Género da amostra



(Fonte: Da própria)

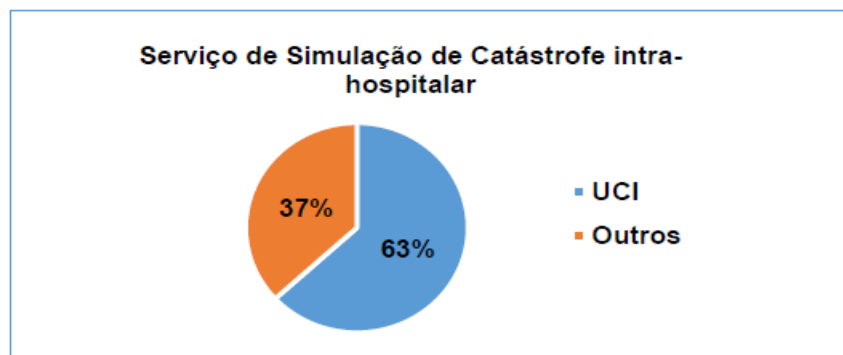
Habilitações Académicas



(Fonte: Da própria)

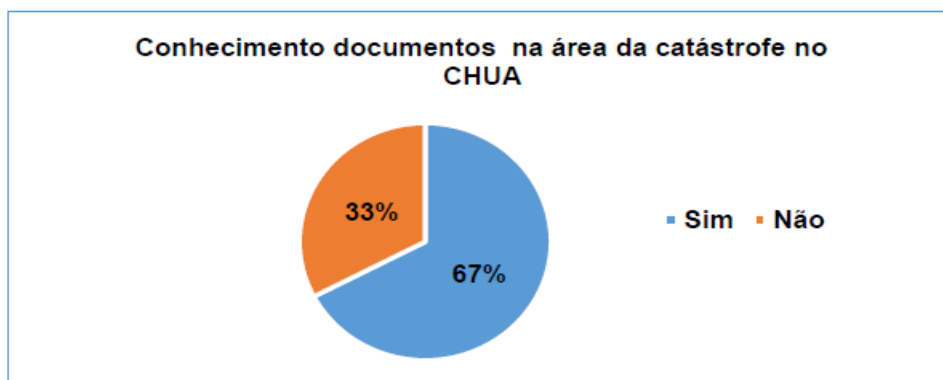
PARTE II APRECIAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA INTERVENÇÃO

Serviço onde foi realizada Simulação de Catástrofe Intra-hospitalar



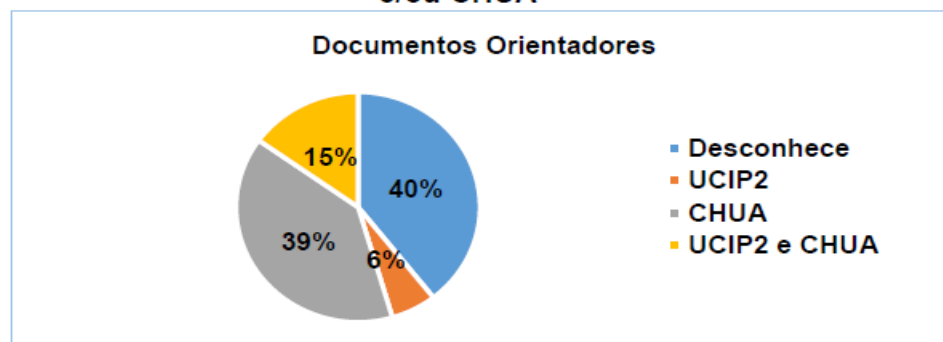
(Fonte: Da própria)

Conhecimento de documentos na área da Catástrofe no CHUA



(Fonte: Da própria)

Conhecimento de quais os Documentos Orientadores na Instituição da UCIP2 e/ou CHUA



(Fonte: Da própria)

APÊNDICE VIII - CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Por favor, leia com atenção o conteúdo deste documento. Se concorda com o proposto, queira assinar.

Título do Projeto de Intervenção:

Plano de Emergência numa Unidade de Cuidados Intensivos: evacuação do doente crítico

Identificação dos investigadores:

Aluna – Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel

Enfermeira Orientadora – Enfermeira Especialista Mónica Martins

Professor Orientador: Professora Maria Antónia da Costa

Eu, Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel, enfermeira a exercer funções no Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Unidade de Portimão (CHUA-UP), e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, no âmbito das Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório de Mestrado, pretendo desenvolver um projeto de intervenção cujo objetivo geral é formar a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 (UCIP2) do CHUA-UP, na atuação perante situações de emergência interna e catástrofe intra-hospitalar, garantindo uma prestação de cuidados de saúde segura e de qualidade ao doente em situação crítica. Este objetivo concretiza-se através de uma proposta a um Plano de Emergência com criação de uma norma interna de serviço como documento orientador na intervenção em situação crítica.

No sentido de validar a pertinência deste projeto de intervenção torna-se necessário proceder à elaboração um diagnóstico de situação adequado, motivo pelo qual

solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário. O mesmo encontra-se dividido em duas partes: a primeira inclui a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa multidisciplinar (assistentes operacionais, enfermeiros e médicos); e a segunda consiste na apreciação da pertinência da intervenção.

Mais informo que a sua participação é voluntária, pode recusar livremente a sua participação e tem o direito de desistir em qualquer momento. Contudo, o seu contributo é de extrema importância para a concretização deste projeto. Serão assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, não sendo utilizados para outros fins que não os explanados neste documento.

Para esclarecimentos, não hesite em solicitar mais informações.

Contacto:

Ana Patrícia Miguel

Correio eletrónico: apmvitorino@hotmail.com

Muito obrigado pelo seu contributo!

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE¹

Quem pede consentimento:

Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel (cédula profissional nº 42311)

Assinatura _____ Data __/__/__

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste projeto de intervenção, sem qualquer tipo de justificação. Desta forma, aceito participar neste projeto e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto de intervenção e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome do participante (nome completo legível):

Assinatura _____ Data __/__/__

**APÊNDICE IX - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
CHUA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**



Informação

Data 29/10/2019

Serviço
Instituto Politécnico de Portalegre

Remetente
Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel

Destinatário
Subcoordenador do Centro de Formação e Investigação e
Conhecimento Enfermeira Amélia Garcias

Assunto: Pedido de autorização de Projeto de Intervenção Profissional no âmbito de Mestrado em Enfermagem

Identificação dos investigadores:

Aluna – Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel
Enfermeira Orientadora – Enfermeira Especialista Mónica Martins
Professor Orientador: Professora Maria Antónia da Costa

Eu, Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel, enfermeira a exercer funções no Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Unidade de Portimão (CHUA-UP), e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, no âmbito das Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório de Mestrado, pretendo desenvolver um projeto de intervenção cujo objetivo geral é elaborar uma proposta de Plano de Emergência para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 (UCIP2) através da formalização de uma norma interna do serviço como documento orientador na intervenção em situação crítica.

No sentido de validar a pertinência deste projeto de intervenção torna-se necessário proceder à elaboração um diagnóstico de situação adequado, motivo pelo qual solicito autorização para aplicação de um questionário. O mesmo encontra-se dividido em duas partes: a primeira inclui a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa multidisciplinar (assistentes operacionais, enfermeiros e médicos); e a segunda consiste na apreciação da pertinência da intervenção.

Mais informo que a participação da população alvo é voluntaria, podendo recusar livremente a sua participação. Serão assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, não sendo utilizados para outros fins que não os explanados neste documento.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Cumprimentos

Ana Patrícia Miguel, nº mecanográfico:81916
CHUALG_2017_04

APÊNDICE X - CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

FASES	TEMPO	MÊS/ANO											
		SETEMBRO 2019	OUTUBRO 2019	NOVEMBRO 2019	DEZEMBRO 2019	JANEIRO 2020	FEBREIRO 2020	MARÇO 2020	ABRIL 2020				
Diagnóstico da situação e definição de objetivos	ATIVIDADES												
	Reunir com enfermeira chefe, enfermeiro orientador e professora orientadora para validação da necessidade identificada												
	Análise SWOT												
	Leitura das normas e protocolos da instituição/unidade												
	Pesquisa bibliográfica												
Planeamento	Definição de objetivos geral e específicos												
	Construção do questionário a equipa multidisciplinar												
	Aplicação do questionário a equipa multidisciplinar												
	Construção do cronograma do projeto												
	Definição das atividades a desenvolver, estratégias e recursos necessários												
Execução	Elaboração do consentimento informado, livre e esclarecido												
	Entrega da proposta de projeto ao CFTIC/CA/Comité de Eutanasia Portuguesa												
	Pesquisa bibliográfica												
	Revisão integrativa da literatura												
	Elaboração da proposta a Plano de Emergência												
Avaliação	Identificação dos recursos materiais necessários ao plano de resposta em situação de catástrofe												
	Construção da proposta de registo de triagem nas intervenções de enfermagem												
	Reunião com o enfermeiro chefe e diretora de serviço para apreciação do Plano de Emergência desenvolvido												
	Reformulação do Plano de Emergência (se necessário)												
	Reunião com o enfermeiro chefe para apreciação da proposta de registo de triagem nas intervenções de enfermagem e sua reformulação (se necessário)												
	Preparação de sessão de formação em serviço												
	Apresentação de sessão de formação em serviço com divulgação da proposta de Plano de Emergência												
	Realização de um exercício de simulacro												
	Análise de objetivos definidos												
	Aplicação de questionário de avaliação de sessão formativa												
	Avaliação do exercício de simulacro através de debriefing												
	Divulgação dos resultados do exercício de simulacro a equipa multidisciplinar												
	Elaboração do Relatório de Eutanasia												

APÊNDICE XI - PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2 (NORMA INTERNA)

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	NORMA INTERNA	NI / CHUA- UHP Data: 10/01/2020	Página 1/19
ASSUNTO: PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO		ELABORADA POR: Enfermeira Ana Patrícia Miguel Enfermeira Mónica Martins Diretora Serviço Medicina Intensiva 2 Dra. Glória Campello Enfermeiro-Chefe da UCIP2 Enfº Fernando Aleixo REVISTO _____ _____ Em: _____	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR - QUADRO REFERÊNCIAS NORMAS INTERNAS – UCI		APROVADA PELO CA: Documento Aprovado Original Arquivado Em: _____	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		A REVER EM:	
SUBSTITUI: Sem antecedentes		Mês 2023	
PALAVRAS-CHAVE: Emergência, Evacuação			

1. POLÍTICA E DEFINIÇÃO

Os principais objetivos do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), no âmbito da segurança, são a prevenção da ocorrência de todo o tipo de acidentes que possam colocar em risco as pessoas, bens e instalações, assim como a minimização das consequências de acidentes que eventualmente possam vir a ocorrer. Compete à respetiva direção a responsabilidade de fazer cumprir a aplicação desta norma por parte de todos os elementos da equipa de saúde (CHUA, 2018).

Perante a possibilidade permanente de ocorrência de uma catástrofe ou situação de crise, em que estamos perante um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, torna-se fundamental que as unidades de saúde realizem uma análise da situação de forma a planear uma resposta sistemática e integrada baseada em regras e normas gerais de atuação (DGS, 2010).

O Plano de Evacuação da UCIP2 pretende-se que seja um documento sintético, de leitura acessível, com linguagem clara e simples, no qual estão indicadas as medidas a adotar face a cenários de acidentes nas instalações, visando a preservação da vida humana, do ambiente, da operacionalidade e do património. Nele constam não só a estrutura organizativa dos meios humanos e materiais existentes, como os procedimentos de gestão da emergência, com foco principal na sistematização de ações aquando da tomada de decisão de evacuação dos doentes internados na UCIP2 para os serviços de refúgio.

Este plano reforça a noção de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, exigindo por parte dos profissionais desta unidade uma ação coordenada, integrada e eficaz.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 2/19
--	----------------------------------	---------------

2. OBJETIVOS

O plano de evacuação pretende:

- Identificar os riscos potenciais aos quais a UCIP2 está sujeito;
- Identificar os responsáveis pela ativação do Plano de Evacuação;
- Definir o sistema de triagem dos doentes internados na UCIP2;
- Definir as ações a desenvolver na evacuação dos doentes internados na UCIP2;
- Definir o papel e as responsabilidades de cada um dos intervenientes;
- Identificar os serviços de refúgio;
- Determinar a gestão de recursos humanos e materiais.

3. CATÁLOGO DE RISCOS POTENCIAIS (Tipos de Risco)

O plano de segurança interno do CHUA Portimão identificou fatores de risco/cenário de acidentes a considerar na construção do plano de evacuação, tendo sido considerados os seguintes a aplicar na UCIP2 (CHUA, 2018):

RISCOS	
NATURAIS	- Sismo (inclui queda de objetos/estruturas; incêndios, inundações; falhas de energia; pânico) - Inundação - Descargas elétricas
TECNOLÓGICOS (riscos com origem nas instalações)	- Incêndio - Fuga de gás combustível - Derrame ou acidente grave com produtos químicos ou gases medicinais - Explosão - Falha Energética (Corte de energia da rede elétrica/ posto de transformação/ geradores de emergência/ UPS- unidades de alimentação ininterrupta) - Falha no abastecimento de água - Falha no abastecimento de gases medicinais (oxigénio, vácuo, ar comprimido, ar respirável) - Inundação
SOCIAIS	- Ameaça de bomba - Violência/agressão física - Distúrbios sociais - Fuga ou desaparecimento de doentes

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 3/19
--	----------------------------------	---------------

4. PLANO DE EVACUAÇÃO

O plano de evacuação tem como objetivo principal estabelecer os procedimentos a adotar, de forma a promover a evacuação rápida e segura de todos os ocupantes do serviço, no caso de ocorrência de uma situação de emergência.

Estão afixadas Plantas de Emergência (Anexo I) nos locais mais apropriados, para que todos os ocupantes as vejam e memorizem, contendo informação sobre: localização dos caminhos de evacuação e saídas de emergência a utilizar; localização dos meios de 1ª intervenção; localização das botoneiras manuais de alarme.

O caminho de evacuação a ser utilizado inicia-se pela porta principal da UCIP2 ou pela porta existente no corredor que dá acesso ao serviço de Anatomia Patológica.

Todas as saídas de emergência e percursos de evacuação do serviço devem ser mantidos permanentemente acessíveis e desimpedidos.

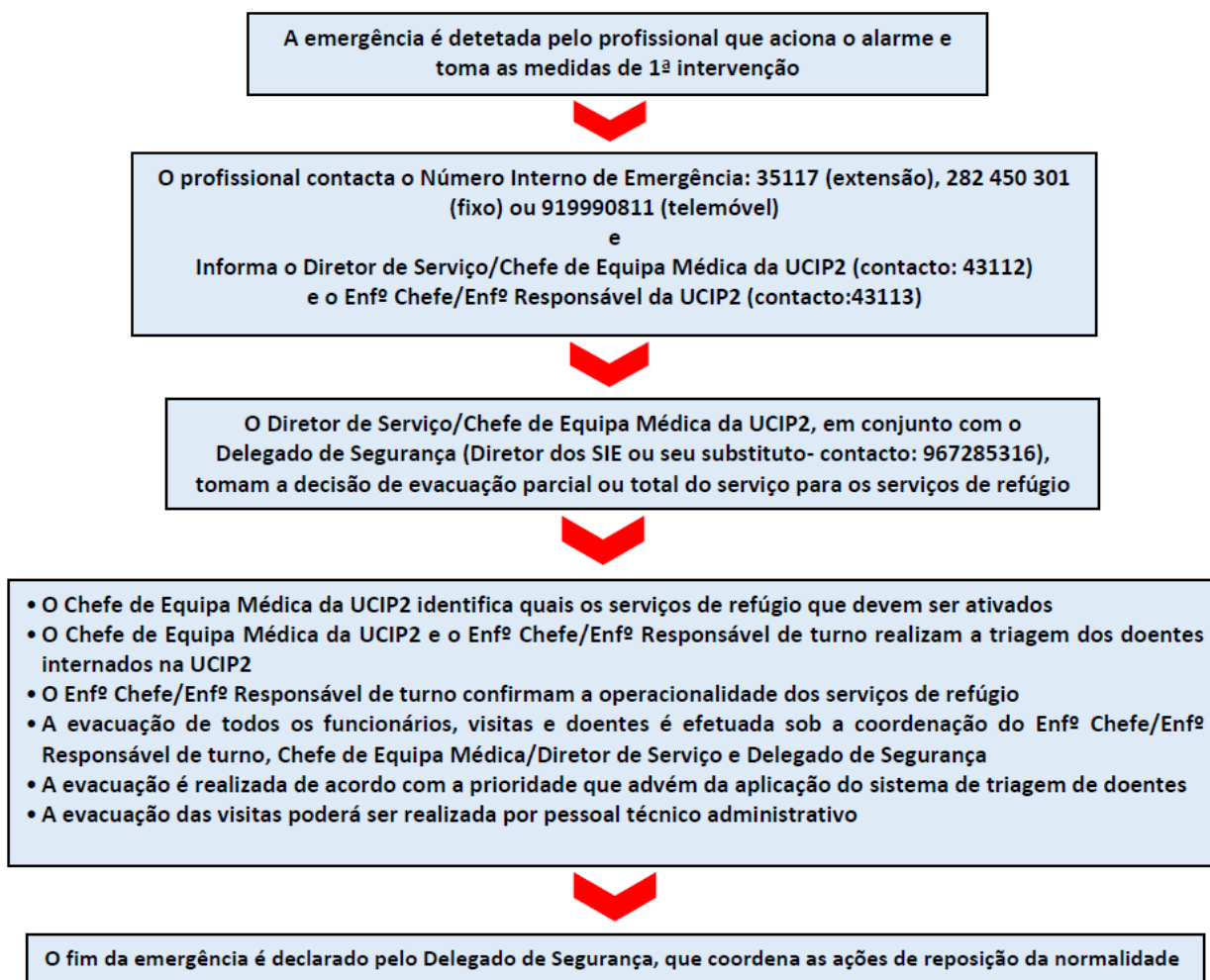
4.1 METODOLOGIA DE EVACUAÇÃO DOS DOENTES

A evacuação dos doentes deverá ser efetuada de forma rápida, mas organizada, procurando cumprir as seguintes indicações (Palacios, *et al.*, 2010):

- Manter a calma e não fomentar situações alarmistas;
- Utilizar a linha telefónica apenas quando estritamente necessário;
- Evacuar com rapidez, sem gritos nem aglomerações, guiando e prestando auxílio aos ocupantes, até às vias de evacuação;
- Não levar consigo objetos pessoais;
- Não tentar recuperar algum objeto que caia;
- Promover a ajuda mútua;
- Não voltar a entrar numa área evacuada;
- Acompanhar as pessoas evacuadas até ao ponto de reunião correspondente;
- Manter a ordem e tranquilidade nas áreas seguras;
- Quanto a área for evacuada, deverá ficar uma pessoa na saída, para impedir a entrada de pessoas que não pertençam à equipa de emergência;
- Terminada a evacuação, verificar se não existem ausências e comunicar o final da mesma.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 4/19
--	----------------------------------	---------------

4.2. FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO



CONTACTOS ÚTEIS

Número Interno de Emergência (central de videovigilância e controlo de alarmes): 35117 (extensão), 282 450 301 (fixo) ou 919990811 (telemóvel)

Número prioritário de contacto para chamadas internas de urgência com telefonista: 35697/35698

Delegado de Segurança (Diretor dos SIE (Serviço de Instalações e Equipamentos) ou seu substituto): 967285316

Chefe de Equipa Médica da UCIP2/Diretor de Serviço: 43112

Enfermeiro Chefe/Enfermeiro Responsável de turno da UCIP2: 43113

Enfermeiro de Coordenação: 43052

Cirurgia Ambulatória (Enfermeiro Responsável): 43065

Unidade de Internamento de Doentes Agudos (Enfermeiro Responsável): 43138

Serviço de Urgência (Decisão Clínica-Enfermeiro Chefe de Equipa): 43086

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 5/19
--	----------------------------------	---------------

4.3. SISTEMA DE TRIAGEM DE DOENTES

O sistema de triagem de doentes a aplicar na UCIP2 (Tabela 1), visa priorizar os doentes de acordo com as suas necessidades e hipóteses de sobrevivência. Desta forma, considera que os doentes com maior possibilidade de sobrevivência e que necessitem de um menor suporte vital, deverão ser evacuados primeiro.

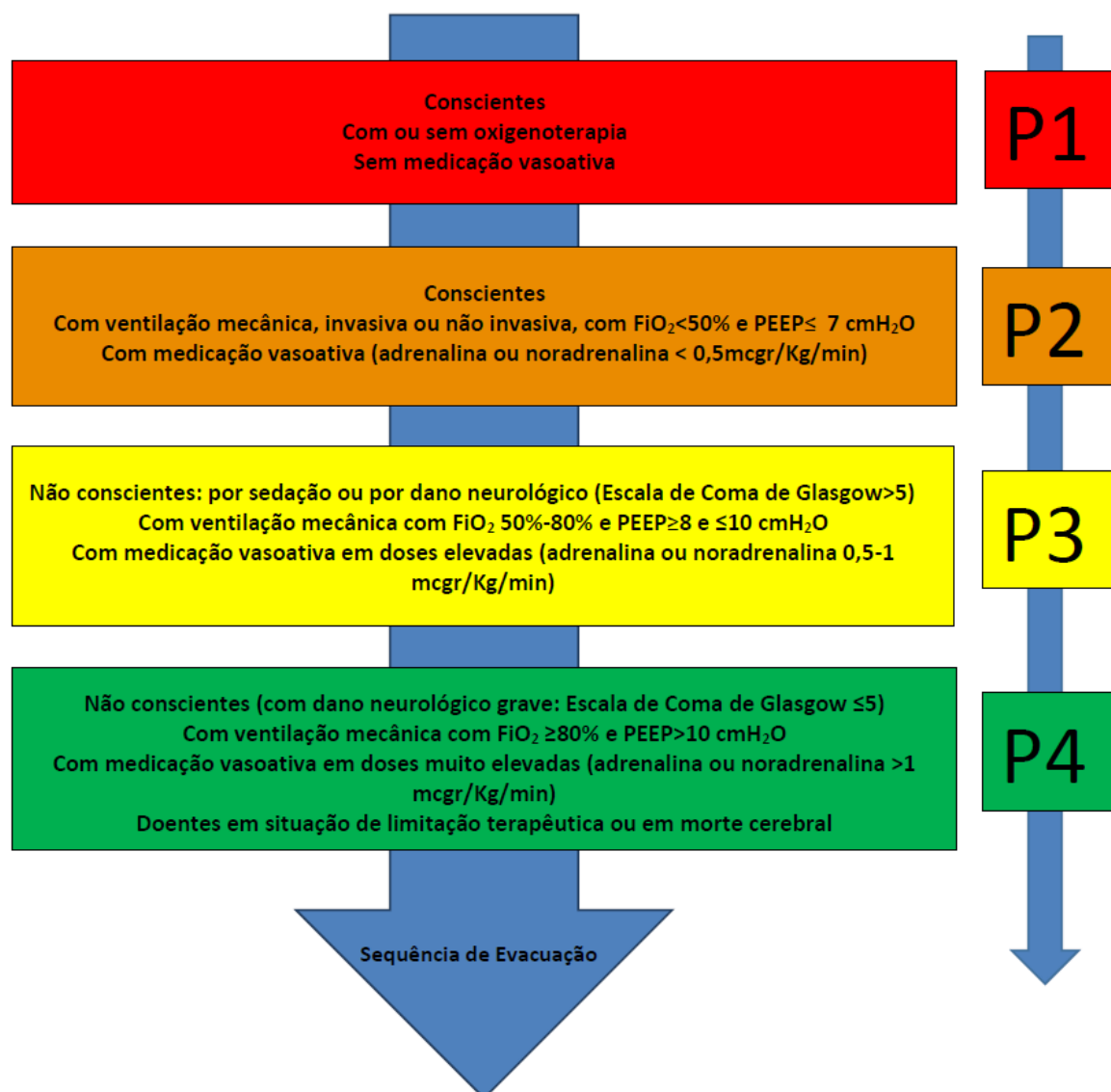
Prioridade (P) na ordem de evacuação de doentes	
P1	• Conscientes • Com ou sem oxigenoterapia • Sem medicação vasoativa
P2	• Conscientes • Com ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva, com $FiO_2 < 50\%$ e $PEEP \leq 7$ cmH₂O • Com medicação vasoativa (adrenalina ou noradrenalina $< 0,5$ mcgr/Kg/min)
P3	• Não conscientes: - por sedação ou, - por dano neurológico (Escala de Coma de Glasgow > 5) • Com ventilação mecânica com FiO_2 50%-80% e $PEEP \geq 8$ e ≤ 10 cmH₂O • Com medicação vasoativa em doses elevadas (adrenalina ou noradrenalina 0,5-1 mcgr/Kg/min)
P4	• Não conscientes, com dano neurológico grave (Escala de Coma de Glasgow ≤ 5) • Com ventilação mecânica com $FiO_2 \geq 80\%$ e $PEEP > 10$ cmH₂O • Com medicação vasoativa em doses muito elevadas (adrenalina ou noradrenalina > 1 mcgr/Kg/min) • Doentes em situação de limitação terapêutica ou em morte cerebral

Tabela 1 – Classificação da prioridade de evacuação (Adaptado de Palacios, *et al.*, 2010)

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 6/19
--	----------------------------------	---------------

4.4 FLUXOGRAMA DE TRIAGEM DE DOENTES PARA EVACUAÇÃO IMEDIATA

Por forma a facilitar o processo de triagem e priorizar a evacuação dos doentes, foi criado o seguinte fluxograma baseado na tabela descrita anteriormente:



(Fonte: Adaptado de Palacios, *et al*, 2010)

Os dados de identificação e triagem do doente são sistematizados num cartão (Apêndice I), que deverá acompanhar o doente durante o processo de evacuação para o serviço de refúgio.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 7/19
---	---	--------------------------------------

4.5 SERVIÇOS DE REFÚGIO

A tomada de decisão de evacuação dos doentes da UCIP2, poderá exigir a coordenação com as Forças de Socorro Externas (Bombeiros, PSP), acionadas pelo Delegado de Segurança e poderá passar pela evacuação parcial ou total dos doentes para os serviços de refúgio e/ou outra unidade hospitalar.

A opção por uma evacuação parcial, consiste em mobilizar os doentes de uma sala para a outra dentro da própria UCIP2, caso se verifique que a ameaça ou a emergência não põe em causa a operacionalidade de todo o serviço e apenas de uma determinada área afetada. Em caso de se verificar a necessidade de evacuação total dos doentes, passa-se a uma situação de transporte dos doentes para os serviços de refúgio: **Cirurgia Ambulatória, Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e Serviço de Urgência (Decisão Clínica).**

Gestão de Doentes:

Consoante o número e tipologia de doentes internados na UCIP2, a transferência para os serviços de refúgio será realizada preferencialmente da seguinte forma:

Prioridade 1: Decisão Clínica (Serviço de Urgência)

Prioridade 2: Cirurgia Ambulatória ou UIDA

Prioridade 3: UIDA

Prioridade 4: UIDA

A - Cirurgia Ambulatória

- Possibilidade de ativar até **7 Camas** com gases medicinais/vácuo e monitorização contínua.
- Equipamento/instalações disponíveis:
 - Monitores fisiológicos: 7
 - Fichas elétricas por unidade: 4
- O acesso à Cirurgia Ambulatória faz-se pela porta de entrada no serviço de Hospital de Dia.
- O contacto prévio com o serviço poderá obrigar à suspensão da atividade cirúrgica.
- Se estiverem a decorrer cirurgias (2 salas de cirurgia) 2 das 7 camas do recobro terão de ser destinadas aos doentes que necessitam de cuidados pós anestésicos.
- O contacto prévio com o serviço irá também permitir a mobilização das camas existentes no recobro para o corredor de acesso à Anatomia Patológica, deixando assim desimpedido o espaço físico do serviço de refúgio.
- Número de contacto direto (Enfermeiro Responsável): 43065.

B - UIDA

- Possibilidade de ativar até **9 Camas** com gases medicinais/vácuo e monitorização contínua.
- Equipamento/instalações disponíveis:

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 8/19
---	---	--------------------------------------

- Ventiladores portáteis: 4 (1 *Servo i* e 2 Astral: ventilação mecânica invasiva e não invasiva; 1 V60: ventilação não invasiva)

- Monitores fisiológicos: 9

- Fichas elétricas por unidade: 10

- O acesso é realizado via “caminho de evacuação” (conforme plano de segurança interno).

- O contacto prévio com o serviço permitirá a mobilização das camas não ocupadas existentes no serviço, para o corredor de acesso ao Bloco Operatório.

- Número de contacto direto (Enfermeiro Responsável): 43138.

C - Serviço de Urgência (Decisão Clínica)

- Possibilidade de ativar **3 camas** com gases medicinais/vácuo e monitorização contínua (área localizada na ala direita da sala de decisão clínica: antiga sala de trabalho).

- Equipamento/instalações disponíveis:

- Monitores Fisiológicos: 9

- Fichas elétricas por unidade: 2 (possibilidade de utilizar fichas triplas que estão disponíveis em número suficiente no serviço).

- O acesso é realizado via “caminho de evacuação” (conforme plano de segurança interno).

- Número de contacto direto (Enfermeiro Chefe de Equipa): 43086.

5. DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA ESTRUTURA OPERACIONAL DE EMERGÊNCIA

Aos intervenientes deste plano estão associadas funções e responsabilidades sistematizadas nos seguintes cartões de ação:

5.1 FUNÇÕES DO DIRETOR DO SERVIÇO DA UCIP2 OU CHEFE DE EQUIPA MÉDICA DA UCIP2:

1. Confirmar o cenário e gravidade do acidente;
2. Localizar o *dossier* do “PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2” (Gabinete do Diretor de Serviço);
3. Contactar o Diretor do Serviço da UCIP2 e o Chefe de Equipa Médica do Serviço de Urgência para o informar da situação de emergência;
4. Ponderar a possibilidade de contactar as entidades adequadas (Presidente do Conselho de Administração, Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor) e mantê-los informados da evolução da situação;
5. Solicitar a presença do Enfermeiro Chefe ou do Enfermeiro Responsável de Turno para, em conjunto com o Delegado de Segurança, decidirem a necessidade de evacuação dos doentes (parcial ou total);
6. Após tomada de decisão de evacuação total, dar início ao processo de triagem de doentes em estreita colaboração com os enfermeiros de serviço;

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 9/19
--	----------------------------------	---------------

7. Contactar os serviços de refúgio para dar conhecimento da transferência de doentes;
8. Certificar-se que os serviços de refúgio estão a ser preparados para o acolhimento dos doentes da UCIP2;
9. Delegar as funções que considere necessárias aos restantes elementos da equipa da UCIP2;
10. Promover a transferência de doentes internados na UIDA, para os serviços de internamento (caso necessário);
11. Ponderar a transferência inter-hospitalar dos doentes da UCIP2;
12. Acompanhar permanentemente toda a situação nas diversas áreas e solicitar reforço de profissionais se tal se tornar necessário.

5.2 FUNÇÕES DO ENFERMEIRO CHEFE DO SERVIÇO OU ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO DA UCIP2:

1. Informar o Enfermeiro Chefe de Equipa do Serviço de Urgência e o Enfermeiro de Coordenação do CHUA (contacto: 43052), que foi ativado o Plano de Evacuação da UCIP2;
2. Contactar o Enfermeiro Chefe da UCIP2 para o informar da situação de emergência;
3. Fazer o ponto da situação das camas disponíveis nos serviços de refúgio em colaboração com o Enfermeiro de Coordenação e informar o Chefe da Equipa Médica da UCIP2;
4. Verificar, em conjunto com o Chefe de Equipa Médica da UCIP2, a operacionalidade das unidades dos serviços de refúgio;
5. Coordenar, em conjunto com o Chefe de Equipa Médica da UCIP2, a evacuação dos doentes de acordo com a triagem realizada;
6. A central telefónica e os serviços de imagiologia, patologia clínica e farmácia deverão ser informados da ocorrência da situação de crise, de forma a ficarem sob alerta;
7. Assegurar ou pedir a colaboração do Enfermeiro de Coordenação para garantir o acesso a equipamentos, *stocks* de fármacos, consumíveis, roupa e esterilização;
8. Certificar que os impressos de registo em formato papel acompanham os doentes até ao serviço de refúgio (em caso de falha do sistema informático).

5.3 FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DA UCIP2:

1. Colaborar no processo de triagem dos doentes da UCIP2;
2. Acompanhar os doentes, respetivo equipamento e processos clínicos até ao serviço de refúgio;
3. Certificar que os impressos de registo em formato papel acompanham os doentes até ao serviço de refúgio;
4. Manter a prestação de cuidados no serviço de destino.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 10/19
--	----------------------------------	----------------

5.4 FUNÇÕES DO ASSISTENTE OPERACIONAL DA UCIP2:

1. Acompanhar os doentes, respetivo equipamento e processos clínicos até ao serviço de refúgio;
2. Mobilizar o carro de medicação para o serviço de refúgio (Cirurgia Ambulatória);
3. Manter a assistência na prestação de cuidados no serviço de destino.

6. REDISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Os assistentes operacionais, os enfermeiros e os médicos que prestam cuidados na UCIP2 serão distribuídos pelos serviços de refúgio, à medida que os doentes vão sendo transferidos.

Os enfermeiros e assistentes operacionais dos serviços de refúgio deverão dar apoio à prestação de cuidados aos doentes provenientes da UCIP2, até a situação de crise se encontrar normalizada.

Caso se mostre necessário o reforço das equipas médicas, de enfermagem ou de assistentes operacionais, é recomendável contactar as equipas que deveriam entrar ao serviço no turno seguinte.

7. REDISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS

Os recursos materiais da UCIP2 disponíveis para a evacuação dos doentes para serviço de refúgio são:

- Ventiladores portáteis: 5 (3 *Drager*; 1 *Servo i*; 1 *Elisée*)
- Seringas Infusoras: 40
- Bombas Infusoras: 16
- Garrafas de Oxigénio: 3
- Monitores Fisiológicos: 11

O equipamento da unidade do doente (monitor portátil, seringas Infusoras, bombas infusoras, bombas de alimentação, ressuscitador manual) deverá acompanhá-lo até ao serviço de refúgio.

Caso sejam necessários recursos materiais que não estejam contemplados nesta norma, no Anexo nº3 do Plano de Catástrofe Externa (NH 4/CHUA) está descrito detalhadamente o inventário de camas, ventiladores, monitores fisiológicos, seringas infusoras e bombas infusoras disponíveis no CHUA.

O carro de medicação da UCIP2 deverá acompanhar os doentes na evacuação para a Cirurgia Ambulatória.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 11/19
--	----------------------------------	----------------

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA]- Unidade Hospitalar de Portimão (2018). *Plano de Segurança Interno*, Versão 3, p. 1-60.

Palacios, M. Sánchez; et al. (2010) - *Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad*. Medicina Intensiva. Vol. 34, nº 3, p.198-202.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 12/19
--	----------------------------------	----------------

APÊNDICES

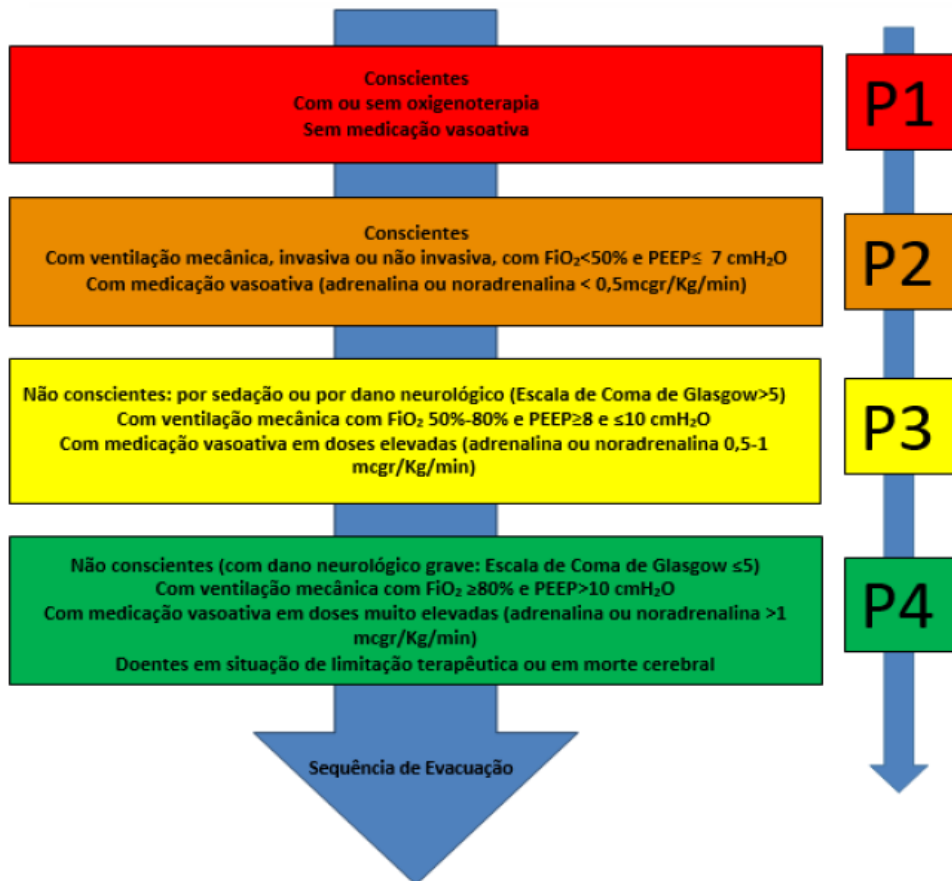
**PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2)**
UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO

NI / CHUA- UHP
DATA: Mês 2020

FOLHA
13/19

APÊNDICE I

Cartão de Triagem de Doentes



Cama	Nome	Consciência Sedação	Ventilação	Medicação Vasoativa	Prioridade	Serviço Refúgio ¹
1						
2						
3						
4						
5						
6						
10						
11						
12						

¹ Serviços de Refúgio: Decisão Clínica: P1; Cirurgia Ambulatória: P2; UIDA: P2, P3, P4

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 14/19
--	----------------------------------	----------------

APÊNDICE II

CARTÕES DE AÇÃO

FUNÇÕES DO DIRETOR DO SERVIÇO DA UCIP2 OU CHEFE DE EQUIPA MÉDICA DA UCIP2:

- Confirmar o cenário e gravidade do acidente;
- Localizar o *dossier* do “PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2” (Gabinete do Diretor de Serviço);
- Contactar o Diretor do Serviço da UCIP2 e o Chefe de Equipa Médica do Serviço de Urgência para o informar da situação de emergência;
- Ponderar a possibilidade de contactar as entidades adequadas (Presidente do Conselho de Administração, Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor) e mantê-los informados da evolução da situação;
- Articular com Enfermeiro Chefe ou Enfermeiro Responsável de Turno e o Delegado de Segurança a decisão da necessidade de evacuação dos doentes (parcial ou total);
- Realizar a triagem de doentes (em colaboração com os enfermeiros de serviço);
- Contactar os serviços de refúgio;
- Certificar-se que os serviços de refúgio estão a ser preparados;
- Delegar as funções que considere necessárias aos restantes elementos da equipa da UCIP2 (p.ex. atribuição de doentes).
- Promover a transferência de doentes internados na UIDA, para os serviços de internamento (caso necessário);
- Ponderar a transferência inter-hospitalar dos doentes da UCIP2;
- Acompanhar permanentemente toda a situação nas diversas áreas e solicitar reforço de profissionais se tal se tornar necessário.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 15/19
--	----------------------------------	----------------

CARTÕES DE AÇÃO

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO CHEFE DO SERVIÇO OU ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO DA UCIP2:

- Informar o Enfº Chefe da UCIP2, o Enfº Chefe de Equipa do Serviço de Urgência e o Enfº de Coordenação do CHUA (contacto: 43052) de que foi ativado o Plano de Evacuação da UCIP2;
- Fazer o ponto da situação das camas disponíveis nos serviços de refúgio (colaboração com o Enfermeiro de Coordenação e informar o Chefe da Equipa Médica da UCIP2);
- Verificar, em conjunto com o Chefe de Equipa Médica da UCIP2, a operacionalidade das unidades dos serviços de refúgio;
- Coordenar, em conjunto com o Chefe de Equipa Médica da UCIP2, a evacuação dos doentes de acordo com a triagem realizada;
- A central telefónica e os serviços de imagiologia, patologia clínica e farmácia deverão ser informados da ocorrência da situação de crise, de forma a ficarem sob alerta.
- Assegurar ou pedir a colaboração do Enfermeiro de Coordenação para garantir o acesso a equipamentos, stocks de fármacos, consumíveis, roupa e esterilização;
- Certificar que os impressos de registo em formato papel acompanham os doentes até ao serviço de refúgio (em caso de falha do sistema informático).

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 16/19
--	----------------------------------	----------------

CARTÕES DE AÇÃO

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DA UCIP2:

- Colaborar no processo de triagem dos doentes da UCIP2;
- Acompanhar os doentes, respetivo equipamento e processos clínicos até ao serviço de refúgio;
- Certificar que os impressos de registo em formato papel acompanham os doentes até ao serviço de refúgio;
- Manter a prestação de cuidados no serviço de destino.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 17/19
--	----------------------------------	----------------

CARTÕES DE AÇÃO

FUNÇÕES DO ASSISTENTE OPERACIONAL DA UCIP2:

- Acompanhar os doentes, respetivo equipamento e processos clínicos até ao serviço de refúgio;
- Mobilizar o carro de medicação para o serviço de refúgio (Cirurgia Ambulatória);
- Manter a assistência na prestação de cuidados no serviço de destino.

PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO	NI / CHUA- UHP DATA: Mês 2020	FOLHA 18/19
--	----------------------------------	----------------

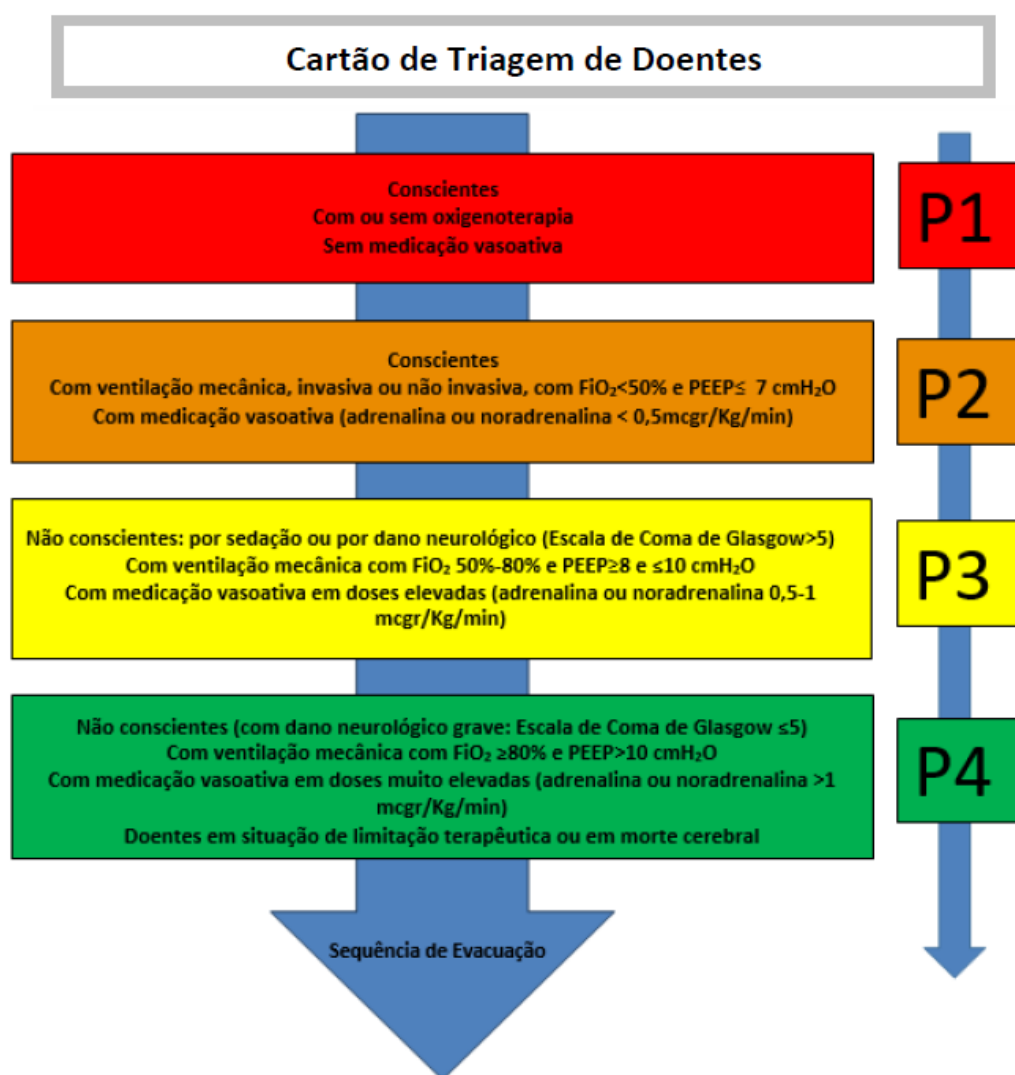
ANEXOS

Piso 1:

Planta de Emergência do Piso 1



APÊNDICE XII - CARTÃO DE TRIAGEM DE DOENTES



Cama	Nome	Consciência Sedação	Ventilação	Medicação Vasoativa	Prioridade	Serviço Refúgio ¹
1						
2						
3						
4						
5						
6						
10						
11						
12						

¹ Serviços de Refúgio: Decisão Clínica: P1; Cirurgia Ambulatória: P2; UIDA: P2, P3, P4

APÊNDICE XIII - PLANO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO



PLANO DE SESSÃO			
Serviço	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 – Centro Hospitalar Universitário do Algarve		
Tema	PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2)		
Data - Hora	22/01/2020 – 13h30; 16h00 28/01/2020 – 16h00	Local	Sala de reuniões da UCIP 2
Destinatários	Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos da UCIP2	Duração	45 Minutos
Formador	Ana Patrícia Miguel	Orientadores	Enfermeira Mónica Martins e Professora Maria Antónia Costa
Recursos materiais	Computador e monitor multimédia		
OBJETIVOS			
Gerais:			
- Promover a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde prestados aos doentes da UCIP2 em situação de emergência interna; - Uniformizar procedimentos na evacuação dos doentes da UCIP2.			
Específicos:			
- Divulgar o Plano de Evacuação da UCIP2; - Realizar um exercício de simulação de evacuação da UCIP2 que inclua a realização de triagem dos doentes da UCIP2 e discussão de fluxograma de evacuação.			
	Conteúdos	Metodologia	Duração
INTRODUÇÃO	- Apresentação; - Objetivos da sessão de formação.	Método expositivo	5 min
DESENVOLVIMENTO	- Contextualização e justificação da temática; - Apresentação do Plano de Evacuação da UCIP2; - Riscos potenciais aos quais a UCIP2 está sujeito; - Responsáveis pela ativação do Plano de Evacuação; - Fluxograma de evacuação dos doentes internados na UCIP2; - Sistema de triagem dos doentes internados na UCIP2; - Papel e responsabilidades de cada um dos intervenientes; - Serviços de refúgio; - Gestão de recursos humanos e materiais. - Exercício de simulação de evacuação da UCIP2 que inclua a realização de triagem dos doentes da UCIP2 e discussão de fluxograma de evacuação.	- Método expositivo - Brainstorming	25 min
CONCLUSÃO	- Sumário dos pontos-chave da sessão; - Esclarecimento de dúvidas.	- Método expositivo - Brainstorming	10 min
AVALIAÇÃO	- Aplicação de questionário de avaliação da sessão. - Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos adquiridos.	Preenchimento de questionário	5 min

APÊNDICE XIV - APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO



PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2

Discente Formador:
Ana Patrícia Miguel

Orientador Supervisor Clínico:
Enfª Especialista Mónica Martins

Docente Orientador:
Professora Maria Antónia Costa

22 DE JANEIRO DE 2020



OBJETIVOS DA SESSÃO:

Gerais:

- Promover a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde prestados aos doentes da UCIP2 em situação de emergência interna;
- Uniformizar procedimentos na evacuação dos doentes da UCIP2.

Específicos:

- Divulgar o Plano de Evacuação da UCIP2;
- Realizar um exercício de simulação de evacuação da UCIP2 que inclua a realização de triagem dos doentes da UCIP2 e discussão de fluxograma de evacuação.



	NORMA INTERNA	NI / CHUA- UHP Data: 10/01/2020	Página 1/15	1. Política e Definição 2. Objetivos 3. Catálogo de Riscos Potenciais 4. Plano de Evacuação 4.1 Metodologia 4.2 Fluxograma de Evacuação 4.3 Sistema de Triagem de Doentes 4.4 Fluxograma de Triagem de Doentes para evacuação imediata 4.5 Serviços de Refúgio 5. Definição de Papéis e Responsabilidades da Estrutura Operacional de Emergência 6. Redistribuição de Recursos Humanos 7. Redistribuição de Recursos Materiais 8. Referências Bibliográficas
ASSUNTO: PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO		ELABORADA POR: Enfermeira Ana Patrícia Miguel Enfermeira Mónica Martins Diretora Serviço Medicina Intensiva 2 Dra. Glória Campello Enfermeiro-Chefe de UCIP2 EnR2 Fernando Aleixo REVISTO _____ Em: _____		
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR - QUADRO REFERENCIAS NORMAS INTERNAS – UCI		APROVADA PELO CA: Documento Aprovado Original Arquivado Em: _____		
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		A REVER EM: _____		
SUBSTITUI: Sem antecedentes		Mês 2023		
PALAVRAS-CHAVE: Emergência, Evacuação				

Localização o dossier do "PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2": Gabinete do Diretor de Serviço



PLANO DE EVACUAÇÃO

Conjunto de **medidas a adotar face a cenários de acidentes nas instalações**, visando a preservação da vida humana, do ambiente, da operacionalidade e do património.

Constam não só a **estrutura organizativa dos meios humanos e materiais** existentes, como os **procedimentos de gestão da emergência**, com foco principal na sistematização de ações aquando da tomada de decisão de evacuação dos doentes internados na UCIP2 para os serviços de refúgio.

Este plano reforça a noção de uma **cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco**, exigindo por parte dos profissionais desta unidade uma **ação coordenada, integrada e eficaz**.

Fonte: CHUA, 2018; DGS, 2010

OBJETIVOS DO PLANO DE EVACUAÇÃO

- Identificar os riscos potenciais aos quais a UCIP2 está sujeito;
- Identificar os responsáveis pela ativação do Plano de Evacuação;
- Definir o sistema de triagem dos doentes internados na UCIP2;
- Definir as ações a desenvolver na evacuação dos doentes internados na UCIP2;
- Definir o papel e as responsabilidades de cada um dos intervenientes;
- Identificar os serviços de refúgio;
- Determinar a gestão de recursos humanos e materiais.

CATÁLOGO DE RISCOS POTENCIAIS (Tipos de Risco)




RISCOS	
NATURAIS	- Sismo (inclui queda de objetos/estruturas; Incêndios, Inundações; falhas de energia; pânico) - Inundação - Descargas elétricas
TECNOLÓGICOS (riscos com origem nas instalações)	- Incêndio - Fuga de gás combustível - Derrame ou acidente grave com produtos químicos ou gases medicinais - Explosão - Falha Energética (Corte de energia da rede elétrica/posto de transformação/generadores de emergência/UPS- unidades de alimentação ininterrupta) - Falha no abastecimento de água - Falha no abastecimento de gases medicinais (oxigénio, vácuo, ar comprimido, ar respirável) - Inundação
SOCIAIS	- Ameaça de bomba - Violência/agressão física - Distúrbios sociais - Fuga ou desaparecimento de doentes

Fonte: CHUA, 2018



METODOLOGIA DE EVACUAÇÃO DOS DOENTES

Calma! Rapidez! Ordem! Tranquilidade!





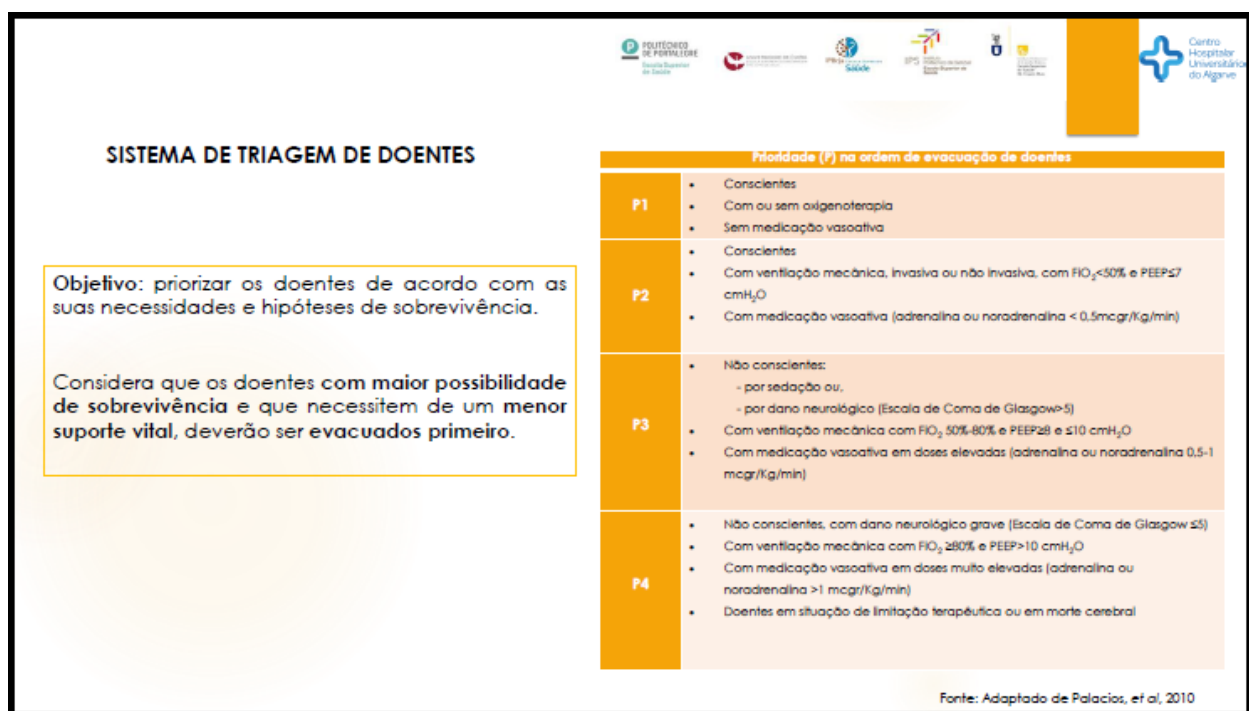
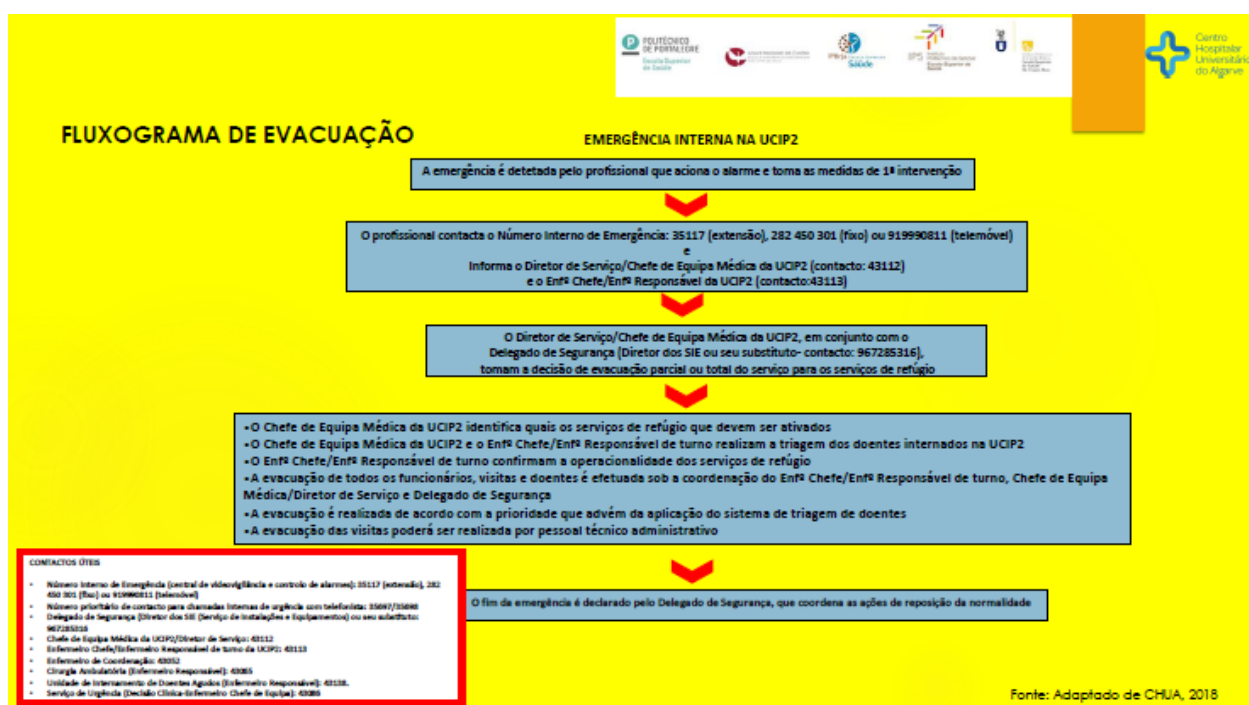
PLANO DE EVACUAÇÃO

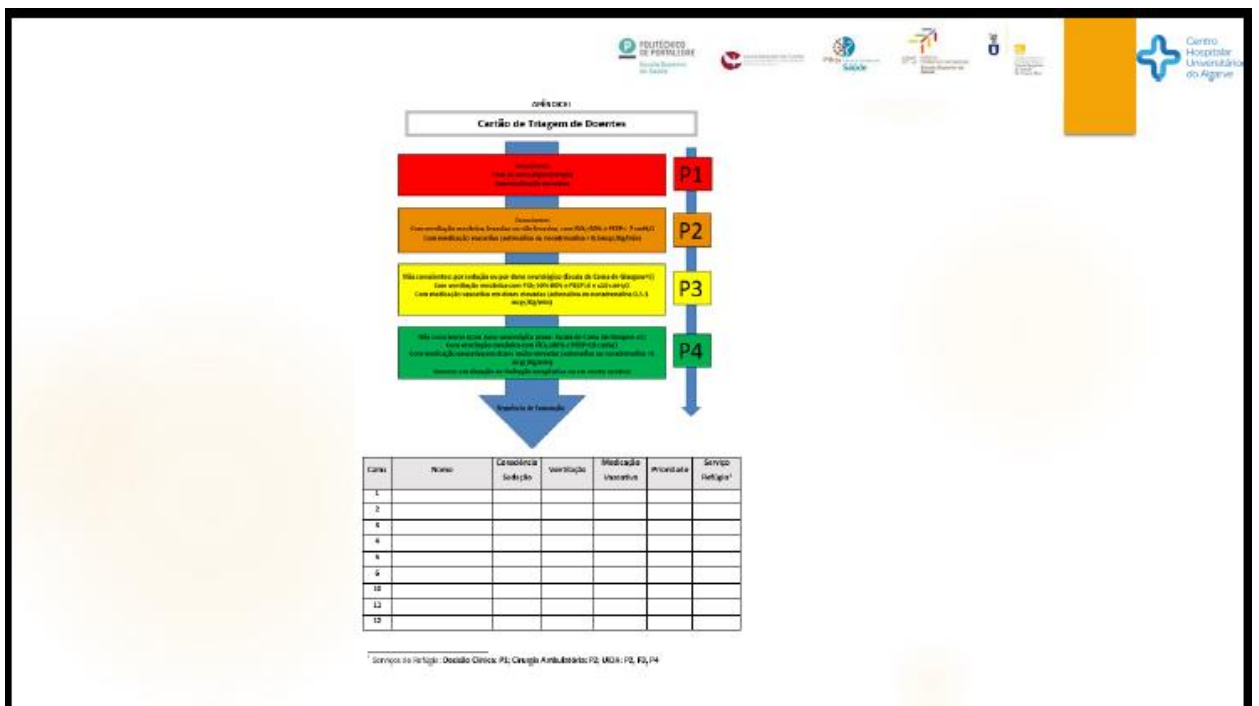
P803:



O **caminho de evacuação** a ser utilizado inicia-se pela porta principal da UCIP2 ou pela porta existente no corredor que dá acesso ao serviço de Anatomia Patológica.

Fonte: CHUA, 2018







SERVIÇOS DE REFÚGIO

EVACUAÇÃO

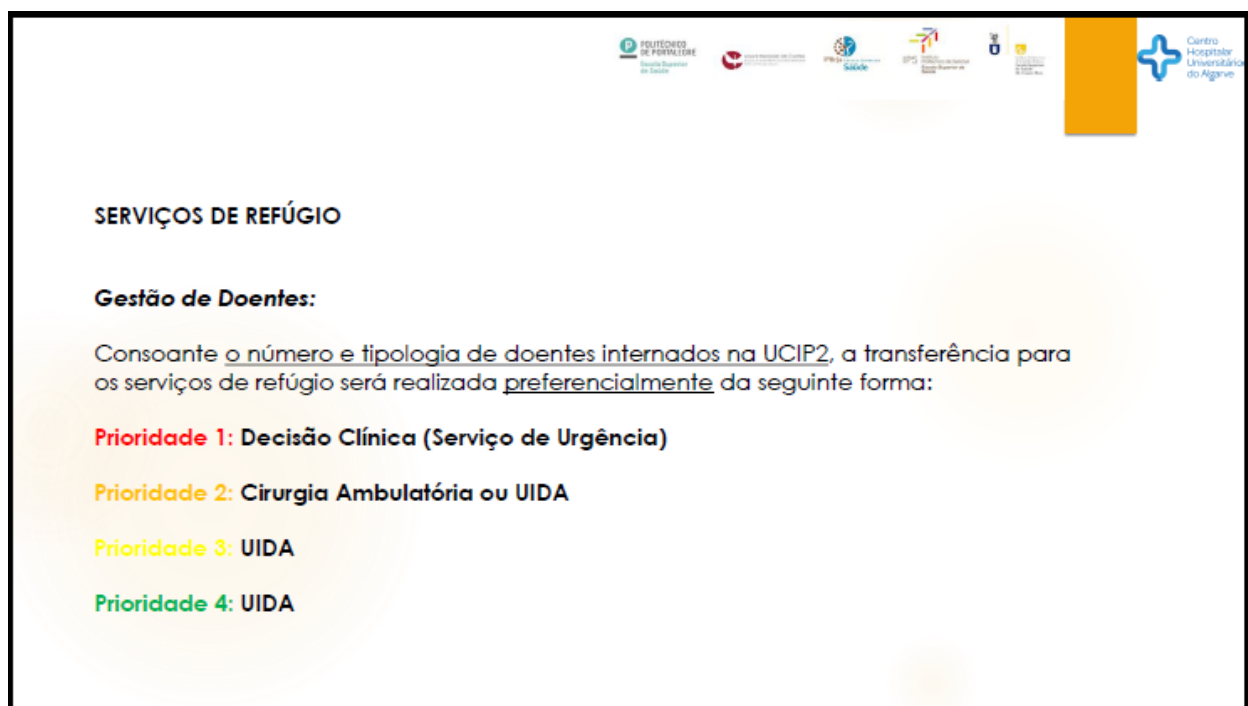
Evacuação parcial: da sala 1 para a sala 2 da UCIP2 ou vice-versa

Evacuação total: transporte dos doentes para os Serviços de Refúgio

Cirurgia Ambulatória

Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA)

Serviço de Urgência (Decisão Clínica)



SERVIÇOS DE REFÚGIO

Gestão de Doentes:

Consoante o número e tipologia de doentes internados na UCIP2, a transferência para os serviços de refúgio será realizada preferencialmente da seguinte forma:

Prioridade 1: Decisão Clínica (Serviço de Urgência)

Prioridade 2: Cirurgia Ambulatória ou UIDA

Prioridade 3: UIDA

Prioridade 4: UIDA

A photograph of a hospital ward. Several beds are arranged in rows, each with a bedside table and a chair. Medical equipment, including monitors and IV stands, is visible in the background. A person is sitting in the foreground, partially obscured by a white cloth.

Possibilidade de ativar até **7 Camas** com gases medicinais/vácuo e monitorização contínua.

O **contacto prévio** com o serviço poderá obrigar à suspensão da atividade cirúrgica.

Se estiverem a decorrer cirurgias (2 salas de cirurgia) 2 das 7 camas do recobro terão de ser destinadas aos doentes que necessitam de cuidados pós anestésicos.

O contacto prévio com o serviço irá também permitir a **mobilização das camas** existentes no recobro para o corredor de acesso à Anatomia Patológica, deixando assim desimpedido o espaço físico do serviço de refúgio.

Possibilidade de ativar até **9 Camas** com gases medicinais/vácuo, monitorização contínua e ventilação mecânica.

O **contacto prévio** com o serviço permitirá a mobilização das camas não ocupadas existentes no serviço para o corredor de acesso ao Bloco Operatório.





SERVIÇOS DE REFÚGIO

C - Serviço de Urgência (Decisão Clínica)

Possibilidade de ativar até **3 camas** com gases medicinais/vácuo e monitorização contínua.





DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DA ESTRUTURA OPERACIONAL DE EMERGÊNCIA

Cartão de ação

FUNÇÕES DO DIRETOR DO SERVIÇO DA UCIP2 OU CHEFE DE EQUIPA MÉDICA DA UCIP2:

- Confirmar o cenário e gravidade do acidente;
- Localizar o dossier do "PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2" (Gabinete do Diretor de Serviço);
- Contactar o Diretor do Serviço da UCIP2 e o Chefe de Equipa Médica do Serviço de Urgência para o informar da situação de emergência;
- Ponderar a possibilidade de contactar as entidades adequadas (Presidente do Conselho de Administração, Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor) e mantê-los informados da evolução da situação;
- Articular com Enfermeiro Chefe ou Enfermeiro Responsável de Turno e o Delegado de Segurança a decisão da necessidade de evacuação dos doentes (parcial ou total);
- Realizar a triagem de doentes (em colaboração com os enfermeiros de serviço);
- Contactar os serviços de refúgio;
- Certificar-se que os serviços de refúgio estão a ser preparados;
- Delegar as funções que considere necessárias aos restantes elementos da equipa da UCIP2 (p.ex. atribuição de doentes);
- Promover a transferência de doentes internados na UIDA, para os serviços de internamento (caso necessário);
- Ponderar a transferência inter-hospitalar dos doentes da UCIP2;
- Acompanhar permanentemente toda a situação nas diversas áreas e solicitar reforço de profissionais se tal se tornar necessário.



Cartão de ação

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO CHEFE DO SERVIÇO OU ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO DA UCIP2:

- Informar o En^º Chefe da UCIP2, o En^º Chefe de Equipa do Serviço de Urgência e o En^º de Coordenação do CHUA (contacto: 43052) de que foi ativado o Plano de Evacuação da UCIP2;
- Fazer o ponto da situação das camas disponíveis nos serviços de refúgio (colaboração com o Enfermeiro de Coordenação e informar o Chefe da Equipa Médica da UCIP2);
- Verificar, em conjunto com o Chefe de Equipa Médica da UCIP2, a operacionalidade das unidades dos serviços de refúgio;
- Coordenar, em conjunto com o Chefe de Equipa Médica da UCIP2, a evacuação dos doentes de acordo com a triagem realizada;
- A central telefónica e os serviços de imagiologia, patologia clínica e farmácia deverão ser informados da ocorrência da situação de crise, de forma a ficarem sob alerta.
- Assegurar ou pedir a colaboração do Enfermeiro de Coordenação para garantir o acesso a equipamentos, stocks de fármacos, consumíveis, roupa e esterilização;
- Certificar que os impressos de registo em formato papel acompanham os doentes até ao serviço de refúgio (em caso de falha do sistema informático).



Cartão de ação

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DA UCIP2:

- Colaborar no processo de triagem dos doentes da UCIP2;
- Acompanhar os doentes, respetivo equipamento e processos clínicos até ao serviço de refúgio;
- Certificar que os impressos de registo em formato papel acompanham os doentes até ao serviço de refúgio;
- Manter a prestação de cuidados no serviço de destino.



Cartão de ação

FUNÇÕES DO ASSISTENTE OPERACIONAL DA UCIP2:

- Acompanhar os doentes, respetivo equipamento e processos clínicos até ao serviço de refúgio;
- Mobilizar o carro de medicação para o serviço de refúgio (Cirurgia Ambulatória);
- Manter a assistência na prestação de cuidados no serviço de destino.



REDISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

- Os assistentes operacionais, enfermeiros e médicos que prestam cuidados na UCIP2 serão **distribuídos** pelos **serviços de refúgio**, à medida que os doentes vão sendo transferidos.
- Os enfermeiros e assistentes operacionais dos **serviços de refúgio** **deverão dar apoio** à prestação de cuidados aos doentes provenientes da UCIP2, até a situação de crise se encontrar normalizada.
- Caso se mostre necessário o **reforço das equipas** médicas, de enfermagem ou de assistentes operacionais, é recomendável contactar as equipas que deveriam entrar ao serviço.



REDISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS

- Inventário de recursos materiais da UCIP2 e dos serviços de refúgio disponíveis para a evacuação.
- O equipamento da unidade do doente (monitor portátil, seringas Infusoras, bombas infusoras, bombas de alimentação, insuflador manual) deverá acompanhá-lo até ao serviço de refúgio.
- O carro de medicação da UCIP2 deverá acompanhar os doentes na evacuação para a Cirurgia Ambulatória.



TAKE HOME MESSAGES



	NORMA INTERNA	NI / CHUA- UHP Data: 10/01/2020	Página 1/15
ASSUNTO: PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO		ELABORADA POR: Enfermeira Ana Patrícia Miguel Enfermeira Mónica Martins Diretora Serviço Medicina Intensiva 2 Dns. Olívia Campelo Enfermeiro-Chefe da UCIP2 Excm Fernando Ribeiro REVISTO Em: _____	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR - QUADRO REFERÊNCIAS NORMAS INTERNAS - UCI		APROVADA PELO C.A.: Documento Aprovado Original Arquivado Em: _____	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		Em: _____	
SUBSTITUI: Sem antecedentes		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: Emergência, Evacuação		Mês 2023	

EMERGENTE	VERMELHO
MUITO URGENTE	LARANJA
URGENTE	AMARELO
POUCO URGENTE	VERDE



afirmação:

Centro de Triagem de Doentes

P1
Doentes com sinais de vida ameaçada (ex: parada cardíaca, parada respiratória, etc.)

P2
Doentes com sinais de vida ameaçada (ex: parada cardíaca, parada respiratória, etc.)

P3
Doentes com sinais de vida ameaçada (ex: parada cardíaca, parada respiratória, etc.)

P4
Doentes com sinais de vida ameaçada (ex: parada cardíaca, parada respiratória, etc.)

Processo de triagem:

Cama	Nome	Condição	Estado	Medicação	Prioridade	Serviço
1						
2						
3						
4						
5						
6						
10						
11						
12						

1. Serviço de Triagem: Doentes Críticos P1; Doentes Críticos P2; Doentes Críticos P3; Doentes Críticos P4

Cama	Estado consciência ou sedação	Ventilação	Medicação Vasoativa	PRIORIDADE
1				
2				
3				
4	inconsciente (sedação)	VMI - FiO2- 50% - PEEP-10	Noradrenalina 12ml/h 0,5-1mcg/min	?
5	consciente	VMI - FiO2- 55% - PEEP-5	0	?
6	consciente	Alto Fluxo	0	?
10	consciente	Alto Fluxo	0	?
11	consciente	M. Venturi	0	
12	inconsciente (sedação)	VMI - FiO2-35% - PEEP-5	0	?

Cama	Estado consciência ou sedação	Ventilação	Medicação Vasoativa	PRIORIDADE
1				
2				
3				
4	inconsciente (sedação)	VMI - FiO2- 50% - PEEP-10	Noradrenalina 12ml/h 0,5-1 mcg/min	P3
5	consciente	VMI - FiO2- 55% - PEEP-5	0	P2
6	consciente	Alto Fluxo	0	P1
10	consciente	Alto Fluxo	0	P1
11	consciente	M. Venturi	0	P1
12	inconsciente (sedação)	VMI - FiO2-35% - PEEP-5	0	P2



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA]- Unidade Hospitalar de Portimão (2018). *Plano de Segurança Interno*, Versão 3, p. 1-60.

DL Nº 220/2008 de 12 de novembro – Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios

Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado (Artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 150/2015, de 5 de agosto)- 1ª edição, de agosto de 2016.

Lei 27/2006 de 3 de julho, Lei de Bases da Proteção Civil, P.4696

Palacios, M. Sánchez; et al. (2010) - *Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad*. Medicina Intensiva. Vol. 34, nº 3, p.198-202.



Obrigado UCIP2

APÊNDICE XV - DIVULGAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO



Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2

Formação em Serviço

TEMA: PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2

Destinatários: Assistentes Operacionais e Enfermeiros da UCIP2

Formador: Enfermeira Ana Patrícia Miguel (Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica)

Orientadora: Enfermeira Mónica Martins e Professora Maria Antónia Costa



DIA: 27/01/2020

HORA: 16h00

LOCAL: Sala de Reuniões da UCIP2



Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2

Formação em Serviço

TEMA: PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2

Destinatários: Médicos da UCIP2

Formador: Enfermeira Ana Patrícia Miguel (Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica)

Orientadora: Enfermeira Mónica Martins e Professora Maria Antónia Costa



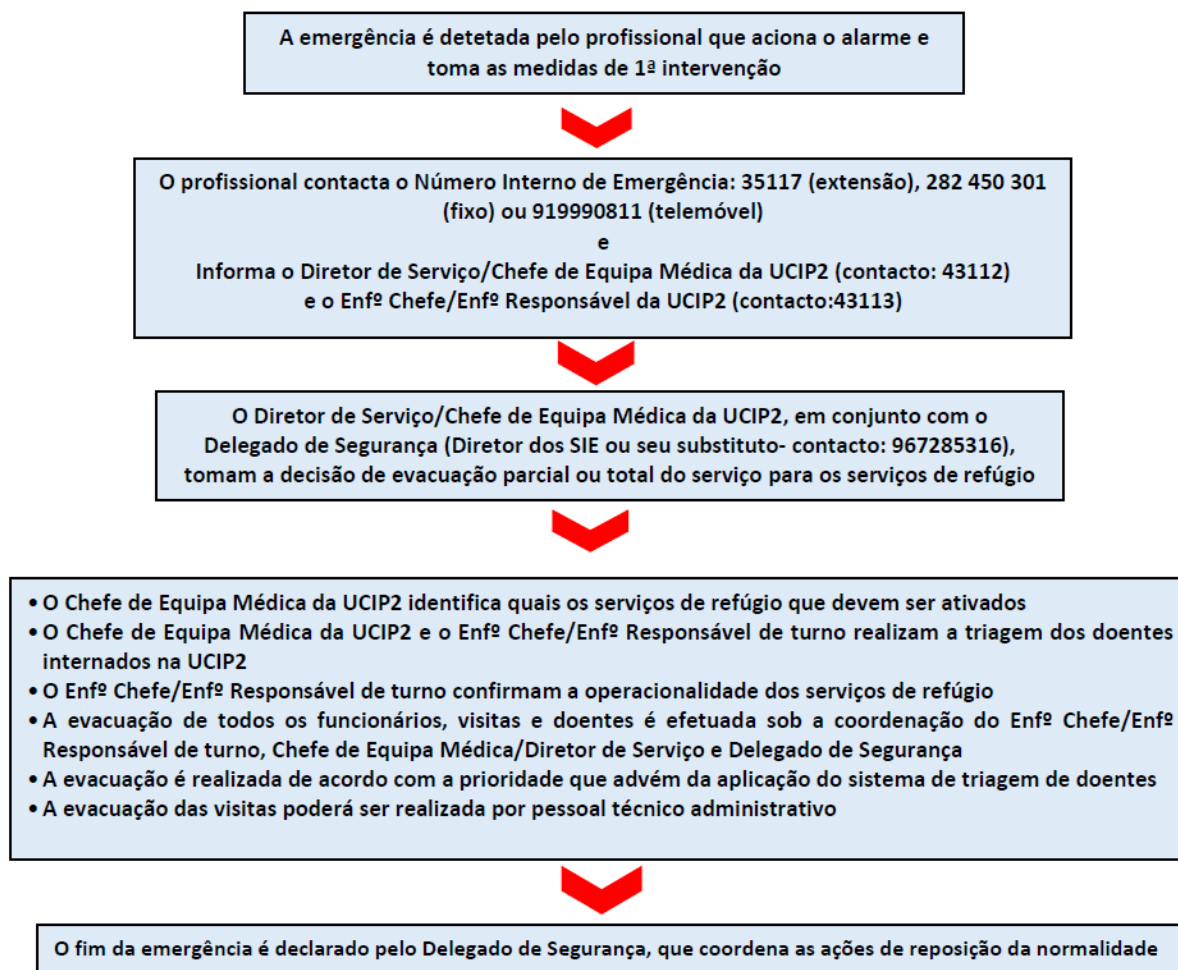
DIA: 22/01/2020

HORA: 13h30

LOCAL: Sala de Reuniões da UCIP2

APÊNDICE XVI - FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO DA UCIP2

FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO



CONTACTOS ÚTEIS

Número Interno de Emergência (central de videovigilância e controlo de alarmes): 35117 (extensão), 282 450 301 (fixo) ou 919990811 (telemóvel)

Número prioritário de contacto para chamadas internas de urgência com telefonista: 35697/35698

Delegado de Segurança (Diretor dos SIE (Serviço de Instalações e Equipamentos) ou seu substituto): 967285316

Chefe de Equipa Médica da UCIP2/Diretor de Serviço: 43112

Enfermeiro Chefe/Enfermeiro Responsável de turno da UCIP2: 43113

Enfermeiro de Coordenação: 43052

Cirurgia Ambulatória (Enfermeiro Responsável): 43065

Unidade de Internamento de Doentes Agudos (Enfermeiro Responsável): 43138

APÊNDICE XVII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELO FORMANDO

Formação: PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2)

Data: 22/01/2020

Preencha o presente questionário, assinalando com um (X), a opção que melhor caracteriza a sua opinião, atribuindo um valor de 1 (não satisfaz), 2 (satisfaz pouco), 3 (satisfaz), 4 (bom) a 5 (excelente) aos diferentes aspetos da formação.

Níveis de avaliação	1	2	3	4	5
Formador					
Domínio dos conteúdos e técnicas					
Clareza e envolvimento com o grupo					
Incentivo dos formandos a participar na ação					
Métodos pedagógicos selecionados					
Conteúdos Abordados					
Linguagem clara e objetiva					
Identificados os objetivos de forma clara					
Pertinência dos conteúdos					
Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
Organização					
Divulgação da formação					
Cumprimento do horário previsto					
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas					
Organização da ação de formação foi eficiente					
Avaliação global da sessão de formação					

Por favor, indique a sua opinião, fazendo uma apreciação entre 1 e 4, sendo que: 1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente

Avaliação	1	2	3	4
A realização desta formação, sobre o Plano de Evacuação da UCIP2 contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre o tema				
A realização desta formação contribui para melhorar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados ao doente crítico em situação de emergência interna				

Sugestões:

APÊNDICE XVIII - PÓSTER: “VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA NO DOENTE IDOSO COM DPOC”

1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de F.R.; (2) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (3) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (4) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (5) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (6) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (7) Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Regente da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem no IP Portalegre.



Palavras-chave: Ventilação não invasiva; Doente crítico; Idoso; DPOC

**Analisar a eficácia da ventilação
não invasiva no doente crítico
idoso com DPOC**

RESULTADOS (5-16)



Referências bibliográficas

- [illegible]

17. Cormeilles, S.; Rodriguez, Z. M.; Mensural, V. L. (2012). Accumulation of the ventilation no invasive on patients on intubated patients. *Revista de enfermagem da UFPA*, **26**(4), 749-753.
18. Hirsch, D. C. (2013). Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Respiratory Care*, **58**(10), 950-960.
19. Fan, E. C.; Tobin, J. D.; Wang, W.; Cheng, A. P.; Cheng, S. J.; Fu, M. S. & Chu, C. (2014). A pilot randomized study comparing noninvasive ventilation with mechanical ventilation for acute respiratory failure in chronic obstructive pulmonary disease. *Intensive Care Medicine*, **28**, 814-819.
20. Jorgensen, A., and De HTN, Lee, S. & RUSSELL, P. (2015). Non-invasive ventilation in the emergency department for patients in type II hypercapnic acidosis (COPD) exacerbations. *Acute: International Emergency Nursing*, **2**, 73-74.
21. Fan, E. C.; Tobin, J. D.; Wang, W.; Cheng, A. P.; Cheng, S. J.; Fu, M. S. & Chu, C. (2015). The use of non-invasive ventilation in patients with hypercapnic acute respiratory failure because of COPD exacerbation. *The International Journal of Clinical Practice*, **69**(12), 1828-1839.
22. Jia, Y.; Jin, Z.; Wu, W.; Luo, C. & Chen, R. C. (2020). Effect of non-invasive ventilation as a rescue therapy for refractory obstructive

- [illegible]

**APÊNDICE XIX - PÓSTER: “A SIMULAÇÃO COMO PREPARAÇÃO PARA A
CATÁSTROFE”**

A SIMULAÇÃO COMO PREPARAÇÃO PARA A CATÁSTROFE

Pinho, Carla^(1,2); Miguel, Ana^(3,4); Silvestre, Marlene^(5,6); Pereira, Mariana⁽⁷⁾

(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (2) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (3) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Portimão/Lagos; (4) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (5) Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro; (6) Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, no IP Portalegre; (7) Professora Adjunta na ESS do IP Setúbal.

Introdução

A simulação surge como uma resposta à catástrofe, com atividades simuladas o mais semelhante possível com a realidade⁽¹⁾. A sua concretização permite que os formandos desenvolvam as suas capacidades e coloquem em prática os conhecimentos adquiridos⁽²⁾.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica deve desenvolver as suas competências na área da catástrofe, com intervenção na criação e revisão de planos de emergência e monitorização da realização de simulações periódicas⁽³⁾.



Figura 1. Exemplo de simulação.
Fonte: <http://www.santacasapudente.org.br/noticia/santa-casa-participa-de-simulacao-de-catastrofe>

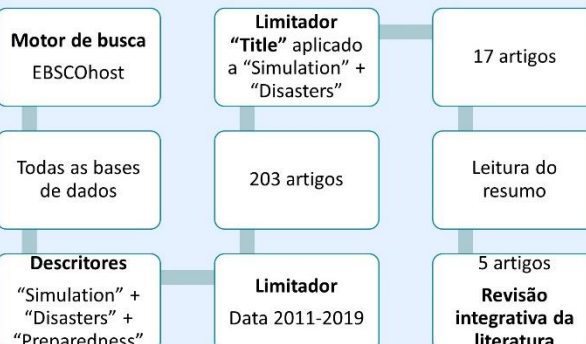
Palavras-chave

Simulação
Catástrofe
Preparação

Objetivo

Dar a conhecer as vantagens do uso da simulação como preparação para a catástrofe

Materiais e métodos



Resultados

Vantagens da simulação

Aprendizagem em ambiente seguro
Cria oportunidades para praticar respostas a eventos críticos
Melhora o pensamento crítico
Desenvolve a capacidade e o julgamento clínicos
Melhora os processos de tomada de decisão
Treino de diferentes papéis (team leader, triagem, coordenação do incidente, mobilização de recursos, gestão de comunicação)
Promove a aprendizagem reflexiva através do debriefing
Promove a autoconfiança da equipa
Aumenta a padronização dos cuidados de saúde
Diminui o número de erros
Aumenta a segurança do doente
Diminui o tempo de resposta
Melhora competências técnicas e não-técnicas, como a comunicação e o trabalho em equipa
Melhora a qualidade dos cuidados prestados
Melhora a gestão de tempo e priorização dos cuidados
Uso de Realidade Virtual

Figura 2. Resumo das vantagens da simulação em catástrofe.
Fontes: Kaplan et al., 2013; Jorm et al., 2013; Zapko et al., 2015; Nicely & Farra, 2015; Unver et al., 2018.



Figura 3. Exemplos de simulações.
Fonte: <http://3.bp.blogspot.com/-JyGvIbaIrg/Ul30pL1M3U/AAAAAAAB08/ik02Fav1sM/s1600/image001-786351.jpg>

Conclusões

A utilização da simulação como método pedagógico tem-se revelado promissora tanto para o ensino como para a avaliação na preparação dos profissionais de saúde para catástrofes.

Existe uma lacuna em Portugal relativamente a estudos acerca desta temática que realcem a importância da simulação como método de melhoria de desempenho dos profissionais de saúde e preparação para as situações de catástrofe.

Referências bibliográficas

- 1) Autoridade Nacional de Proteção Civil (2016). Segurança contra incêndios em edifícios: Adesão de Autonomia. Caminho: Núcleo de Certificação e Fiscalização.
- 2) Watson, J., Chute, E. & Bell, L. (2011). Revisiting the role of the professional nurse: the pedagogy of simulation - a grounded theory study. *Journal of Professional Nursing*, 27(5), 299-310.
- 3) Regulamento 429/2018 de 16 de julho. Diário da República nº 235 - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros.
- 4) Jones, C., Roberts, C., Linn, R., Roper, J., Silvestre, M., Roberts, J., Gensler, S. & Ovens, A. (2016). A large-scale mass casualty simulation to develop the new technical skills medical students require for collaborative teamwork. *BMC Medical Education*, 16, 16-63.
- 5) Kaplan, M., Gu, L., Linn, R., Roper, J., Silvestre, M., Roberts, J., Gensler, S., & Ovens, A. (2015). Use of an Emergency Preparedness Disaster Simulation With Undergraduate Nursing Students. *Public Health Nursing*, 31(4), 44-51.
- 6) Nicely, S. & Farra, S. (2015). Learning Through Immersive Virtual Reality Simulation Development. *Nursing Education Perspectives*, 36(2), 315-324.
- 7) Unver, Y., Bask, L., Isik, S., Kork, G., Cizmeci, G., Unluturk, A., Agha, H., Ak, C., Yagci, I., & Tuncay, M. (2014). Analysis of the effects of high fidelity simulation on nursing students' perceptions of their preparedness for disasters. *International Emergency Nursing*, 2(3), 9.
- 8) Zapko, K. A., Roberts, M. L., Brady, C., Carls, A., Hill, D., Mullis, R., DeFazio, G., P. J., & Martin, L. (2015). Interdisciplinary Disaster DR Simulation: Learning the Groundwork for Further Research. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 379-382.

**APÊNDICE XX - CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DA NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DO
CATETER VENOSO CENTRAL IMPLEMENTADOS NA UCIP2**





























B-ICU Care - Centro Hospitalar do Algarve - Portimão

Diag. Admissão: **Broncopneumonia devida a microorganismo nao especificado** Alergias: **Não existem alergias conhecidas**

Cama 2
UCIP

Data: 25-Jan-2020 Grupo: Grupos Turnos: Frequência: Tipo de intervenção: Visualização de dados: Visualização de dados

Nasc: Int. hospitalar Int. unidade Gr. Sangue: N/A

										Mamais									
										Frequência	08	09	10	11	12	13	14	15	
☒ Cateter venoso central (Veia Subclávia direita)										11h									
Avaliar a necessidade de manutenção do Cateter Venoso Central										22 dia(s)									
Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso central										Sem horário									
Otimizar cateter central																			
Trocar sistema de pressão venosa central										44 dia(s)									
Trocar sistemas de perfusões de cateter venoso central										44 dia(s)									
Trocar sistemas de perfusões de lipídios																			
Vigilar a pele no local de inserção do cateter venoso central										12/12 Horas									
Vigiar o penso										N / M / T									
										N / M / T									

Atualizar

Dados Doente
Resumo
Internamento
Registo de admissão
Avaliação inicial
Processo Enf.
Plano de trabalho
Dietas
Diário
Índices
Enf Responsável
Dispositivos

Diag. Admissão: **Broncopneumonia devida a microrganismo não especificado** Alergias: **Não existem alergias conhecidas** Sexo: Nasc: Gr. Sanguine

Canal UCP

Data/Hora prevista de administração: 24-jan-2020 19:00

Avaliar a necessidade de manutenção do Cateter Venoso Central

☐ Em aberto Data: 24-jan-2020 11:00 Criado por

☒ Efectuado

☐ Não efectuado

Administração rápida de fluidos ou hemoderivados em doentes com instabilidade hemodinâmica instalada ou previsível ☐

Infusão de fluidos ou terapêutica em doentes sem acesso venoso periférico disponível ☐

Administração de terapêutica vasoativa ou outros fármacos cuja administração seja contra-indicada por acesso venoso periférico ☐

Monitorização hemodinâmica ☐

Outro:

Observações:

Observações

Data/Hora prevista de administração: 24-jan-2020 19:00

Avaliar a necessidade de manutenção do Cateter Venoso Central

☐ Em aberto Data: 24-jan-2020 11:00 Criado por

☒ Efectuado

☐ Não efectuado

Administração rápida de fluidos ou hemoderivados em doentes com instabilidade hemodinâmica instalada ou previsível ☒

Infusão de fluidos ou terapêutica em doentes sem acesso venoso periférico disponível ☐

Administração de terapêutica vasoativa ou outros fármacos cuja administração seja contra-indicada por acesso venoso periférico ☐

Monitorização hemodinâmica ☐

Outro:

Observações

APÊNDICE XXII- PÓSTER: “AMBIENTE SEGURO”

AMBIENTE SEGURO



MARTINS, A.C.; MIGUEL, A.P.; NUNES, C.; CAVACO, C.; COSTA, D.V.; GUERREIRO, I.F.A.; SANTOS, M.A.M.;
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE - UNIDADE DE PORTIMÃO; EXAMES ESPECIAIS – UNIDADE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

INTRODUÇÃO

O reprocessamento seguro e efetivo do endoscópio é crucial para a segurança do doente e, consequentemente, para um **ambiente seguro** em endoscopia.

O não cumprimento das Normas, bem como os desvios aos protocolos de reprocessamento padronizados e validados pode levar a um reprocessamento ineficaz com a possibilidade de transmissão doente-doente.

Ferramentas importantes na prevenção de infeções são:

- Formação dos profissionais e avaliação regular de competências;
- Adesão da equipa às Normas, especificações e recomendações de uso dos fabricantes;
- Inspeções de rotina dos endoscópios e manutenção regular/programada;
- Avaliação periódica da qualidade, com controlo microbiológico, validação dos ciclos de reprocessamento e auditorias em todas as fases do processo;
- Locais e equipamentos específicos para todas as etapas de reprocessamento (indicadores de estrutura).

Garantir um **ambiente seguro** na unidade de endoscopia, trata-se de um processo complexo, não só pela panóplia dos recursos necessários, como pela sua especificidade e conjugação mas, também, pela responsabilidade que cabe a cada profissional que presta cuidados. É imprescindível que cada profissional por si assuma essa responsabilidade e no desempenho das suas funções faça uso das boas práticas para que a garantia de um **ambiente seguro** seja, efetivamente, uma realidade.

Nesta dimensão, queremos expor a realidade literária e com a praticada, na unidade de endoscopia.

Segurança

Doente

Profissionais

Qualidade

Indicadores de Estrutura

Indicadores de Processo

Indicadores de Resultado

Princípios Básicos de Controlo de Infeção





Formação em Serviço

NOÇÕES BÁSICAS DE ISOLAMENTO, HIGIENE DAS MÃOS E

Uso de luvas em ambiente hospitalar

PRECAUÇÕES BÁSICAS EM CONTROLO DE INFECÇÃO

Consultoria Externa - unidade Portimão 8 Fevereiro 2018

Consultoria Externa

TRIAGEM DE RESÍDUOS HOSPITALARES

Noções Básicas de Higiene do Ambiente Hospitalar

REPROCESSAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS E ACESSÓRIOS

Formação em Serviço

Consultoria Externa - unidade Portimão 8 Fevereiro 2018

FLUXOGRAMA DO REPROCESSAMENTO MANUAL

FLUXOGRAMA DO REPROCESSAMENTO AUTOMÁTICO

FLUXOGRAMA e REGISTO da LIMPEZA OCULOS PROTEÇÃO

MANUAL DE LIMPEZA

PLANO SEMANAL COM POSTO DE TRABALHO E LIMPEZA A REALIZAR

REGISTO DE LIMPEZA

OBJETIVO

Identificar os requisitos imprescindíveis no reprocessamento dos endoscópios, na garantia de um **ambiente seguro**.

METODOLOGIA

Abordagem qualitativa.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

O reprocessamento seguro e efetivo do endoscópio é crucial para a **segurança do doente** e, consequentemente para um **ambiente seguro** em endoscopia, pelo que é imperioso o cumprimento integral dos normativos de suporte em vigor. Por outro lado as **Ferramentas** identificadas para a prevenção de infeções deverão ser sempre utilizadas sem facilitismos ou qualquer tipo de negligência, condição essencial para um **ambiente seguro**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beilenhoff U et al. Preventing of multidrug-resistant infections from contaminated duodenoscopes: Position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology Nurses and Associates (ESGENA). Endoscopy 2017;49
- Beilenhoff U et al. Reprocessing of flexible endoscopes and endoscopic accessories used in gastrointestinal endoscopy: Position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology Nurses and Associates (ESGENA). Endoscopy 2015;30
- CHA Algarve. NP n.º 31/VE/EE. Descontaminação/Desinfecção de endoscópios em endoscopia digestiva – unidade de Portimão/Lagos, abril 2017
- DGS. Orientação n.º 002/2012 – Reprocessamento em endoscopia digestiva. 2012
- OMS. Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities. 2016
- <https://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/ProductionandMedicalProcedures/ReprocessingofFlexibleEndoscopicDevices/UCM337949.pdf>

ANEXOS

ANEXO I - TRIAGEM DE DOENTES NA UCI (Palacios, *et al.*, 2010)

Grupo Assistencial	Suporte Vital
A	Suporte total
B	Suporte total, exceto reanimação cardiopulmonar
C	C₁ Medidas invasivas condicionadas Se existe dúvida se o doente se encontra na fase final da sua doença, ou se existir algum processo intercorrente potencialmente reversível, cujo tratamento poderia revertê-lo para a situação basal. Negociar a ventilação mecânica (ou o suporte vital que se decida), por um período de tempo razoável, suficiente para descartar a existência de um processo intercorrente sobreposto e retirá-lo uma vez que se tenha descartado esta esperança. C₂ Sem medidas invasivas consensuais Para efeitos de classificação, entendem-se por medidas invasivas, a ventilação mecânica com entubação traqueal, a técnica de depuração extra-renal descontínua (diálise), ou contínua (hemofiltração), ou a assistência circulatória mecânica, entre outras. Constituem medidas aceitáveis, a oxigenoterapia, a fisioterapia e controle das secreções respiratórias, a ventilação não invasiva com máscara facial, o tratamento da insuficiência renal com fluidos e diuréticos, e da falência circulatória com fluidos, assim como com medicamentos inotrópicos vasoativos, etc. C₃ Sem incorporação de novas medidas A evolução desfavorável torna improvável a recuperação ou a qualidade de vida. Como não existe evidência suficiente de irrecuperabilidade, mantém-se o nível de cuidados, mas sem adição de novas medidas, exceto as que tenham caráter paliativo. C₄ Retirada de todas as medidas, exceto básicas e ventilação mecânica Doentes sem expectativas de recuperação. As medidas limitam-se a cuidados básicos e, sobretudo, ao tratamento da dor, sem esquecer que alguns procedimentos habituais causam um mal-estar desnecessário. As medidas que são retiradas ou não se instauram incluem a nutrição parentérica, os antibióticos, a depuração extra-renal, a monitorização hemodinâmica, os fármacos vasoativos, assistência circulatória mecânica, etc. C₅ Retirada da ventilação mecânica 1. Retirada gradual do suporte ventilatório a cargo do ventilador 2. Retirada imediata da ventilação mecânica
D	Morte encefálica Retirada de todo o tipo de medidas, exceto em dadores de órgãos.

Classificação de Grupos Assistenciais. (Fonte: Adaptado de Palacios, *et al.*, 2010)

Classificação da ordem de evacuação	
1º lugar Grupo 1	• Grupo assistencial A • Conscientes • Não necessitam de ventilação mecânica • Não necessitam de medicação vasoativa
2º lugar Grupo 2	• Grupo assistencial A • Conscientes • Necessitam de oxigenoterapia por máscara • Necessitam de ventilação mecânica, invasiva ou não, com $FiO_2 < 50\%$ e $PEEP < 7$ cmH₂O • Necessitam de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina $< 0,5$ mcgr/Kg/min)
3º lugar Grupo 3	• Grupos assistenciais B, C₁ ou C₂ • Doentes não conscientes porque precisam de sedação ou porque existe um dano neurológico importante (Escala de Comas de Glasgow > 5) • Necessitam de ventilação mecânica com oxigénio a alta concentração (50%-80%) e PEEP elevada ($> 8-10$ cmH₂O) • Necessitam de catecolaminas em doses elevadas (adrenalina ou noradrenalina 0,5-1 mcgr/Kg/min)
4º lugar Grupo 4	• Grupos assistenciais C₃, C₄, C₅ ou D • Doentes não conscientes, com dano neurológico grave (Escala de Comas de Glasgow «5) • Falência respiratória grave, com ventilação mecânica, que requerem concentrações muito elevadas de oxigénio ($\geq 80\%$) e $PEEP > 10$ • Necessitam de doses de catecolaminas muito elevadas (adrenalina ou noradrenalina > 1 mcgr/Kg/min).

Classificação da Prioridade de Evacuação. (Fonte: Adaptado de Palacios, *et al.*, 2010)

METODOLOGIA DE EVACUAÇÃO

- Manter a calma e não fomentar situações alarmistas;
- Evacuar com rapidez, sem gritos nem aglomerações, guiando e prestando auxílio aos ocupantes, até às vias de evacuação;
- Não levar consigo objetos pessoais;
- Não tentar recuperar algum objeto que caia;
- Promover a ajuda mútua;
- Não voltar a entrar numa área evacuada;
- Fechar as portas e janelas que se encontrem no caminho da evacuação;
- Acompanhar as pessoas evacuadas até ao ponto de reunião correspondente;
- Manter a ordem e tranquilidade nas áreas seguras;
- Uma vez terminada a evacuação, verificar se esta foi efetuada completamente e se não existem ausências;
- Manter livre a linha telefónica e comunicar que a área foi evacuada;
- Quanto a área for evacuada, deverá ficar uma pessoa na saída, para impedir a entrada de pessoas que não pertençam à equipa de emergência.

Metodologia de Evacuação. (Fonte: Adaptado de Palacios, *et al.*, 2010)

**ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHUA**

Projeto de Intervenção "Plano de Emergência numa UCI: evacuação do doente crítico" - Autorizado pelo CA



Patricia Salgado <patricia.salgado@ch Algarve.min-saude.pt>

06/11/2019 15:48

Para: apmvitorino@hotmail.com Cc: Paula Cristina Arranhado Mangualde

Exma Enfª Ana Patrícia Miguel,

Relativamente ao projeto supra mencionado, cumpre-me informar que o mesmo foi **autorizado Conselho de Administração em 31/10/2019.**

Com os melhores cumprimentos;

Patricia Salgado

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Sítio do Poço Seco | 8500-338 Portimão | Portugal

Tel. 282.450.300 | Ext. 35 517

www.chalgarve.min-saude.pt



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

**ANEXO III - COMPROVATIVO DA APROVAÇÃO DO PLANO DE EVACUAÇÃO DA UCIP2
PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHUA**

 Centro Hospitalar Universitário do Algarve	NORMA INTERNA	NI 3/UCI DATA: Fevereiro 2020	Página 1/16
ASSUNTO : PLANO DE EVACUAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE 2 (UCIP2) UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE		ELABORADO POR: Enfermeira Ana Patrícia Miguel Enfermeira Mónica Martins VALIDADO POR: Directora Serviço Medicina Intensiva 2 Dra. Glória Campello Enfermeiro-Chefe da UCIP2 Enfº Fernando Aleixo 24/01/2020	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR - QUADRO REFERÊNCIAS NORMAS INTERNAS – UCI		APROVADA PELO CA: Documento Aprovado Original Arquivado	
ENTRADA EM VIGOR: IMEDIATA		Em: 13/02/2020	
SUBSTITUI: Sem antecedentes		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: Evacuação		Janeiro 2023	

**ANEXO IV - CERTIFICADO DA FORMAÇÃO “MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA COM
CATETER PICCO”**

**ANEXO V - CERTIFICADO DE INTEGRAÇÃO DO PROGRAMA CIENTÍFICO NO 6º CURSO
ANUAL DE GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA PARA ENFERMEIROS**



CERTIFICADO

Certificamos que,

PATRICIA MIGUEL

integrou o Programa Científico do **6º Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros**, que decorreu no dia 14 de novembro de 2019, no Hotel Dom Pedro Vilamoura.

Vilamoura, 14 de novembro de 2019

Enfa. Suzi Coelho
Comissão Organizadora

**ANEXO VI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS V JORNADAS DE ENFERMAGEM EM
CUIDADOS INTENSIVOS**



ANEXO VII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORKSHOP “TERAPIA DE ALTO FLUXO”

**V JORNADAS DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**
23 | 24 Maio 2019
Museu de Portimão



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Patrícia Miguel**, esteve presente nas "V Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos - Da Evidência ao Cuidar", que decorreram nos dias 23 e 24 de Maio de 2019, no auditório do Museu de Portimão, tendo participado no Workshop com seguinte título: *Terapia de Alto Fluxo - Nippon Gases*

Portimão, 24 de Maio de 2019

Pela Comissão Organizadora das Jornadas

(Enf.º Álvaro Silva / Enf.º Nuno Barros)

O Presidente do Conselho Executivo do ABC

(Dr. Nuno Marques)



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
DEPARTAMENTOS DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS E MEDICINA



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve



ALGARVE BIOMEDICAL CENTER

UCIP2 CHUA - Portimão
jornadasucportimao@gmail.com



ANEXO VIII - ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO EM REVISTA CIENTÍFICA

Chapter 5

Noninvasive Ventilation in the Elderly Patient With COPD

**Maria do Céu Mendes Pinto
Marques**

 <https://orcid.org/0000-0003-2658-3550>
Universidade de Évora, Portugal

Ana Patricia Miguel
*Centro Hospitalar Universitário do
Algarve, Portugal*

Carla Pinho
*Centro Hospitalar Universitário do
Algarve, Portugal*

Solange Vieira Mega
*Centro Hospitalar Universitário do
Algarve, Portugal*

Sónia Isabel Carmo
*Suporte Imediato de Vida de Loulé
do Instituto Nacional de Emergência
Médica, Portugal*

Marlene Silvestre
*Centro Hospitalar Universitário do
Algarve, Portugal*

ABSTRACT

The objective of this chapter is to identify the latest evidence on the elderly critical patient with chronic obstructive pulmonary disease. Nine articles were analysed. The effectiveness of NIV has been demonstrated in cases of elderly critically ill patients with acute COPD. Evidence has been shown to decrease hospital stay and mortality, although long-term survival has been shown to be short. The prediction of NIV failure is multifactorial, including very old age, comorbidities, low analytical values of albumin, simplified severity index II, pH < 7.3 of arterial blood, PaCO₂ (Carbon Dioxide Pressure) < 45 mmHg, CAT (COPD Assessment Test) elevated, Glasgow Coma Scale < 11, and APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) 29. NIV has demonstrated efficacy in elderly patients in situations of acute COPD.

DOI: 10.4018/978-1-7998-3531-8.ch005

Copyright © 2020, IGI Global. Copying or distributing in print or electronic forms without written permission of IGI Global is prohibited.

**ANEXO IX - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO AUTORES DO PÓSTER
“VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA DO DOENTE IDOSO COM DPOC” NO CONGRESSO
INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO 2019**

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Ana Miguel** participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "*Ventilação Não-invasiva no Doente Crítico Idoso com DPOC*", organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

A handwritten signature in black ink, which appears to read "João Fernandes".

**ANEXO X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO AUTORES E PRELETORES DO
PÓSTER “A SIMULAÇÃO COMO PREPARAÇÃO PARA A CATÁSTROFE” NO
CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO 2019**

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enfª Ana Miguel**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora e Preletora do Poster *"A Simulação como preparação para a catástrofe"*, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

**ANEXO XI - DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO COMO FORMANDOS NO CURSO
“FORMAÇÃO PRÁTICA DE EXTINTORES”**

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Declaração

Declara-se que Ana Patrícia Marques Vitorino Miguel, participou no curso Formação Prática de Extintores, promovido pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento, realizado a 16 de janeiro de 2020 no CHUA - Unidade Hospitalar de Portimão.

Portimão, 16 de janeiro de 2020

Verónica Teixeira

Coordenação do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
CFIC Faro:
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt
CFIC Portimão:
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG_CFC_05_CERT_2017

Entidade Reguladora



**ANEXO XII - DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NO EXERCÍCIO À ESCALA REAL DO
AEROPORTO INTERNACIONAL DE FARO- AEROFARO'20**



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Ana Patricia Marques Vitorino Miguel**, portador do Cartão de Cidadão n.º11764870, Enfermeiro, com a cédula profissional n.º 42311 emitida pela Ordem dos Enfermeiros, foi elemento integrante do dispositivo planeado para o Exercício à Escala Real do Aeroporto Internacional de Faro, AeroFaro'20.

Demonstrou sempre no desempenho das funções, sentido de responsabilidade, conhecimentos técnicos e profissionalismo.

Por ser verdade e a pedido do próprio, é por mim emitida e assinada a presente declaração, bem como apenso o selo branco em vigor na instituição.

Faro, 25 de Julho de 2020

Enfermeiro Diretor do INEM,


(Rui Campos, Enfº)

**ANEXO XIII- CERTIFICADO DE PRÉMIO MELHOR PÓSTER: “AMBIENTE SEGURO” NO 6º
CURSO ANUAL DE GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA PARA
ENFERMEIROS**



CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **AMBIENTE SEGURO**, da autoria de Daniela Costa, Ana Catarina Martins, Ana Patrícia Miguel, Carina Nunes, Cláudia Cavaco, Inês Guerreiro e Mariana Santos, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Polo de Portimão, recebeu o *Prémio Melhor Poster*, no **6º Curso Anual de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva para Enfermeiros**, que decorreu no dia 14 de novembro de 2019, no Hotel Dom Pedro Vilamoura.

Vilamoura, 14 de novembro de 2019

Enfa. Suzi Coelho
Comissão Organizadora

OLYMPUS

