



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

Emergência e Catástrofe em contexto de UCI: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica

Inês Guerra Lopes

Orientação: Hugo Franco

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



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



**POLITÉCNICO
SETÚBAL**

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

Emergência e Catástrofe em contexto de UCI: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica

Inês Guerra Lopes

Orientação: Hugo Franco

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

“Põe quanto és, no mínimo que fazes.”

Ricardo Reis

AGRADECIMENTOS

Ao professor Hugo Franco pela disponibilidade, apoio e excelente orientação ao longo do Estágio Final e Relatório Final.

À enfermeira orientadora do Estágio Final, pela sua excelência no cuidar, pela sua paciência, disponibilidade, orientação e por tudo o que me ensinou ao longo dos meses passados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

À minha equipa de enfermagem pelo apoio e incentivo ao longo destes dois anos do meu percurso académico, em especial aos colegas Catarina, Sónia, Mafalda, Vanda, Sandra, Rui, Rogério, André e Carmo.

Aos meus pais e avó pelo apoio incondicional e de retaguarda, durante todo o percurso académico.

Ao meu marido por ter sido o pilar da nossa família e aos meus filhos, que foram a minha força para seguir em frente, apesar das minhas ausências.

A todos vós, muito obrigado!

RESUMO

A necessidade de evacuar uma Unidade de Cuidados Intensivos é um evento repleto de desafios e dificuldades. Como tal, são necessários planos de evacuação bem definidos, testados e atualizados, permitindo uma resposta eficaz às situações de catástrofe, garantindo a segurança e continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

O Projeto de Intervenção desenvolvido no Estágio Final, através da metodologia de projeto, aborda a temática “Evacuação da Pessoa em Situação Crítica da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em situação de emergência e catástrofe interna”, garantindo a segurança da pessoa e a melhoria contínua da qualidade. Este projeto define a estrutura organizativa dos recursos e procedimentos a adotar em situação de emergência e catástrofe.

O Relatório Final descreve, de forma crítica e reflexiva, a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados Intensivos; Plano de Emergência; Segurança do Doente.

ABSTRACT

The need to evacuate an Intensive Care Unit is an event full of challenges and difficulties. As such, well-defined, tested and updated evacuation plans are necessary, allowing an effective response to disaster situations, ensuring the safety and continuity of care for people in critical situation.

The Intervention Project developed in the Final Internship, through the project methodology, addresses the theme “Evacuation of a Person in a Critical Situation from the Multipurpose Intensive Care Unit, in an emergency situation/internal catastrophe”, ensuring the safety of the person and continuous improvement of quality. This project defines the organizational structure of resources and procedures to be adopted in emergency and catastrophe situations.

The Final Report describes in a critical and reflective way the acquisition of common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the area of nursing for people in critical situations, as well as the skills of a master’s degree in nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Intensive Care; Emergency Plan; Patient Safety.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

AO - Assistente Operacional

APA - American Psychological Association

AR – Assembleia da República

BPS - Behavioral Pain Scale

BIS – Índice Bispectral

CA - Conselho de Administração

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

CV - Cateter Vesical

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Periférico

CAM-ICU - Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit

DGS - Direção Geral de Saúde

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

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

EF - Estágio Final

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde

GC - Gabinete de Crise

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

GCS - Glasgow Coma Scale

HSLE - Hospital de Santa Luzia de Elvas

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nursing

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IT - Instrução de Trabalho

ITLS - International Trauma Life Support

MAI - Ministério da Administração Interna

MRSA - Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PCR - Paragem Cardio-Respiratória

PEI - Plano de Emergência Interno

PiCCO - Pulse Contour Cardiac Output

PIM - Projeto de Intervenção Major

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIF - Sonda de Incontinência Fecal

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation

TET - Tubo Endotraqueal

TISS-28 - Therapeutic Intervention Scoring System-28

UC - Unidade Curricular

UE - Universidade de Évora

US - Unidades de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE CLÍNICO	17
1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	18
1.1.1 Estrutura física e recursos materiais	19
1.1.2 Recursos Humanos.....	21
1.1.3 Governação Clínica e Produção de Cuidados.....	23
2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	26
2.1 Emergência e Catástrofe nas Unidades de Saúde	26
2.1.1 Plano de Evacuação de uma UCI	28
2.1.2 Triage em Situação de Evacuação.....	32
2.1.3 Sistemática da Evacuação em UCI.....	34
2.2 Qualidade em Saúde	37
2.3 Segurança do Doente.....	38
2.4 Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos	40
3 PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR	48
3.1 Contextualização da Problemática.....	48
3.2 Diagnóstico de Situação	50
3.3 Definição dos Objetivos.....	53
3.4 Planeamento e Execução.....	54
3.5 Avaliação e Divulgação dos Resultados	57
4 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	61
4.1 Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem	63
4.2 Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	77

CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
APÊNDICES	94
ANEXOS	237

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Planeamento do Estágio Final	95
Apêndice II - Projeto de Intervenção Major	127
Apêndice III - Revisão Sistemática da Literatura: “Evacuação da PSC em situação de Emergência/Catástrofe numa UCI	136
Apêndice IV - Sessão de Formação em Serviço	175
Apêndice V - Plano da Sessão de Formação	193
Apêndice VI - Exercícios de Simulação “ <i>table on top</i> ”	196
Apêndice VII - Grelhas de Auditoria	200
Apêndice VIII - Resumo de Poster a Concurso	209
Apêndice IX - Plano de Cuidados Avançado	214
Apêndice X - Poster: Preparação das Equipas perante um evento nuclear	233
Apêndice XI - Higienização de Zonas Críticas e Semi-críticas do Serviço de Urgência	235

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Pedido de Autorização para implementação do PIM ao CA	238
Anexo II - Deliberação do CA para implementação do PIM	240
Anexo III - Parecer do Núcleo de Urgência de Elvas sobre candidatura a apresentação de poster científico	243
Anexo IV - Certificado Curso SAV	245
Anexo V - Certificado Curso ITLS	248
Anexo VI - Certificado Congresso Internacional Emergência 2023	250
Anexo VII - Certificado Poster: “Preparação das equipas perante um evento nuclear”	252
Anexo VIII - Certificado “Gestão e Liderança em Emergência e Catástrofe”	254
Anexo IX - Certificado “Controlo de Hemorragia em Trauma”	257
Anexo X - Certificado “SIV: Protocolo Alterações da Glicémia e Hipoglicémia ”	260
Anexo XI - Certificado “SIV: Protocolo Alterações Gastrointestinais ”	263
Anexo XII - Certificado “SIV: Protocolo Avaliação e Abordagem”	266
Anexo XIII - Certificado “SIV: Protocolo Convulsão e Convulsão na Grávida”	269
Anexo XIV - Certificado “SIV: Protocolo Dor Torácica e Síndrome Coronário Agudo”	272
Anexo XV - Certificado “SIV: Protocolo Hemorragia Digestiva”	275
Anexo XVI - Certificado “SIV: Protocolo Hipertensão”	278
Anexo XVII - Formação em Serviço “Prevenção e Controlo de Infecção: Ambiente Clínico”	281

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Análise SWOT (Fonte: elaborado pelo autor)</i>	<i>52</i>
--	-----------

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Relatório de Estágio, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, realizado na Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, que resulta de uma parceria entre as Escolas Superiores de Saúde de Portalegre, Castelo Branco, Setúbal, Beja e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, sob a orientação do Professor Hugo Franco.

Este relatório tem como objetivo geral a análise reflexiva sobre a prática efetuada durante o Estágio Final [EF], do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem, e descrição e reflexão das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

O Estágio Final, que decorreu entre 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP], de uma unidade de saúde do Alentejo, apresenta-se como um momento de extrema importância, no que diz respeito à aquisição das competências do enfermeiro especialista, no cuidado à Pessoa em Situação Crítica [PSC], tal como para o desenvolvimento de conhecimentos acerca dos cuidados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, melhorando a capacidade de identificação de problemas e resposta aos mesmos. É importante referir que foi obtida creditação à Unidade Curricular Estágio I, em Enfermagem à PSC, referente ao 1º ano do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem, bem como a creditação de competências associada ao mesmo, uma vez que é exercida prática clínica no cuidado ao doente crítico há 9 anos no serviço de urgência geral, assim como há 7 anos em emergência pré-hospitalar, no contexto de ambulância de Suporte Imediato de Vida [SIV].

Entende-se por pessoa em situação crítica “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios

avanzados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011b, p.8656).

No início do 2º ano do Mestrado em Enfermagem foi elaborado o Planeamento do Estágio Final (Apêndice I) com o objetivo de descrever a temática escolhida para o Projeto de Intervenção Major [PIM] a implementar no local do Estágio Final, onde são definidos os objetivos do mesmo e descritas as intervenções de enfermagem necessárias para aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica [EEEMC-PSC], bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

O enfermeiro especialista é o profissional que detém “(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011a, p.8648).

O desenvolvimento deste relatório será alicerçado na Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, de Patrícia Benner, que surge como uma extensão da teoria “De Iniciado a Perito”, e vem fornecer ferramentas essenciais no cuidado à PSC. Esta teoria de enfermagem vem melhorar os sistemas de liderança e prestação de cuidados em contextos de urgência e cuidados intensivos, através do pensamento em ação, baseada na evidência científica (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

O PIM foi desenvolvido através da metodologia de projeto, tendo sido escolhida uma temática relacionada com a PSC internada numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI]. Deste modo, após uma análise das necessidades formativas da UCIP relativa ao Estágio Final, foi desenvolvido um PIM relacionado com emergência e catástrofe interna, com o título: “Emergência e Catástrofe em contexto de UCI: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica”.

As situações de emergência e catástrofe são uma ameaça ao bem-estar das pessoas e equipas multidisciplinares dos hospitais, uma vez que podem levar à evacuação total ou parcial dos mesmos, perdendo capacidade nos cuidados (Klokman, Barten, Peters, Versteegen, Wijnands, van Osch, Gaakeer, Tan, & Boin, 2021). A maioria dos hospitais são vulneráveis a estes acontecimentos, quer sejam de causa externa ou interna. As causas mais comuns para a ocorrência de evacuação de serviços hospitalares relacionam-se com causas internas, como inundações, incêndios, fugas de gás ou produtos químicos, ameaças biológicas, eventos terroristas e cortes de energia, água ou ventilação (Iserson, 2013).

Em contexto hospitalar, a necessidade de evacuar uma UCI é um evento raro, mas possível de acontecer, envolvendo riscos elevados para as PSC internadas e equipa multidisciplinar (Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P. & Taft, D.

2021). Assim, as UCI devem estar preparadas para este tipo de eventos e, como tal, devem dispor de um plano de emergência, onde estejam definidos os critérios de evacuação da PSC. Para tal, deve ser feita uma triagem da PSC internada no serviço de UCI, com base nas possibilidades de sobrevivência das mesmas e nas necessidades de cuidados prestados (Palácios, Torrent, García & Miguel, 2010).

O PIM desenvolvido na UCIP tem como principal objetivo contribuir para os processos de melhoria contínua da qualidade e da segurança da PSC, em situação de emergência e catástrofe.

Por fim, o presente relatório será estruturado em quatro partes distintas. Na primeira parte será contextualizado o ambiente clínico da UCIP, onde será descrita a sua estrutura física, os recursos humanos e materiais que a compõem, bem como a gestão e projetos de melhoria contínua existentes. O capítulo seguinte descreve o enquadramento concetual e teórico acerca da temática desenvolvida, assim como da Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, de Patrícia Benner. Na terceira parte é descrito o PIM, através das diferentes fases da metodologia de projeto. Por fim, no último capítulo, é feita uma análise reflexiva acerca das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEMC-PSC, e das competências de Mestre em Enfermagem.

Este trabalho será elaborado tendo por base as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Portalegre, seguindo as normas da American Psychological Association [APA] – 7th Edition.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE CLÍNICO

O Estágio Final, inserido no 2º ano do Mestrado em Enfermagem, decorreu no serviço de UCIP de uma unidade de saúde no Alentejo. A referida unidade de saúde passou por uma transformação profunda no ano de 2006, quer a nível de estrutura física, quer a nível de diferenciação das suas valências, permitindo uma oferta de cuidados diferenciados a um total de 498.804 habitantes de todo o Alentejo. Assim, a sua missão foca-se em “prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2021).

A unidade hospitalar é composta por várias valências, entre elas, o Serviço de Urgência [SU] Polivalente e Urgência Pediátrica, Serviço de Imagiologia, Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo, Bloco Operatório, Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Acidente Vascular Cerebral, Serviço de Hematologia, Unidade Funcional de Endocrinologia, Serviço de Pediatria e Neonatologia, Consultas Externa, Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente.

Em 2020, com o surgimento da pandemia por SARS-CoV-2, foi necessário adaptar as instalações de modo a permitir criar condições para internamento de pessoas com Covid-19, em enfermarias e UCI.

Para além do estágio realizado na UCIP, foi realizado outro estágio, de carácter voluntário, na Unidade Funcional de Angiografia e Cardiologia de Intervenção do mesmo hospital, com a duração total de 24 horas, uma vez que foi interesse pessoal perceber a dinâmica da referida unidade no cuidado e intervenção à PSC vítima de doença coronária.

1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UCIP onde decorreu o Estágio Final localiza-se no 2º piso do edifício hospitalar principal, junto ao Bloco Operatório e ao Serviço de Cirurgia Geral, tendo iniciado a sua atividade em fevereiro de 1994, onde podia contar com 5 camas para PSC.

A missão e objetivos da UCIP relacionam-se com a oferta de cuidados de saúde diferenciados à PSC, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos, nas seguintes vertentes (SNS, 2021):

- Preservar a vida humana através da proteção e suporte temporário das funções vitais para a PSC do foro médico, cirúrgico e traumatológico;
- Oferecer cuidados especializados de reabilitação no início do processo de recuperação da PSC;
- Providenciar à PSC e/ou família cuidados de conforto e um processo de morte sem sofrimento nas situações clínicas irreversíveis, em que é decidido suspender ou não implementar novas medidas.

A referida UCIP tem também como missão/objetivo implementar sistemas em articulação com outros serviços hospitalares, de modo a melhorar a assistência à PSC, promover a formação contínua da sua equipa multidisciplinar e um ambiente académico à formação em cuidados intensivos (SNS, 2021).

Em 2019, a UCIP foi reestruturada, aumentando a sua capacidade de 5 para 8 camas. Esta reestruturação possibilitou a criação de melhores condições de acesso para a PSC, melhores condições de trabalho para os profissionais que integram a respetiva equipa multidisciplinar e permitiu criar condições para recuperar a idoneidade formativa, no âmbito do Colégio da Especialidade da Medicina Intensiva. No início da pandemia por SARS-CoV-2 foi necessária uma nova reestruturação hospitalar, tendo sido criada uma unidade para a PSC com SARS-CoV-2, denominada UCI-COVID. Assim, a UCIP passou a contar com 14 camas, das quais 8 são classificadas de nível III e 6 classificadas de nível II.

As UCI abordam especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda, potencialmente reversíveis em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais eminentes. Estes serviços assumem responsabilidade por decisões referentes aos tratamentos das pessoas que nelas ingressam, desde os critérios de admissão, alta, planeamento e hierarquização de tratamentos, não esquecendo os limites éticos de intervenção terapêutica, envolvendo a participação da pessoa e família na estratégia terapêutica. Assim, as UCI tornam-

se nos serviços centrais na abordagem à PSC como um todo (Paiva, Fernandes, Granja, Ribeiro, Nóbrega, Vaz & Coutinho, 2016).

As UCI podem dividir-se em três níveis de diferenciação, nomeadamente nível I, II e III. As camas de nível I destinam-se a PSC com necessidade de monitorização contínua, normalmente não invasiva, uma vez que se encontram em risco de evoluir para falência de um ou mais órgãos, ou que necessitam de vigilância por se encontrarem a recuperar de uma situação crítica e, esta vigilância, não é possível de acontecer numa enfermaria comum. Podem também denominar-se Unidade de Cuidados Intermédios (Ministério da Saúde [MS], 2013).

As camas de nível II destinam-se a PSC que necessitam de monitorização invasiva multiorgânica e de suporte de uma função orgânica, mas que não necessitam de suporte ventilatório invasivo. As camas de nível III visam dar resposta a PSC que apresentem duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais com potencial ameaça à vida e que necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva, et al., 2016).

As UCI assumem, assim, a responsabilidade de todas as decisões acerca das PSC que lhes são confiadas, em articulação com a própria PSC, se possível, e/ou família, no que diz respeito aos critérios de admissão, planeamento dos cuidados, alta e limites de intervenção terapêutica (MS, 2013).

1.1.1 Estrutura física e recursos materiais

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2024), as UCI devem ter uma localização de proximidade e comunicação fácil com o SU, bloco operatório, serviço de radiologia, internamentos e unidades de cuidados pós-anestésicos e devem estar articuladas com a implementação das vias verdes existentes.

A UCIP, onde se realizou o Estágio Final, está integrada no departamento de urgência e emergência e é composta por dois pisos: o piso 2 e o piso 4, correspondendo a camas de nível III e nível II, respetivamente. O Estágio Final decorreu no piso 2, onde existem 8 camas de nível III, sendo a cama 8 um quarto de isolamento, tal como recomenda a ACSS (2024), para o tratamento de PSC com possibilidade de contágio ou que se encontre imunodeprimida. No piso 4 existem 6 camas de nível II, das quais, duas dão resposta a situações de isolamento para pessoas com SARS-CoV-2.

A ACSS (2024), define as UCI como serviços altamente diferenciados, com procedimentos próprios, que visam a assistência de PSC com necessidades de monitorização invasiva e de

suporte de funções vitais, durante 24 horas por dia. Como tal, é recomendado a existência de uma sala ampla, onde estejam dispostas as diversas camas existentes, para uma visualização direta da PSC a partir do posto de vigilância de enfermagem.

No que diz respeito à estrutura física da UCIP do piso 2, esta apresenta-se como uma sala *open space*, onde se observam diretamente as 8 camas, com um secretária na zona central para realização de registos de enfermagem e local de presença dos enfermeiros para observação direta da PSC. Nesta zona de *open space* encontram-se também diversos armários de parede que servem de apoio a material necessário a uma abordagem emergente à PSC, bem como o carro de emergência com monitor desfibrilhador.

Esta UCIP conta também com uma zona de trabalho, aberta para o *open space*, onde se encontra o aparelho de gasimetria e o material de farmácia, onde é feita toda a preparação dos fármacos. Verifica-se também a existência de um gabinete médico e de enfermagem, uma copa, uma sala de sujos, uma sala de arrumos, um vestiário com wc para os profissionais, uma sala de acolhimento e atendimento às famílias e um hall de entrada onde se encontra a secretária do piso. Assim, as diferentes áreas da UCIP encontram-se bem definidas e os circuitos de circulação de doentes, profissionais, familiares e sujos/limpos cumprem as recomendações da ACSS (2024).

No que diz respeito à unidade da PSC, esta é composta por uma cama articulada elétrica com colchão de pressão alternada, grades de proteção, dois suportes para soroterapia, um dispensador de solução antisséptica de base alcoólica [SABA], uma base de apoio de material ou de registos, um ventilador mecânico invasivo e um monitor de parâmetros vitais. Verifica-se também a existência de um carro de apoio em cada unidade da PSC, onde se encontra roupa e material de higiene. A referida unidade também compreende vários suportes para suspensão de perfusões, seringas infusoras, bombas infusoras, entradas com fonte de oxigénio e ar comprimido, rampa de aspiração com respetivas sondas de aspiração, mesa de apoio com variado material de abordagem à via aérea, equipamento de proteção individual, seringas, compressas, entre outros, e um ponto de água e lavatório. No que diz respeito à área da unidade da PSC na UCIP, existem suportes de teto para os equipamentos de monitorização, ventilação e perfusão, permitindo um acesso de 360° à PSC, cumprindo as recomendações da ACSS (2024).

As diferentes unidades da PSC são separadas por cortinas, que habitualmente estão recolhidas para melhor visualização da PSC. Neste aspeto, a ACSS (2024) recomenda fortemente o uso de boxes individuais, em detrimento de áreas abertas, de modo a minimizar as infeções cruzadas.

A limpeza, desinfecção e reposição de material existente em cada unidade da PSC é efetuada pela equipa dos Assistentes Operacionais [AO], que seguem uma check-list elaborada pela equipa de enfermagem e, após a sua realização, é validada pelo enfermeiro responsável da unidade, efetuando esse registo em impresso próprio.

Relativamente aos diferentes dispositivos existentes nesta UCIP, é importante referir também a existência de equipamentos de terapia de substituição renal contínuas e intermitentes, ventiladores não invasivos, equipamentos de oxigenoterapia de alto fluxo, equipamentos de monitorização hemodinâmica invasiva (incluindo o sistema Pulse Contour Cardiac Output [PiCCO]), monitores de índice bispectral, monitores multiparâmetros de eletroencefalograma contínuo, monitores cardíacos, broncofibroscópio, material de entubação endotraqueal, aparelho *Cough Assist*, sistemas de aquecimento por lençol de ar quente e dispositivos de compressão pneumática intermitente dos membros inferiores.

1.1.2 Recursos Humanos

No que diz respeito à equipa multidisciplinar, esta é formada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e uma técnica administrativa. Todavia, outros profissionais de saúde colaboram na prestação de alguns cuidados à PSC sempre que necessário, como anestesistas, cardiologistas, cirurgiões, otorrinolaringologistas, ginecologistas, terapeutas da fala, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e capelão do hospital, entre outros.

O serviço de limpeza das zonas comuns é assegurado por uma empresa externa.

A equipa de enfermagem é, atualmente, composta por 46 profissionais, entre os quais 9 EEEMC-PSC e 6 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma enfermeira gestora e um enfermeiro de apoio à gestão. A equipa dos AO é composta por 27 profissionais. Com a reestruturação física do serviço e o aumento significativo do número de camas, verificou-se que a equipa multidisciplinar aumentou bastante nos últimos 3 anos, observando-se uma equipa com mais elementos jovens e motivados. A equipa multidisciplinar exerce as suas funções em turnos rotativos, todos os dias do ano, à exceção da enfermeira gestora, que exerce as suas funções de segunda-feira a sexta-feira, nos turnos da manhã.

Importa referir que, em junho de 2023, foi criada a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar [EEMI], formada por recursos humanos e materiais da UCIP, com o objetivo de dar cumprimento à Norma da Direção Geral de Saúde [DGS] nº15/DQS/DQCO de 22/06/2010,

reafirmada no Despacho nº 9639/2018, publicado no Diário da República nº198/2018 de 15-10-2018. A EEMI tem como missão atender qualquer pessoa em situação crítica com necessidade imediata ou potencial de meios de Suporte Avançado de Vida [SAV], dentro da área hospitalar referida, sendo composta por um médico, com formação em abordagem à PSC, e um enfermeiro da UCIP. Assim, em cada turno, um enfermeiro está escalado no posto de EEMI que, durante o período em que não está ativado para uma situação crítica, presta auxílio aos restantes enfermeiros nos cuidados às PSC internadas na UCIP (SNS, 2021).

O método de trabalho instituído é o método por enfermeiro responsável, onde é atribuído a cada enfermeiro uma ou duas pessoas em situação crítica. Assim, todos os cuidados necessários à pessoa/família em situação crítica são da responsabilidade desse enfermeiro e executados ou gerenciados pelo mesmo. Em cada turno, estão escalados 5 enfermeiros: 4 em prestação direta de cuidados à PSC, e um escalado de EEMI. Em todos os turnos, existe também um enfermeiro responsável de turno, sendo preferencialmente um enfermeiro especialista, ou o enfermeiro com mais experiência profissional (enfermeiro perito), que lidera e gere as ocorrências no turno, na ausência da enfermeira gestora. O enfermeiro responsável de turno é também responsável pela distribuição das PSC pelos enfermeiros para o turno seguinte, tendo em conta as diferentes necessidades de cuidados, atribui o posto de EEMI e define o enfermeiro responsável para o turno seguinte.

Na referida UCIP é utilizada a ferramenta Therapeutic Intervention Scoring System-28 [TISS- 28], que permite avaliar o índice de gravidade da PSC internada em UCI, através de sete categorias de intervenções, que se traduzem em minutos necessários à prestação de cuidados. Assim, através desta ferramenta de gestão é possível calcular a carga de trabalho de enfermagem prevista (Padilha, K. G., Cardoso de Sousa, R. M., Miyadahira, A. M., Monteiro da Cruz, D.deA., Fernandes Vattimo, M.deF., Kimura, M., Alves Grossi, S. A., da Silva, M. C., Cruz, V. F., & Ducci, A. J., 2005). Esta escala é preenchida pelos enfermeiros no turno da noite.

Em relação às dotações seguras na UCIP do piso 2, verifica-se que são cumpridas as recomendações no que diz respeito ao número de enfermeiros por turno, uma vez que cada enfermeiro tem à sua responsabilidade uma ou duas PSC. No entanto, verifica-se que existe um défice de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], na área da enfermagem à PSC, que compõem a equipa, uma vez que o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de enfermagem recomenda a existência de 50% de EEMMC-PSC na equipa, e a sua presença 24 horas por dia, na constituição de cada turno (OE, 2019a). É também importante referir que, apesar de ser cumprido o rácio de 1:2 enfermeiros em UCI por turno, é fortemente recomendado em UCI de nível III o rácio de 1:1 (OE, 2019a).

1.1.3 Governação Clínica e Produção de Cuidados

As UCI são responsáveis por cerca de 13,4% do total dos custos hospitalares e, a nível humano e organizativo, os hospitais devem esforçar-se para se reorganizarem e aumentarem as suas capacidades de internamento associados à PSC, uma vez que o envelhecimento da população e o aumento de patologias cardiovasculares e de diabetes mellitus levam a um aumento das necessidades de medicina intensiva (Paiva, et al., 2016).

A liderança e gestão de equipas na área da saúde têm funções vitais no bom funcionamento das equipas, que se podem traduzir em qualidade nos cuidados prestados e em satisfação das próprias equipas. O trabalho de um gestor numa equipa de enfermagem traduz-se em várias vertentes, desde a gestão de recursos humanos e materiais até à gestão de conflitos.

Na UCIP onde se realizou o EF foi possível observar de perto o trabalho da enfermeira gestora e do enfermeiro que a auxilia em todo o processo de gestão do serviço, e o assegura na ausência da mesma.

Assim, verificou-se como é feita a gestão dos consumos clínicos do serviço. No que diz respeito aos pedidos de farmácia e armazém, estes são feitos recorrendo ao sistema informático EKanban^R, através de um sistema de *picking* dos códigos de barras do material/fármacos, devidamente identificados. Na prática diária, todos os enfermeiros da UCIP, devem efetuar *picking* dos fármacos administrados à PSC, de modo a manter atualizados os stocks virtuais do sistema. No entanto, verifica-se que acontecem algumas falhas, traduzindo-se em stocks virtuais e reais desatualizados que, posteriormente, não são fornecidos nas quantidades devidas pelo serviço de farmácia. Deste modo, a enfermeira gestora deve confirmar stocks e corrigir níveis reais e virtuais todas as segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras, garantindo níveis corretos de farmácia e matérias, necessários ao cuidado da PSC. Os pedidos ao armazém também se regem por este sistema, sendo apenas efetuado pelos enfermeiros responsáveis pela gestão. Assim, pode-se dizer que o sistema de *picking* é uma ferramenta de boa qualidade, no entanto pode ainda ser melhorada.

Além dos fármacos habituais existentes em stock na UCIP, por vezes, são prescritos medicamentos que não estão contemplados no mesmo, sendo necessário efetuar uma pedido extra-acordo, que é efetivado no software de Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento. Também se observa que, após as 14 horas de cada dia, é necessário verificar a medicação

prescrita para cada PSC internada, de modo a garantir a existência da quantidade certa de fármacos até novo fornecimento pela farmácia. Pode também ser necessário pedir outros fármacos que não existam no serviço, tendo em conta que, em dias feriado ou fim-de-semana, a farmácia não está aberta, apesar de existir um funcionário de prevenção. Por vezes, há medicação que não existe no serviço de farmácia hospitalar, sendo necessário articular com a responsável da farmácia e efetuar um pedido justificativo do fármaco para ser pedido a outro hospital. O Conselho de Administração [CA] apresenta-se bastante recetivo e disponível para conceder autorização na compra de material ou fármacos necessários ao cuidado à PSC, a outro hospital e, habitualmente, todo o processo ocorre de forma ágil. Posteriormente, o hospital efetua o pagamento ao hospital que forneceu o pedido. Estas situações ocorrem de forma pontual, mas de caráter de emergência, não se observando constrangimentos pelo CA.

A UCIP é um serviço de ponta que necessita de material específico que garanta a qualidade dos cuidados e a segurança da PSC. Para o enfermeiro gestor é fundamental, e por vezes difícil, saber gerir os recursos materiais, uma vez que deve ter em conta que muito do material de consumo clínico da UCIP é especialmente caro e o seu uso pode ocorrer por períodos em que se usa muito, e períodos em que se usa pouco. Torna-se então importante observar as validades e não acumular material em excesso, correndo o risco de desperdício e aumento dos custos. A UCI é considerada um serviço nevrálgico de um hospital e, como tal, os fármacos, equipamentos e materiais diversos não podem faltar. No entanto, os custos devem ser controlados o mais possível.

O enfermeiro gestor deve ser conhecedor dos variados equipamentos e materiais que existem no mercado, que garantam a segurança da PSC e a redução do risco, de modo a justificar a sua aquisição e mais-valia dos mesmos. É também importante ter capacidade para sensibilizar a equipa multidisciplinar para o cuidado e conforto da PSC, despertando para as questões éticas em ambiente de cuidados intensivos, nomeadamente, em situações terminais em que se aposta muito no tratamento e pouco nos cuidados e medidas de conforto à PSC.

No que diz respeito à equipa de enfermagem e assistentes operacionais, o enfermeiro gestor deve conhecer as características individuais de cada elemento, os seus conhecimentos e aptidões, de modo a trazer para a equipa o seu melhor e potenciar o crescimento da mesma, como um todo. Torna-se também fundamental, ter um domínio real sobre todas as áreas da PSC, conhecendo as limitações existentes.

Na UCIP existem, então, diversos grupos de trabalho, constituídos por enfermeiros e alguns médicos, que se dedicam a projetos de melhoria contínua, sendo eles:

- Controlo de Infecção;
- Plano de Evacuação da UCIP;
- Protocolo de Insulinoterapia;
- Manual Interativo de Procedimentos;
- Formação SAV.

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Este capítulo do presente relatório irá abordar a temática que sustenta o PIM, relacionada com emergência e catástrofe nas Unidades de Saúde [US], nomeadamente a evacuação da PSC de uma UCI, bem como os conceitos relacionados com a qualidade em saúde e segurança do doente, essenciais no cuidado à PSC, em situações de crise. Também neste capítulo será abordada a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner e Daphne Stannard (2011), como sustentação do percurso académico realizado até ao momento, uma vez que as teorias de enfermagem são responsáveis por estruturar o pensamento crítico e dar sentido à prática clínica em enfermagem.

2.1 Emergência e Catástrofe nas Unidades de Saúde

O contexto atual em que vivemos está em permanente mutação e a possibilidade de ocorrência de situações de catástrofe natural, epidemias, acidentes radiológicos, tecnológicos, biológicos ou químicos, é passível de acontecer, podendo traduzir-se num impacto significativo do funcionamento normal da sociedade e das unidades hospitalares, na resposta a uma situação de crise.

A DGS define crise como uma resposta a uma situação de emergência que “(...) pela sua natureza ou extensão condiciona, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes” (DGS, 2010, p.1).

Uma catástrofe pode ser definida como “(...) um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida ou tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018, p.19362-19363).

Em todo o mundo observa-se um aumento crescente de catástrofes registadas, que se devem, em grande medida, a alterações climáticas, ao crescimento demográfico associado à urbanização crescente e outros fatores associados, tais como a atividade industrial e a degradação do ambiente. Com esta realidade em crescente desenvolvimento espera-se que a intensidade das catástrofes tenha tendência a aumentar. Assim, é necessário um reforço na capacidade de resposta face a estes acontecimentos, independentemente da sua causa ou origem (EUR-Lex, 2010). No que diz respeito à magnitude de uma catástrofe esta “(...) pode ser favorecida pela crescente concentração populacional, pela dependência de meios tecnológicos e pelo desenvolvimento industrial” (Santos & Dixe, 2017, p.71).

Observando a realidade das US hospitalares do nosso país verifica-se que, em situação normal, trabalha-se com recursos humanos e materiais limitados, face à afluência e necessidades das pessoas que lhes recorrem, muitas delas já no limite das suas capacidades (DGS, 2010).

Os governos estão cada vez mais predispostos a alcançar uma cultura de prevenção face às consequências de situações de emergência e catástrofe, uma vez que as unidades hospitalares desempenham um papel fundamental no atendimento das populações e, por conseguinte, devem manter o seu funcionamento para prestar cuidados de saúde atempados (Echevarría-Zuno, Cruz-Vega, Elizondo-Argueta, Martínez-Valdés, Franco-Bey, & Méndez-Sánchez, 2013).

Os hospitais são instalações essenciais na resposta a situações de exceção, uma vez que providenciam cuidados de saúde e, muitas vezes, também são locais de abrigo e satisfação de necessidades básicas como alimentação e fornecimento de água. Pelas situações inerentes a qualquer catástrofe os hospitais tornam-se vulneráveis, sendo necessário prepará-los para uma melhor resposta (Duarte, Duarte & Coutinho, 2022; Echevarría-Zuno, et al., 2013).

O sucesso de resposta hospitalar a uma catástrofe implica um investimento na preparação, planeamento e formação contínua, independentemente da causa da catástrofe (Santos & Dixe, 2017).

O Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE] (International Council of Nursing [ICN], 2019) e a Organização Mundial de Saúde [OMS] consideram que, sendo os enfermeiros o maior grupo de profissionais de saúde a desempenhar papéis vitais na resposta a catástrofes, devem ser capacitados de competências que permitam melhorar a sua ação a todos os níveis, de modo a proteger populações, a limitar lesões e mortes, a manter o funcionamento das US e o bem-estar da comunidade. Estas competências relacionam-se com a mitigação e preparação das catástrofes, com as intervenções na resposta à catástrofe e na recuperação e reabilitação a curto e médio prazo dos indivíduos, famílias e comunidades.

As situações de catástrofe podem ser internas ou externas ao meio hospitalar, no entanto, ambas perturbam o funcionamento normal do mesmo, podendo ameaçar o bem-estar das pessoas e equipas multidisciplinares. No que diz respeito às situações de emergência e catástrofe internas, deve-se ter em conta que estas podem levar ao encerramento de hospitais, evacuação de pessoas e perda de capacidade nos cuidados de saúde. Geralmente, os hospitais estão preparados para eventos externos, mas encontram-se menos preparados para eventos internos (Iseron, 2013; Klokman, et al., 2021).

As situações de emergência e catástrofe internas têm efeitos marcantes na saúde hospitalar que afetam principalmente os SU e UCI, podendo limitar a capacidade destes serviços no atendimento de um maior número de pessoas (Klokman, et al., 2021).

As causas externas mais comuns relacionam-se com o clima, nomeadamente, inundações, furacões e tsunamis, com incêndios, terremotos e ações militares. No que diz respeito às causas internas que podem precipitar numa evacuação parcial ou total de um hospital ou serviço específico, relacionam-se com incêndios, inundações internas, roturas nas condutas de gases medicinais, extravasamentos de produtos químicos, ameaças biológicas, falhas de tecnologia de informação, sismos, perda de energia, água ou ventilação e ameaças/ataques terroristas (Iseron, 2013; Klokman, et al., 2021).

2.1.1 Plano de Evacuação de uma UCI

As US estão sujeitas à possibilidade de situações de emergência e catástrofe que afetam o seu normal funcionamento. Tal como foi referido anteriormente, as US no nosso país encontram-se a funcionar no limite das suas capacidades, uma vez que se observam estruturas físicas envelhecidas e com necessidades de remodelações profundas, com equipas multidisciplinares reduzidas para o número de pessoas a quem prestam cuidados. Perante uma situação de crise, torna-se imprescindível a existência de normativas de procedimento, de modo a garantir a segurança das pessoas e equipas multidisciplinares, bem como a continuidade dos cuidados (DGS, 2010).

A preparação das US e equipas multidisciplinares passa pela construção de planos de evacuação bem definidos, testados, dinâmicos e atualizados, de modo a melhorar a resposta às situações de emergência e catástrofe (Klokman, V., et al., 2021).

Entende-se por evacuação o movimento de ocupantes de um edifício para uma zona de segurança/refúgio (Ministério da Administração Interna [MAI], 2008). A zona refúgio é o local do edifício que se torna temporariamente seguro para acolher pessoas e que não venha a ser atingida pela causa de evacuação inicial (MAI, 2008). No que diz respeito à zona de segurança, esta é entendida como o local exterior do edifício onde se podem reunir as pessoas, de modo a estarem protegidas da causa de evacuação inicial (MAI, 2008).

Em 2010, a DGS lançou um Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde, que se traduz numa ferramenta de extrema importância, permitindo estabelecer orientações práticas para as US e reforçando a importância da prevenção, planeamento, segurança e gestão do risco necessárias a uma ação coordenada e eficaz dos profissionais de saúde que compõem a instituição afetada por uma situação de emergência (DGS, 2010). Este guia define os pontos-chave de um plano de emergência, nomeadamente:

1. Organização e gestão;
2. Recursos Humanos;
3. Prestação de Cuidados;
4. Recursos Gerais.

Cada um destes pontos-chave integram outros componentes, conforme as necessidades específicas de cada US (DGS, 2010).

É importante referir que os planos de emergência devem ser elaborados em colaboração com outras entidades importantes que também desempenham funções nas situações de emergência e catástrofe, tais como os Bombeiros, Serviço Municipal de Proteção Civil, Polícia de Segurança Pública e Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], encontrando-se interligados nas suas intervenções no momento de crise (DGS, 2010).

A construção de um plano de emergência deve englobar a identificação e avaliação dos riscos potenciais que podem conduzir a situações de catástrofe. Segundo a DGS (2010) existem diferentes tipos de riscos, como sejam os de origem natural (situações meteorológicas extremas e sismos), de origem tecnológica (incêndios urbanos/florestais e colapso de edifícios), acidentes com transportes (individuais/coletivos, urbanos e interurbanos), acidentes industriais (gases/materiais tóxicos), acidentes nucleares (incluem o risco Nuclear, Biológico, Radiológico e Químico) e relacionados com o comportamento humano (festivais automobilísticos/aeronáuticos, pirotecnia, manifestações, terrorismo, eventos bélicos). Depois de identificados os riscos potenciais deve proceder-se à elaboração de medidas preventivas que definam procedimentos

de alerta e gestão de crise (DGS, 2010). O grau de risco resulta da combinação dos graus de probabilidade e de gravidade de um determinado cenário, e também deve estar definido no Plano de Emergência Interno [PEI]. Pode ser classificado em quatro classes: elevada, moderada, reduzida e nula/residual (MAI, 2008; Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC], 2019).

É importante também referir que um plano de emergência deve definir os seguintes itens (DGS, 2010):

- ativação e desativação do Plano de Emergência;
- ativação do Gabinete de Crise [GC] e a sua composição;
- segurança e controlo nos acessos;
- circulação externa à US;
- mobilização dos recursos humanos hospitalares;
- mobilização dos recursos materiais e logística;
- acolhimento e orientação das vítimas;
- informação às famílias;
- comunicação externa e interna;
- evacuação parcial/total, em situação de emergência interna (PEI);
- alternativas em situação de falhas de rede elétrica, telecomunicações e/ou gases medicinais.

Contudo, devem também ser construídos PEI específicos de cada serviço, onde estejam definidos procedimentos simples e eficazes a adotar numa situação de exceção (Kelly, F., et al., 2021).

No que diz respeito à necessidade de evacuar uma UCI, pode-se dizer que é um evento raro, mas envolve procedimentos bastante complexos e que acarreta inúmeros riscos para as PSC internadas e equipa multidisciplinares (Kelly, F., et al., 2021; Kolibay, F., Kribs, A., Trieschmann, U., Mehler, K., Boettiger, B. W., & Eifinger, F., 2019). As equipas multidisciplinares podem também ser afetadas pela situação de emergência e sofrer ferimentos, o que se traduz em momentos de extrema fragilidade para o cuidado das PSC internadas, que se tornam ainda mais suscetíveis (Gray, M., Thomas, A., Burns, B., 2020; Klokman, et al., 2019).

No momento de construção ou reformulação de uma UCI deve ser tido em conta os recursos de segurança obrigatórios existentes, com o objetivo de melhorar a gestão numa situação de crise interna ao serviço. Assim, é recomendado que as UCI se localizem preferencialmente

no piso térreo hospitalar, com interligação às áreas cirúrgicas, como o bloco operatório e serviço de cirurgia (ACSS, 2024; Kelly, F., et al., 2021). As portas devem ter largura suficiente para permitir a passagem das camas da UCI. Estes serviços devem também ter capacidade de isolar zonas individuais através de portas corta-fogo, separando áreas clínicas e não clínicas e serem dotados de duas ou mais portas de saída, com vias de evacuação bem definidas. As betoneiras de incêndio devem estar bem visíveis e identificadas, bem como as válvulas de corte de gases e eletricidade (ACSS, 2024; Kelly, F., et al., 2021). Quando não é possível localizar uma UCI no piso térreo do hospital devem existir elevadores de evacuação, com alimentação elétrica dupla, garantindo a evacuação vertical da PSC em segurança (Kelly, F., et al., 2021).

A construção do PEI de uma UCI deve identificar os responsáveis do serviço em situação de emergência ou catástrofe, de modo a permitir-lhes agir com responsabilidades claramente definidas, como também deve descrever as funções de toda a equipa multidisciplinar: médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

O GC é o órgão de decisão e coordenação da situação de emergência e catástrofe. É formado pelo Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor, Diretor do Serviço de Urgência, Responsável da Comunicação, Responsável dos Serviços Farmacêuticos, Responsável dos Serviços de Hotelaria e Segurança, Engenheiro e Responsável Informático e um ou vários especialistas segundo a origem da catástrofe (DGS, 2010).

Os enfermeiros, como um dos grupos profissionais com maior representatividade em número na maioria dos serviços, têm um papel fundamental nos procedimentos de evacuação da PSC. O seu papel prende-se com conhecimentos prévios sobre os planos de emergência existentes, avaliação inicial dos cenários, avaliação geral da PSC, triagem das PSC, procedimentos de evacuação, coordenação de cuidados e ferramentas de comunicação (Gray, M., et al., 2020; ICN, 2019).

O PEI de uma UCI deve também descrever as vias de evacuação, bem como as áreas clínicas apropriadas que irão receber as PSC evacuadas, de modo a garantir a continuidade dos cuidados atempadamente (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019). As vias de evacuação compreendem os locais de comunicação horizontal ou vertical que apresentam condições de segurança para a evacuação das pessoas (MAI, 2008). Uma evacuação horizontal ocorre quando as pessoas são retiradas do local de emergência e catástrofe e são evacuadas para zonas refúgio no mesmo piso, sem necessidade de utilização de escadas ou elevadores. Podem ser corredores, antecâmaras, átrios, galerias ou espaços amplos que se apresentem seguros para a passagem das pessoas evacuadas (MAI, 2008). A evacuação vertical verifica-se quando as pessoas são evacuadas para serviço ou zona de refúgio que se encontre num piso diferente do local a evacuar,

através da utilização de escadas, elevadores, rampas e/ou tapetes rolantes inclinados que se apresentem seguros para a passagem das pessoas evacuadas (MAI, 2008).

No que diz respeito às equipas multidisciplinares, estas devem receber formação anual e treino prático do plano de emergência interno, através de simulação, de modo a terem bem presentes os procedimentos a adotar em qualquer situação de emergência (Kelly, et. Al, 2021; Klokman, et al., 2021).

2.1.2 Triagem em Situação de Evacuação

A PSC internada em UCI é considerada a mais vulnerável, uma vez que a manutenção da sua condição clínica envolve equipamentos complexos e volumosos, múltiplas linhas invasivas, manutenção da via aérea, protocolos terapêuticos complexos, termorregulação, técnicas dialíticas, entre outros (Gray, M., et al., 2020; Kolibay, F., et al., 2019; Palácios, et al., 2010). Como tal, é importante ter em conta a alocação da PSC aquando da sua admissão na UCI, de maneira a ficar mais afastada da saída se estiver sob terapias com equipamentos volumosos, permitindo assim, a saída mais rápida das PSC que devem ser evacuadas em primeiro lugar (Kelly, F., et al., 2021).

Nas situações de crise, em que o número de vítimas excede o número de prestadores de cuidados, a triagem surge como uma ferramenta fundamental, que permite avaliar rapidamente as vítimas e categorizá-las, para posteriormente serem evacuadas consoante a necessidade de atenção urgente. Esta classificação tem como propósito salvar tantas vidas quanto possível e assegurar continuidade dos cuidados, consoante os recursos existentes (INEM, 2012).

Em contexto de UCI, com necessidade de evacuação parcial ou total, o cenário pode ser difícil devido às características particulares das PSC e terapias complexas a que estão submetidas. Mesmo existindo dotações seguras, mobilizar a PSC num espaço de tempo limitado torna-se numa tarefa bastante árdua, com todos os riscos inerentes a este procedimento. Como tal, também nestas situações, um sistema de triagem é fundamental para definir a ordem de evacuação da PSC. Assim, em UCI, a ordem de evacuação da PSC é avaliada através da necessidade de suporte vital e na probabilidade de sobrevivência.

Ao contrário do que se verifica noutros métodos de triagem de vítimas em massa, em contexto de UCI é privilegiada a evacuação da PSC que necessita de menor suporte vital e tem

maior probabilidade de sobrevivência (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019; Palácios, et al., 2010).

Assim, segundo Palácios, et al. (2010), a triagem deve ser feita com base na hipótese diagnóstica e na necessidade de suporte vital, classificando as pessoas em 4 grupos:

- Grupo 1 – são os primeiros a ser evacuados. Caracterizam-se por pessoas conscientes, que não necessitam de ventilação mecânica invasiva nem medicação vasoativa;
- Grupo 2 - são os segundos a ser evacuados. Caracterizam-se por pessoas conscientes, com administração de oxigenoterapia por máscara ou ventilação mecânica invasiva (com $\text{FiO}_2 < 50\%$ e $\text{PEEP} < 7 \text{ cmH}_2\text{O}$) e administração de adrenalina ou noradrenalina $< 0,5 \text{ mcg/kg/min}$;
- Grupo 3 – são os terceiros a ser evacuados. Caracterizam-se por pessoas inconscientes, com lesão neurológica importante (Glasgow Coma Scale [GCS] > 5) a necessitar de ventilação mecânica invasiva (com FiO_2 50-80% e $\text{PEEP} > 8-10 \text{ cmH}_2\text{O}$) e com perfusões de catecolaminas elevadas (adrenalina ou noradrenalina 0,5-1mcg/kg/min);
- Grupo 4 – são os últimos a ser evacuados. Caracterizam-se por PSC com lesão neurológica grave (GCS < 5), falência respiratória grave com suporte de ventilação mecânica invasiva (com $\text{FiO}_2 > 80\%$ e $\text{PEEP} > 10 \text{ cmH}_2\text{O}$) e perfusão de catecolaminas muito elevadas (adrenalina ou noradrenalina $> 1 \text{ mcg/kg/min}$).

Depois de efetuada e validada a triagem das PSC é iniciado o processo de evacuação através das vias de evacuação e até aos serviços refúgio predefinidos, onde se procederá à continuidade dos cuidados à PSC, garantindo a sua segurança. A evacuação da PSC deve dispor de acompanhamento médico e de enfermagem, com monitorização hemodinâmica, fármacos de emergência e desfibrilhador, e deve-se privilegiar o transporte da PSC na sua própria cama (Palácios, et al., 2010).

Seria relevante que cada UCI usufruísse de um programa informático, acoplado ao sistema de registo e apoio à decisão clínica, que efetuasse a triagem das PSC automaticamente e sempre atualizada, baseado na prescrição de fármacos vasoativos, necessidade de oxigénio, ventilação mecânica e valor da GCS (Palácios, et al., 2010).

2.1.3 Sistemática da Evacuação em UCI

A evacuação de um serviço ou unidade hospitalar é uma habilidade necessária às equipas multidisciplinares, uma vez que as situações de emergência e catástrofe implicam respostas que por vezes estão fora de controlo (Zell, L., Blake, C., Brittingham, D., Brown, A.-M., & Soghier, L., 2019).

É importante referir que muitas vezes, as evacuações de emergência surgem ainda sem se ter ativado o plano de emergência e, como tal, sem haver um gabinete de crise formado e a tomar decisões. Deste modo, é essencial que o enfermeiro responsável de turno seja capaz de liderar uma evacuação, juntamente com o médico chefe de equipa (Zell, et al., 2019).

Numa situação de crise, o enfermeiro deve começar por avaliar-se a si mesmo, o ambiente e as PSC internadas. Concluindo que o ambiente clínico não é seguro, tanto para a equipa multidisciplinar, como para as PSC, verifica-se a necessidade de uma evacuação (Gray, et al., 2020; Kolibay, et al., 2019).

Para uma evacuação eficaz, o enfermeiro deve ter conhecimento sobre as intervenções a executar e deve ter em conta que a evacuação deve ser efetuada de forma ordenada, cumprindo as normas definidas previamente. Em qualquer situação de emergência e catástrofe, com necessidade de evacuação, é importante manter a calma e tranquilidade de modo a evacuar a zona com rapidez, evitando gritos e aglomerações de pessoas, guiando as pessoas às vias de evacuação definidas e promovendo ajuda mútua. É importante referir que, em momento algum, se devem ir buscar objetos pessoais, e regressar à área evacuada. Quando se observa que a área vai sendo evacuada, devem ir-se fechando as portas e janelas que se encontrem no caminho de evacuação, confirmando que não existem pessoas na área a evacuar. Também se revela importante manter as linhas telefónicas livres e, assim que a área estiver evacuada, efetuar essa comunicação (Palácios, et al., 2010).

Deste modo, aquando de uma situação de emergência, a equipa médica e de enfermagem deve adotar os seguintes procedimentos:

- Identificar a situação de emergência (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019);
- Contactar o número de emergência interno e acionar o plano de emergência (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019);
- Constituir equipa de coordenação para definição das vias de evacuação, pontos de encontro e zonas refúgio (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019; Zell, et al. 2019);

- Providenciar fontes de oxigénio portátil à PSC (Kelly, et al., 2021; Zell, et al., 2019) e interromper fornecimento de oxigénio através do corte de válvulas de oxigénio, em caso de incêndio (Kelly, et al., 2021);
- Em caso de incêndio deve-se tentar combatê-lo cumprindo uso correto de extintores portáteis (Kelly, et al., 2021);
- Isolar áreas clínicas de áreas não clínicas através do fecho das portas corta-fogo (Kelly, et al., 2021);
- Distribuir funções a cada membro da equipa multidisciplinar (Kelly, et al., 2021);
- Promover ajuda mútua entre a equipa multidisciplinar (Palácios, et al., 2010; Zell, et al., 2019);
- Efetuar a triagem das PSC na UCI (a triagem deve ser uma prática diária, independentemente de ocorrência de uma situação de emergência e catástrofe) (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019; Palácios, et al., 2010; Zell, et al., 2019);
- Comunicar a ordem de evacuação à equipa multidisciplinar (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019; Palácios, et al., 2010; Zell, et al., 2019);
- Reunir material essencial à manutenção hemodinâmica da PSC para o procedimento de evacuação: fonte de oxigénio, medicação de suporte vital e de emergência, monitor/desfibrilhador (Gray, et al., 2020; Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019; Zell, et al., 2019);
- Preparar a PSC para a evacuação: mobilizar seringas/bombas infusoras, retirar equipamentos não necessários ao suporte vital durante o procedimento de evacuação (Ex.: Extra Corporeal Membrane Oxygenation, técnica de substituição renal) e retomar assim que possível (Gray, et al., 2020; Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019);
- Todas as perfusões devem ser continuadas através de sistema de controlador de gotas, exceto inotrópicos que devem manter-se em perfusão através de seringas infusoras (Zell, et al., 2019);
- Verificar a correta fixação de cateteres, linhas arteriais e Tubo Endotraqueal [TET], estando preparado para possíveis emergências durante o procedimento de evacuação, como por exemplo uma extubação endotraqueal accidental (Kolibay, et al., 2019; Zell, et al., 2019);
- Promover a segurança da PSC no leito, evitando o risco de queda no momento de evacuação (Zell, et al., 2019);
- Reunir o processo médico, se possível, fazendo-o acompanhar da respetiva PSC (Palácios, et al., 2010);

- Iniciar a evacuação parcial ou total da UCI em segurança (Kelly, et al., 2021; Kolibay, et al., 2019; Palácios, et al., 2010);
- Ter em conta que a evacuação da PSC na sua cama é a opção mais rápida e segura (Kelly, et al., 2021);
- Acompanhar e monitorizar a PSC em todo o procedimento de evacuação, gerindo equipamentos e farmacoterapia em curso, garantindo a estabilidade hemodinâmica da PSC (Kolibay, et al., 2019; Zell, et al., 2019);
- Efetuar os registos de enfermagem de todo o procedimento de evacuação (Klollman, et al., 2021; Zell, et al. 2019);
- Garantir a continuidade dos cuidados e a segurança da PSC, antes, durante e após procedimento de evacuação (Gray, et al. 2020; Zell, et al., 2019);
- O médico e enfermeiro responsáveis pela gestão da evacuação devem ser os últimos a saírem do local. No final da evacuação devem verificar que todas as pessoas foram evacuadas (Zell, et al., 2019).

2.2 Qualidade em Saúde

O conceito de qualidade surge no Japão, logo após a Segunda Guerra Mundial e, desde então, este conceito tem vindo a ser alterado e aplicado a inúmeros setores. Todas as organizações que prestam algum tipo de serviços têm como desafio proporcionar qualidade de maneira que estes se traduzam em resultados de excelência (Rico, M., Castañon, E., Veja, G., 2015).

A qualidade em saúde define-se como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015, p. 13551). Deste modo, é exigida uma melhoria de eficiência e efetividade no processo de prestação de cuidados.

Segundo Romero, M., González, R., Calvo, M., Fachado, A. (2018), a qualidade em saúde resulta da soma de quatro fatores, sendo eles: cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica, atendimento adequado às necessidades do cliente, cuidados de saúde adequados ao que cada profissional tem de melhor para oferecer e, por último, prestar os cuidados de saúde que satisfaçam o cliente.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde [ENQS] surge, como resultado das recomendações sobre a qualidade dos cuidados, no programa de ação para a saúde da União Europeia e tem como missão garantir a eficiência, efetividade, acesso, segurança, equidade e continuidade aos cuidados de saúde. Verifica-se então que, a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde contribuem para a redução dos riscos evitáveis e para a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, traduzindo-se numa obrigação ética (MS, 2015).

A OE viu necessária a criação dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem com o intuito de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros e garantir uma melhoria nos cuidados de enfermagem, tendo por base a promoção da saúde, a satisfação da pessoa e o seu bem-estar, a prevenção de complicações, o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001). Estes padrões de qualidade traduziram-se num papel de destaque relacionado com o desempenho dos enfermeiros, em geral, no exercício das suas funções (Neto, D., Costa, J., Martins, L, Maerta, M. & Florentim, R., 2023).

Em relação aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem em PSC, estes surgem como uma referência aos profissionais para a prática especializada e assumem-se como uma mais-valia na implementação de cuidados especializados de qualidade do SNS, estimulando a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade, na referida área de especialização (OE, 2017).

No que diz respeito a uma situação de emergência e catástrofe o seu impacto numa US é catastrófico, não só pelo número de vidas perdidas, mas também pelos elevados custos económicos que daí advém. O EEEMC-PSC deve ser responsável pela evacuação e transporte da PSC em segurança, agindo em responsabilidade nos atos que pratica e delega, executando e gerindo cuidados técnicos de alta complexidade (OE, 2017). Neste contexto, a qualidade em saúde traduz-se num elemento estratégico de modo a produzir alterações profundas nos processos de gestão de recursos, com o objetivo de minimizar riscos e prevenir complicações (Rico, et al., 2015).

Em contexto de UCI verifica-se que o processo de evacuação da PSC deve estar protocolada através de PEI, sendo fortemente recomendado que seja um indicador de qualidade dos serviços hospitalares (Palácios, et al. 2010; Rico, et al., 2015). Para tal, os PEI devem ser testados, atualizados e alvo de auditoria, de modo a constituírem um indicador de qualidade para os hospitais e serviços. Assim, os PEI devem ter descritos os conceitos gerais de atuação em situação de emergência e catástrofe e definir as intervenções a adotar, de modo a facilitar e melhorar a prestação dos cuidados à PSC internada na UCI, num momento de crise.

A qualidade dos cuidados de saúde reflete-se na pessoa e família através de um ambiente de satisfação e confiança (Neto, et al., 2023).

2.3 Segurança do Doente

A qualidade e a segurança nos cuidados de saúde encontram-se intimamente interligados (MS, 2015). Quando se prestam cuidados de saúde de elevada qualidade está implícita uma maior segurança nos cuidados. A segurança do doente surge como um elemento articulador das diferentes dimensões da qualidade em saúde e apresenta-se como a base de construção das dimensões da qualidade (Romero, et al., 2018).

Romero, et al., (2018), cita a OMS para definir o conceito de segurança do doente como “(...) a ausência ou redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de sofrer danos desnecessários no curso dos cuidados de saúde” (p. 335).

Sendo a segurança do doente um tema cada vez mais pertinente e atual, a OMS solicitou aos países-membros que dessem especial atenção a este tema com o objetivo de reduzir acidentes e o risco de erro nos sistemas de saúde (Romero, et al., 2018).

Em Portugal, o direito à proteção da saúde, publicado no artigo 64º da Constituição da República, é definido como um direito social e fundamental. A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº95/2019 de 4 de setembro, na Base 2, refere que todas as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e em tempo clinicamente aceitável, de forma digna e de acordo com a melhor evidência científica disponível, assegurando práticas de qualidade e segurança nos cuidados (Assembleia da República [AR], 2019).

A ocorrência de incidentes de segurança na prestação de cuidados de saúde é uma realidade atual que necessita da implementação de estratégias que venham reduzir estes incidentes e que conduza a ganhos em saúde (MS, 2021). Como tal, “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (MS, 2021, p. 96).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2021-2026 tem como objetivo promover a segurança da prestação de cuidados e é suportado por cinco pilares, onde são definidos objetivos estratégicos para a sua implementação: a cultura de segurança, a liderança e governação, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes e, por último, as práticas seguras em ambientes seguros (MS, 2021).

“A proteção da segurança dos seus cidadãos é o primeiro dever de todos os Estados e a responsabilidade pela prevenção, preparação e resposta em caso de catástrofe cabe, em primeiro lugar, aos governos nacionais” (EUR-Lex, 2010, p.4).

Observa-se, assim, a real importância do PEI devidamente atualizado e personalizado aos diferentes contextos clínicos, uma vez que as situações de emergência e catástrofe, por si só, implicam elevados riscos para os profissionais e pessoas, onde a segurança se encontra exposta a grandes riscos. Deste modo, se existirem procedimentos protocolados para estas situações, onde a equipa multidisciplinar saiba como agir, o risco existente encontra-se diminuído e a segurança do doente pode ser mantida. No entanto, é importante referir que, nestas situações e mesmo com procedimentos de atuação protocolados e equipas multidisciplinares bem formadas, a magnitude e dimensão da situação de emergência pode interferir na segurança do doente.

É importante também referir que, o erro pode acontecer nas equipas multidisciplinares, uma vez que são formadas por pessoas sujeitas à sua condição humana. Apesar disso, é importante ter em conta as obrigações éticas em torno da prevenção do erro e da promoção da segurança do doente, em qualquer contexto e situação, reforçando assim a relação de confiança da pessoa atendida nas instituições de saúde.

Em contexto de evacuação de uma UCI, o objetivo principal deste procedimento relaciona-se com o transporte da PSC eficaz e seguro, de uma zona onde a sua segurança está ameaçada, para uma zona onde poderá receber o mesmo nível de cuidados que necessita e esteja garantida a sua segurança.

2.4 Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos

A enfermagem, enquanto disciplina teórica e prática, tem vindo a desenvolver-se de maneira a definir e uniformizar conceitos que vão contribuindo para uma prática profissional de maior excelência. Para tal, as teorias de enfermagem vem fundamentar a prática, permitindo também compreender, organizar e analisar os dados da pessoa. Assim, as teorias de enfermagem permitem organizar os processos de tomada de decisão do enfermeiro, que se traduzem nas intervenções, planeamento, tratamento e avaliação dos resultados obtidos.

“As teorias são as estruturas de organização para a ciência de enfermagem e as abordagens substantivas para cuidados de enfermagem. Elas fornecem estruturas de pensamento crítico para orientar o raciocínio clínico e a resolução de problemas” (Potter, P., Perry, A., Stockert, P., Hall, A., 2013, p.50). Como tal, as teorias são aplicadas ao processo de enfermagem que é considerado um processo sistemático, permitindo identificar as necessidades específicas de cada pessoa em contexto clínico, e prestar os cuidados de enfermagem adequados às necessidades identificadas (Potter, et al., 2013).

No que diz respeito ao processo de aquisição de competências, desenvolvimento do PIM e toda a elaboração do presente Relatório Final, a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner, Patrícia Kyriakidis e Daphane Stannard, foi utilizada como base de fundamentação teórica de todos os processos desenvolvidos.

Patrícia Benner é uma teórica de enfermagem conhecida pelo desenvolvimento de conceitos relativos ao desenvolvimento de competências de enfermagem. Para Benner (2001), o cuidado é compreendido como uma prática que vai além do sentimento e conjunto de atitudes, mas

que se traduz em excelência quando são tidas em conta as experiências anteriores e são fundamentadas com a melhor evidência científica.

Na obra de Benner, *De Iniciado a Perito* (2001), a autora defende que as competências de excelência no cuidar são adquiridas através de uma aprendizagem experiencial, ao longo do tempo de exercício profissional, onde o enfermeiro passa por cinco níveis de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. O enfermeiro perito “(...) 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” (Benner, 2001, p.58). Assim, pode dizer-se que o enfermeiro perito apresenta um domínio sobre a prática clínica, alicerçado na sua formação teórica em conjunto com a sua experiência. No que diz respeito à enfermagem, Benner (2001) refere que a prática em enfermagem desenvolve-se num processo contínuo, através da aprendizagem experiencial que se estende ao contexto dos cuidados de enfermagem e necessita de atualização constante.

A Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos surge da extensão da teoria *De Iniciado a Perito* que vem fornecer ferramentas essenciais no cuidado à PSC (Benner, et al., 2011). Para as referidas autoras, a sabedoria clínica “(...) surge quando os enfermeiros se tornam conhecedores apaixonados e transformam a compreensão e o conhecimento em sabedoria clínica” (Benner, et al., 2011, p. 11). Constata-se, assim, o cerne do comportamento ético e moral dos enfermeiros que define a excelência da enfermagem (Benner, et al., 2011).

Esta teoria nasce de um estudo alicerçado na prática de enfermagem nos cuidados à PSC, com o objetivo de delinear conhecimentos da prática especializada, descrever a aquisição de habilidades à PSC, identificar estratégias para o desenvolvimento da prática especializada e identificar obstáculos institucionais e de recursos ao desenvolvimento do conhecimento especializado (Benner, et al. 2011).

“Qualquer prática complexa depende tanto da aquisição extensiva de conhecimento, quanto do uso do conhecimento na prática” (Benner, et al. 2011, p. 2). Para estas autoras, só assim é possível desenvolver competências de enfermagem em cuidados agudos e críticos (Benner, et al. 2011).

No início da sua obra, Benner, et al. (2011) começam por distinguir conceitos diferentes: o conhecimento teórico e o conhecimento prático. O conhecimento prático, que ela define como “know-how”, deve ser fundamentado com base na evidência científica e assim desenvolvido através da experiência clínica adquirida na prática.

Benner et al. (2011) considera que o exercício da prática profissional de enfermagem em contexto de cuidados intensivos é intelectual e desafiante, uma vez que requer intervenções

rápidas para situações de risco de vida e onde há pouca margem para o erro. Deste modo, o desenvolvimento da prática em cuidados agudos e intensivos implica um pensamento em ação e sob pressão.

Os enfermeiros de cuidados intensivos gerem uma enorme quantidade de dados contínuos da PSC, ajustam as terapias e terapêuticas em relação aos dados apresentados e, em simultâneo, prestam cuidados de enfermagem essenciais. A previsão clínica permite ao enfermeiro organizar ambientes complexos e certificar-se que os recursos necessários a eventuais problemas estão disponíveis e acessíveis. O pensamento antecipado e o reconhecimento de riscos permitem ao enfermeiro preparar-se e preparar o ambiente de modo a ter respostas imediatas e a evitar complicações face a determinadas situações. Verifica-se também a importância da perspicácia e rapidez no reconhecimento de situações de mudança que impliquem intervenções rápidas em momentos críticos (Benner, et al.,2011).

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

Os processos subjacentes ao julgamento clínico e à tomada de decisão permitem ao enfermeiro, com precisão requintada e profunda, descrever hábitos de pensamento, através de dois hábitos de pensamento em ação e nove domínios da prática de enfermagem. Os hábitos de pensamento em ação referem-se a estilos de prática, pensamento e ação que constituem abordagens típicas dirigidas, sendo eles a compreensão clínica, que implica a identificação e resolução de problemas clínicos, e a premeditação clínica, na medida em que o enfermeiro deve antecipar e prevenir possíveis problemas. A previsão clínica permite ao enfermeiro organizar ambientes complexos e certificar-se que os recursos necessários a eventuais problemas estão disponíveis e acessíveis (Benner, et al.,2011).

No que diz respeito aos domínios definidos na teoria de Benner et al. (2011), verifica-se que surgem de modo a definir competências com intuítos, funções e significados na prática dos cuidados críticos de enfermagem. Os nove domínios descritos por Benner, et al. (2011) são:

1. Diagnóstico e gestão de funções fisiológicas da PSC, através de:

- Diagnóstico e gestão de situações de emergência e risco de vida (crise, reanimação);
- Diagnóstico, monitorização, titulação e intervenção contíguas em PSC instáveis, prevenindo uma situação de crise e mantendo estabilidade das funções vitais e estabilidade fisiológica;
- Diagnóstico, monitorização, prevenção e gestão das flutuações das funções vitais, não emergentes, das funções fisiológicas;
- Coordenação e gestão de intervenções múltiplas e imediatas;
- Ensino e assistência à PSC no desmame de tecnologias de suporte avançado de vida (Benner, et al., 2011, p. 88).

Deste modo, o primeiro domínio definido por Benner, et al., (2011) refere que o enfermeiro deve diagnosticar rapidamente a situação de emergência, ao mesmo tempo que intervém de forma rápida e eficaz, dando resposta atempada à situação de urgência, garantindo o controlo das funções fisiológicas da PSC.

2. O Know-how competente de gestão de uma crise, através de:

- Criação de um ambiente para a gestão da crise;
- Gestão sequencial da logística de múltiplas terapias na resposta a uma crise;
- Liderança e gestão da situação clínica da PSC quando o médico está presente;
- Liderança da situação clínica da PSC quando o médico está ausente;
- Reconhecimento do talento e destreza médica, encaminhando-os para a resolução de uma situação específica;
- Gestão do ambiente emocional e do clima social (Benner, et al., 2011, p.170).

No segundo domínio, as autoras reconhecem a importância da preparação do ambiente em situação de emergência, através de uma liderança da situação eficaz, onde o enfermeiro deve identificar precocemente a situação de emergência e ser autónomo na tomada de decisão, gerindo o trabalho em equipa, mesmo quando a equipa médica não se encontra presente (Benner, et al., 2011).

3. Promoção de medidas de conforto à PSC, através de:

- Cuidar o corpo como fonte de conforto;
- Estimular, distrair e proporcionar descanso adequado, com o mínimo de interrupções;

- Diminuir o ambiente tecnológico;
- Promover o conforto através de conexão e relacionamento;
- Estar disponível, sem ser intrusivo;
- Gerir as pressões éticas no alívio da dor, sedação e medidas de conforto;
- Limitar o impacto de procedimentos dolorosos através de técnicas de relaxamento, visualização e distração;
- Promover conforto através de momentos familiares e rotinas (Benner, et al., 2011, p.220).

Este domínio surge logo após a identificação da situação de emergência e execução das intervenções necessárias à situação de emergência. Assim, após estabilização da PSC, são necessárias as medidas de conforto, como o alívio da dor, promoção do descanso adequado, redução de estímulos associados à tecnologia presente no serviço e permitir a presença de familiares significativos para a PSC. Estas medidas, têm importância semelhante às descritas nos domínios anteriores (Benner, et al.,2011).

4. Cuidado à família da PSC, através de:

- Garantir a presença da família junto da PSC;
- Fornecer informações e apoio à família;
- Promover o envolvimento da família nos processos terapêuticos (Benner, et al., 2011, p.268).

Para Benner, et al. (2011), a família tem um papel bastante importante na recuperação da PSC. Assim, o enfermeiro deve proporcionar momentos de presença física da família junto da PSC. Deve ainda informar a família sobre a situação da PSC, cumprindo as normas éticas e deontológicas, para que possa também ser envolvida no processo terapêutico e tomada de decisão (Benner, et al.,2011).

5. Prevenção de riscos associados ao avanço tecnológico, através de:

- Realizar avaliações práticas de tecnologia;
- Desenvolver e utilizar práticas seguras;
- Promover o uso eficaz e avaliar o desempenho dos dispositivos médicos (Benner, et al., 2011, p. 302).

A tecnologia é tão utilizada em contexto de UCI que muitas vezes é difícil reconhecer as terapias e dispositivos utilizados como tecnologia que tem impacto no conforto da PSC. Apesar de serem fundamentais no tratamento e suporte da PSC, é importante reconhecê-los como tecnologia e ponderar o seu uso através da avaliação do risco-benefício (Benner, et al.,2011).

6. Cuidados em Fim de Vida e tomada de decisão, através de:

- Avaliar e organizar um nível razoável de cuidados no início do tratamento;
- Reconhecer e comunicar a transição de cuidados, principalmente de cuidados curativos para cuidados paliativos;
- Planear e implementar cuidados paliativos adequados à PSC terminal e família, aquando da transição de cuidados curativos para paliativos;
- Encarar a morte (Benner, et al., 2011, p. 342).

Tal como o nome indica, a PSC encontra-se numa situação de gravidade importante que, em alguns casos, a sua evolução clínica não ocorre da melhor forma sendo, portanto, necessário outro tipo de abordagem. A comunicação aberta e o diálogo são cruciais para o bem-estar da PSC. Por vezes, a evolução clínica da PSC não corresponde às expetativas e, para tal, deve ser escutada a vontade da mesma, famílias e equipa multidisciplinar, para que as decisões tomadas sejam as mais adequadas, garantindo a dignidade da PSC e família (Benner, et al., 2011).

7. Comunicação da avaliação clínica e melhoria do trabalho de equipa, através de:

- Comunicar as transições clínicas;
- Comunicar mudanças inesperadas na trajetória clínica;
- Mudar práticas e desenvolver novos conhecimentos clínicos;
- Desenvolver conhecimento clínico sobre intervenções experimentais;
- Formar as equipas: desenvolver atenção, habilidades e entre-ajuda (Benner, et al.2011, p. 380).

A prática baseada na evidência requer comunicação hábil de informações clínicas tendo em conta as preocupações práticas e éticas, no que diz respeito a tomadas de decisão sólidas. A criação de um contexto comunicativo para a tomada de decisão de problemas críticos promove uma coesão no trabalho de equipa e confiabilidade nas decisões clínicas. Para uma comunicação eficaz, Benner, et al., (2011) vem realçar a importância do uso da metodologia ISBAR (I - Identificação, S – Situação atual, B – (background) Antecedentes, A – Avaliação, R – Recomendações).

8. Segurança do doente: monitorização da qualidade, prevenção e gestão do risco, através de:

- Gerir e influenciar situações com base no julgamento clínico;
- Melhorar a qualidade, monitorização e gestão do risco;
- Assegurar apoio mediante falhas eminentes ou reais;
- Formar as equipas se erros cometidos;
- Resolver situações de conflitos;
- Prevenir ocorrência de erros, através da reparação e reestruturação de sistemas;
- Aceitar falhas nas situações de trabalho onde são consideradas todas as probabilidades, isto é, deixando o sistema falhar de modo a perceber-se que, uma prestação de cuidados apenas com uso de tecnologia e sem cuidados de enfermagem adequados, não é seguro para a PSC (Benner, et al., 2011, p. 411).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção do erro uma vez que são os profissionais que estão mais próximos da PSC e são responsáveis pela vigilância, monitorização, prevenção e promoção da segurança. Neste domínio, Benner, et al. (2011) vem realçar que uma prestação de cuidados isenta de cuidados de enfermagem, mesmo com uso da tecnologia mais avançada, não permite um cuidado seguro à PSC (Benner, et al., 2011).

9. O Know-how da liderança clínica, moral e educação e supervisão clínica, através de:

- Promover o desenvolvimento clínico dos outros;
- Treinar os outros para a interpretação, previsão e resposta às situações de transição da PSC;
- Preencher lacunas no atendimento à PSC;
- Gerir conflitos com familiares irritados através de conexão, controlo e compreensão;
- Preservar e promover relacionamentos de cooperação entre a equipa;
- Transformar os sistemas de prestação de cuidados (Benner, et al. 2011, p. 450).

No último domínio, Benner, et al. (2011) vem destacar as habilidades da liderança relacional e clínica, que devem ser incorporadas por líderes clínicos especializados. Estes líderes

facilitam o desenvolvimento de outras pessoas, ajudam-nas a aprender e compreender particularidades de cada situação, levando-os a promover cuidados para a melhoria da estabilidade da PSC, a articular uma perspetiva clínica e a aprimorar os seus julgamentos clínicos. Os líderes clínicos mobilizam recursos e intervenções necessárias às situações que apresentam lacunas, de modo a conseguir dar resposta às necessidades que surgem. Por último, em situações de instabilidade clínica, em que a evolução não parece favorável, a PSC e família pode experimentar sentimentos de raiva e revolta, devido a momentos de extrema vulnerabilidade. Deve o líder clínico mostrar-se colaborante com a PSC e família, através do diálogo e da prática colaborativa.

Importa assim referir a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos como um alicerce teórico determinante no desenvolvimento do PIM, que abordou a PSC em situação de emergência e catástrofe na UCI. Os pressupostos desta teoria fundamentam a prática avançada do enfermeiro através da ação rápida, eficaz e competente no cuidar da PSC, adquirida pela natureza do conhecimento, julgamento clínico e pensamento em ação. Benner, et al. (2011) refere a importância de uma prática de enfermagem adquirida em contexto real, com as dificuldades e recursos inerentes a cada ambiente clínico.

Deste modo, o desenvolvimento do PIM permitiu delinear conhecimentos acerca da sua temática, descrever as habilidades da prática de enfermagem, identificar dificuldades institucionais e de recursos, articular o conhecimento dos profissionais com as intervenções a adotar em situação de emergência e catástrofe e, por último, perceber a necessidade de formação e simulação, para uma melhoria contínua da prática de enfermagem na área da evacuação da PSC da UCIP.

3 PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR

O PIM foi desenvolvido com base na metodologia de projeto com o objetivo de centrar-se na resolução de um problema identificado que, através do seu processo de desenvolvimento associado à investigação, permite adquirir competências necessárias para a sua concretização real (Ruivo, Ferrito, C. & Nunes, L., 2010).

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010) consideram que a metodologia de projeto consiste num “(...) conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto (...)” (p.4).

3.1 Contextualização da Problemática

Tal como foi referido no capítulo da contextualização do ambiente clínico, a UCIP onde foi realizado o EF foi alvo de uma reestruturação do seu espaço físico, de modo a poder aumentar o número de camas. Para isso, foi necessária uma obra a nível de espaço físico e aumentar o número de elementos da equipa multidisciplinar, bem como equipamentos necessários ao cuidado da PSC. Como estas novas alterações foram realizadas num curto espaço de tempo, não foi possível atualizar plantas do serviço e muitos dos projetos pensados pela equipa, no que respeita à melhoria contínua da qualidade ficaram suspensos para que todo o empenho da mesma se centrasse numa abordagem eficaz à PSC com SARS-CoV-2.

Um dos projetos que ficou pendente relaciona-se com as situações de emergência e catástrofe internas à UCIP, uma vez que não existe um plano de evacuação específico deste serviço onde estejam descritas as intervenções da equipa multidisciplinar, caso seja necessário evacuar total ou parcialmente a UCIP.

Analisando os documentos disponíveis na pasta de Emergência e Catástrofe da intranet do website do hospital podemos encontrar o Plano de Emergência Interno que remete a dezembro do ano 2009, concluindo-se desde logo que se encontra bastante desatualizado. Após a leitura deste plano de emergência começa-se por identificar a missão do próprio plano, que se relaciona com a definição da estrutura organizativa dos recursos humanos e materiais existentes, bem como a descrição de procedimentos de gestão de emergência, de modo a preservar a integridade física das pessoas, operacionais, ambiente e património. Verifica-se também que o edifício hospitalar foi construído no ano de 1495, tendo sofrido muitas alterações do seu espaço físico ao longo dos anos, tentando dar resposta às exigências descritas na lei que visam as necessidades de saúde e segurança das pessoas. Apesar disso, todas as suas alterações têm muitas limitações, uma vez que a unidade hospitalar se encontra situada no centro da cidade, rodeado por três bairros habitacionais, onde o espaço físico não consegue crescer. Como tal, em situação de emergência, o acesso ao hospital também pode ficar afetado, bem como em caso de necessidade de evacuação hospitalar.

Atendendo às instalações internas hospitalares, o PEI descreve o sistema de climatização e ventilação, tal como o local de corte geral e individual, o uso de gás natural como fonte de energia combustível e as reservas de gasóleo existentes, distribuídas por 2 tambores de 200L cada. Os gases medicinais utilizados nesta unidade hospitalar são o oxigénio, o ar respirável e o protóxido de azoto. Observa-se então que, uma das reservas de oxigénio encontra-se junto de um dos Pontos de Encontro existentes no PEI, traduzindo-se num risco acrescido em situação de incêndio ou explosão, para as pessoas evacuadas para o referido local. Relativamente às vias de evacuação verticais, o PEI apresenta as escadas internas como sendo não enclausuradas, por apresentarem janela, no entanto estas situam-se em locais muito elevados, não permitindo uma evacuação facilitada, pelas mesmas e também não possuem sistemas de extração de fumos. Não se verifica a existência de escadas externas ao edifício. Os elevadores existentes não são protegidos, pelo que não são considerados opção para a evacuação de doentes independentes, podendo apenas ser utilizado por doentes dependentes, se não existir alternativa. A UCIP localiza-se no piso 2 e, como tal, em necessidade de uma evacuação vertical, este procedimento encontra-se muito dificultado, na medida em que os elevadores não podem ser utilizados, e será necessário evacuar a PSC pelas escadas, necessitando de uma logística de apoio externa ao hospital (ex: macas de bombeiros) para a evacuação, aumentando em muito o risco para a PSC e pondo em causa a segurança dos cuidados.

No que diz respeito à gestão do risco, verifica-se que o trabalho que tem sido desenvolvido pelos profissionais responsáveis da UCIP foi atualizado, através da identificação dos riscos, no

ano de 2021, já após as obras de reestruturação do serviço. Começando por analisar a estrutura física do serviço da UCIP, observamos que existe uma única porta de acesso ao serviço, que não vai de encontro ao recomendado pela ACSS (2024), que refere a importância da existência de duas ou mais saídas de emergência alternativas. A referida porta, serve de entrada e saída, e é constituída por vidro com funcionamento automático, que pode ser um elemento dificultador em necessidade de evacuação rápida da PSC. Também se observa que no corredor de acesso à UCIP se encontram bastantes cadeirões, tornando as vias de evacuação mais reduzidas, no que diz respeito ao espaço, podendo ser um obstáculo em situação de evacuação da PSC, em situação de emergência ou catástrofe. Relativamente às áreas da UCIP é recomendado que a zona onde se encontram as PSC deve ter uma área inferior às restantes zonas (armazenamento, copa, sujos), o que também não se verifica na presente UCIP. Além disso, a zona de armazenamento de material clínico e equipamentos tem uma área reduzida face ao número de material existente, observando-se também que se encontra armazenado em caixas de cartão, sendo uma fonte de risco acrescida em caso de incêndio.

Apesar da UCIP ter sofrido uma remodelação recente na sua estrutura física, observa-se que o pavimento existente na área de internamento da PSC já se encontra em mau estado de conservação, apresentando irregularidade na sua estrutura, sendo também um risco no momento de evacuação da PSC, por não se apresentar nivelado. Além disso, também se observam fios e cabos elétricos a atravessar as vias de evacuação, protegidos por calhas técnicas, não permitindo uma via de evacuação totalmente desobstruída.

No que diz respeito ao material necessário à evacuação total da UCIP, observa-se que o número de fontes de oxigénio portáteis, ventiladores portáteis e suporte de soros com capacidade de fixação de cassetes de seringas/bombas infusoras não são suficientes, para garantir uma evacuação em segurança com o mesmo nível de cuidados.

Após descrição da problemática é então necessário dar início ao PIM utilizando a metodologia de projeto.

3.2 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação surge como a primeira etapa da metodologia de projeto e tem como finalidade identificar a problemática do estudo, descrevendo a realidade sobre a qual se pretende intervir. Esta etapa deve descrever a necessidade do estudo, bem como as estratégias

a desenvolver, tendo em conta os recursos humanos e materiais existentes, de modo a satisfazer as necessidades identificadas. Para elaborar o diagnóstico de situação é necessário recorrer a instrumentos que identifiquem e validem os problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No presente PIM foi utilizada a observação do contexto e das pessoas, realizadas duas entrevistas não estruturadas e efetuada uma análise SWOT. A observação do contexto e das pessoas é um método fiável para validar os restantes instrumentos de diagnóstico de situação. A entrevista permite recolher informações, opiniões e necessidades, bem como perceber a relação das pessoas com o contexto em que se inserem. No que diz respeito à análise SWOT, esta é uma das técnicas mais utilizadas no planeamento estratégico e centra-se na ordenação das fraquezas, ameaças, forças e oportunidades encontradas no contexto do estudo, permitindo confrontar os pontos positivos e negativos de determinada situação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No início do estágio, foi observado o contexto clínico e realizada uma entrevista não estruturada com a enfermeira orientadora e a enfermeira gestora, tendo como objetivo demonstrar as áreas de interesse a trabalhar, no que diz respeito ao PIM. Assim, inicialmente foi validada a área da emergência e catástrofe como ponto de partida para o PIM. Posteriormente, foi realizada nova entrevista não estruturada com o enfermeiro responsável pela gestão do risco da UCIP, enfermeira gestora e enfermeira orientadora que constata a ausência de um Plano de Emergência Interno da UCIP, em situação de emergência interna, e ausência de normativa de procedimento da equipa multidisciplinar em caso de necessidade de evacuação da PSC da UCIP. Deste modo, após contacto com o professor orientador foi validada a temática para o PIM: “Emergência e Catástrofe em contexto de UCI: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica.”

Como ferramenta de diagnóstico de situação foi então utilizado o método de análise SWOT, construída através de tabela para melhor observação e confrontação dos pontos forte e fracos da temática escolhida:

Tabela 1 - Análise SWOT (Fonte: elaborado pelo autor)

Pontos Fortes – S	Pontos Fracos – W
• Área de interesse pessoal; • Apoio na temática pela enfermeira gestora, enfermeira orientadora e enfermeiro responsável pela gestão do risco na UCIP; • Temática que dá resposta a uma das competências específicas do EEMC-PSC; • Equipa de enfermagem da UCIP jovem e motivada para aquisição de novos conhecimentos na área da emergência e catástrofe; • Controlo de custos adicionais para a implementação do PIM.	• Ausência de normativa de procedimento de evacuação da PSC da UCIP em situação de emergência e catástrofe; • Desmotivação da equipa de enfermagem associada às relações interpessoais existentes entre a equipa multidisciplinar.
Oportunidades – O	Ameaças - T
• Recomendação da DGS na existência de um PEI em todas as US; • Aquisição de Dossier da Qualidade em Emergência e Catástrofe para o serviço UCIP, com diretrizes específicas, objetivas e simples no procedimento de evacuação da PSC; • Melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC na UCIP, no procedimento de evacuação em situação de emergência e catástrofe; • Melhoria da segurança para a PSC e equipa da UCIP, em situação de evacuação por emergência interna; • Equipa com défice de formação na área de emergência interna hospitalar; • Equipa com défice de informação na área da catástrofe; • Ausência de formação em evacuação da PSC internada em UCIP; • Desconhecimento de normas e orientações de procedimento em situação de emergência e catástrofe.	• Demora na aprovação do PIM pelo CA; • Fraca adesão da equipa multidisciplinar ao momento formativo e simulação; • Não continuidade do PIM pela instituição ao Plano de Emergência Interno da UCIP.

3.3 Definição dos Objetivos

A definição dos objetivos surge na segunda etapa da metodologia de projeto, com a finalidade antecipar a ação a realizar e descrever os resultados que se pretendem alcançar, devendo ser claros, concretos e precisos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), os objetivos gerais são “(...) enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados, ou seja, fornecem indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo” (p.18), e devem garantir objetividade aos resultados esperados através de comportamentos observáveis.

No que diz respeito aos objetivos específicos, estes devem ser definidos como “(...) indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.18). Estas aptidões a adquirir devem ser passíveis de demonstrar e avaliar.

Deste modo, uma correta definição de objetivos, geral e específicos, permite delinear um caminho de investigação e evitar eventuais problemas no momento da avaliação.

Assim, tendo em conta a problemática do presente PIM, foram definidos os seguintes objetivos geral e específicos:

Geral:

- Contribuir para os processos de melhoria contínua da qualidade e da segurança da PSC em momentos de emergência e catástrofe.

Específicos:

- Validar a melhor e mais recente evidência científica sobre a resposta em situação de exceção, garantindo a continuidade dos cuidados e segurança da PSC e profissionais de saúde;
- Construir fluxograma de triagem da PSC internada na UCIP;
- Elaborar uma Norma de Procedimento de evacuação da PSC na UCIP, para posterior proposta ao PEI da UCIP;
- Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da formação em serviço;
- Treinar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da simulação “*table on top*”;

- Construir instrumento de auditoria sobre a utilização da Norma de Procedimento de evacuação da PSC em situação de emergência e catástrofe;
- Divulgar a proposta de Norma de Procedimento através de uma comunicação científica do Serviço de Gestão da Formação e/ou em eventos específicos da especialidade.

3.4 Planeamento e Execução

O planeamento surge como a terceira fase da metodologia de projeto, onde é efetuado um esboço do projeto e onde se descrevem os recursos necessários ao desenvolvimento do mesmo. Nesta fase definem-se e calendarizam-se as atividades a desenvolver através de um cronograma, com o intuito de dar resposta aos objetivos definidos anteriormente (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deste modo, no início do EF foi construída uma proposta acerca do PIM (Apêndice II) a desenvolver na UCIP, que foi posteriormente validada pela enfermeira gestora, enfermeira orientadora da UCIP e professor orientador. Apesar do presente PIM não necessitar de colher dados de PSC ou elementos da equipa multidisciplinar, “a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado por quem tem a responsabilidade e representação da organização” (Nunes, 2013, p.14). Foi então efetuado o pedido de autorização ao CA hospitalar (Anexo I) para implementação do PIM na UCIP, que obteve um parecer positivo da referida parte (Anexo II).

Objetivo Específico 1: Validar a melhor e mais recente evidência científica sobre a resposta em situação de exceção, garantindo a continuidade dos cuidados e segurança da PSC e profissionais de saúde.

Estratégias de Intervenção:

- Reunir com enfermeira gestora, enfermeira orientadora, enfermeiro interlocutor do risco da UCIP e gestora do risco do hospital;
- Identificar e validar a importância da temática como necessidade da UCIP;
- Efetuar pesquisa bibliográfica baseada na evidência sobre a temática;
- Efetuar uma revisão integrativa da literatura;

- Divulgar os resultados da melhor evidência científica disponível sobre evacuação em contexto de emergência e catástrofe.

Recursos necessários: pesquisa bibliográfica (bases de dados científicos, normas, plano de emergência interno do hospital), constituir grupo de trabalho com enfermeira gestora, enfermeira orientadora, enfermeiro interlocutor do risco da UCIP e gestora do risco do hospital.

Objetivo Específico 2: Construir fluxograma de triagem da pessoa em situação crítica internada na UCIP.

Estratégias de Intervenção:

- Pesquisa bibliográfica sobre triagem em situação de emergência e catástrofe em UCI;
- Definir os pontos sensíveis de atuação na evacuação da PSC;
- Ordenar estratégias de atuação no momento de triagem da PSC em situação de emergência e catástrofe.

Objetivo Específico 3: Elaborar Norma de Procedimento na evacuação da PSC na UCIP, para posterior proposta ao PEI da UCIP.

Estratégias de Intervenção:

- Leitura do PEI e Instruções de Trabalho [IT] existentes no hospital onde se realiza o PIM;
- Utilizar os resultados da melhor e mais recente evidência científica disponível sobre evacuação da PSC;
- Contruir a Norma de Procedimento na evacuação da PSC da UCIP, para posterior proposta a PEI da UCIP.

Objetivo Específico 4: Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da formação em serviço.

Estratégias de Intervenção:

- Realizar formação em serviço com simulação, expondo a Norma de Procedimento de atuação;

- Disponibilizar um referencial formativo sobre evacuação da PSC na UCIP para sessões futuras.

Objetivo Específico 5: Treinar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da simulação “*table on top*”.

Estratégias de Intervenção:

- Proporcionar momento formativo através de simulação “*table on top*”, de modo a praticar os conhecimentos transmitidos.

Objetivo Específico 6: Construir instrumento de auditoria sobre a utilização da Norma de Procedimento de evacuação da pessoa em situação crítica em situação de emergência e catástrofe.

Estratégias de Intervenção:

- Desenvolver instrumento de auditoria clínica de acordo com referenciais da qualidade em saúde;
- Utilizar instrumento de auditoria para validação da qualidade dos procedimentos da equipa sobre evacuação da PSC em situação de emergência e catástrofe.

Objetivo Específico 7: Divulgar a proposta de Norma de Procedimento através de uma comunicação científica.

Estratégias de Intervenção:

- Participação em Congresso/Jornadas relacionadas com a área de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica.

3.5 Avaliação e Divulgação dos Resultados

A avaliação de um projeto deve ser um *continuum* ao longo da realização de todas as suas etapas. Apesar de ser um processo complexo, a fase de avaliação implica a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão. Numa fase inicial, mais concretamente na fase de execução, deve traduzir-se como um momento de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento, permitindo verificar o trabalho elaborado, o grau de satisfação e a necessidade de ajustes para dar resposta aos objetivos delineados inicialmente. Na fase final da metodologia de projeto, a avaliação surge como elemento importante para a “(...) verificação da consecução dos objetivos delineados”, observando se cada um foi atingido (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 26).

Assim, pode-se dizer que esta etapa iniciou-se aquando da escolha da temática e título do PIM, que após várias entrevistas informais se foi afinando o título final. Observou-se também que, ao longo do desenvolvimento do PIM, foram sempre surgindo contributos e retificações por parte da enfermeira orientadora, enfermeira gestora, enfermeiro responsável da gestão do risco e professor orientador, de modo a seguir a linha orientadora definida pelos objetivos, dando resposta à problemática da situação.

Deste modo, será feita uma avaliação individual de cada objetivo específico definido:

Objetivo Específico 1: Diagnosticar junto da equipa multidisciplinar a melhor resposta em situação de exceção, garantindo a continuidade dos cuidados e segurança da PSC e profissionais de saúde.

Indicadores de avaliação:

Para a concretização deste objetivo foi necessário reunir com os responsáveis da UCIP (enfermeira gestora, enfermeiro responsável pela gestão do risco e gestora do risco) de modo a validar a importância da temática a desenvolver e identificando as dificuldades que poderiam surgir no decorrer da realização do PIM. Posteriormente, foi necessária uma pesquisa da mais recente evidência científica, da qual resultou a elaboração de uma revisão sistemática da literatura com o título “Evacuação da PSC em situação de Emergência/Catástrofe numa UCI” (Apêndice III).

Objetivo Específico 2: Construir fluxograma de triagem da PSC internada na UCIP.

Indicadores de avaliação:

Apresentação do fluxograma de triagem da PSC internada na UCIP, aprovado pela enfermeira gestora, enfermeira orientadora e enfermeiro responsável pelo risco.

É importante realçar que já existia um fluxograma de triagem na UCIP que apresentava algumas lacunas. Após uma pesquisa baseada na evidência científica, o fluxograma de triagem foi melhorado e foram corrigidas as lacunas existentes.

Objetivo Específico 3: Elaborar Norma de Procedimento na evacuação da pessoa em situação crítica na UCIP, para posterior proposta ao Plano de Emergência Interno da UCIP.

Indicadores de avaliação:

Apresentação da Norma de Procedimento Interna: Evacuação de Pessoa em Situação Crítica da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em Situação de Emergência/Catástrofe Interna (Apêndice IV), que será proposta posteriormente a Plano de Emergência Interno da UCIP, após aprovação pela enfermeira gestora, diretor clínico e enfermeiro responsável pela gestão do risco.

A Norma de Procedimento Interna define conceitos gerais sobre evacuação intra-hospitalar, identifica os riscos existentes na UCIP, define as funções de cada elemento da equipa multidisciplinar, fornece um fluxograma de triagem da PSC e um fluxograma de evacuação, bem como identifica as vias de evacuação, zonas refúgio e ativação do PEI do hospital. Na presente norma de procedimento foi também descrito o material e equipamentos necessários à evacuação da PSC e algumas recomendações para melhoria de uma resposta eficaz em situação de evacuação da PSC. Por fim, é possível encontrar as folhas de registo criadas para a triagem das PSC, registos das intervenções de enfermagem no procedimento de evacuação, bem como as diferentes check-list de fármacos, equipamentos e material de transporte.

Objetivo Específico 4: Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da formação em serviço.

Indicadores de avaliação:

Este objetivo foi atingido através da realização de formação em serviço, onde estiveram presentes diferentes elementos da equipa multidisciplinar (diretor de serviço, 2 médicos assistentes, enfermeira gestora, 19 enfermeiros da UCIP, 7 assistentes operacionais e a secretária de unidade), correspondendo a 44% dos enfermeiros e 25% dos AO, que compõem a equipa multidisciplinar.

Na presente formação (Apêndice V), foram apresentados os objetivos da Norma de Procedimento Interna, conceitos gerais associados ao processo de evacuação, procedimentos a adotar, funções de cada elemento da equipa multidisciplinar, triagem da PSC e o fluxograma de evacuação.

Objetivo Específico 5: Treinar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da simulação “*table on top*”

Indicadores de avaliação:

Este objetivo foi atingido através da realização de uma simulação “*table on top*” após a formação em serviço, onde foi dada a conhecer a Norma de Procedimento Interna de evacuação da PSC em contexto de emergência e catástrofe. Foram então criados três grupos de trabalho, todos constituídos por médico, enfermeiros e assistentes operacionais, e fornecidos casos concretos de situações de emergência em que seria necessário evacuar parcial ou totalmente as PSC internadas na UCIP (Apêndice VII). Posteriormente, cada grupo definiu as intervenções necessárias, adequando as funções de cada elemento da equipa multidisciplinar e, por último, dois elementos de cada grupo dirigiram-se ao cenário montado e executaram a evacuação das PSC, explicando os procedimentos adotados, com a ajuda de bonecos representando as PSC, equipamentos e material necessário.

No final da apresentação dos diferentes casos foi feito um *debriefing* de cada caso, onde foram expostas dúvidas e diferentes modos de proceder perante a mesma situação de emergência.

Objetivo Específico 6: Construir instrumento de auditoria sobre a utilização da Norma de Procedimento Interna de evacuação da PSC em situação de emergência e catástrofe;

Indicadores de avaliação:

Apresentação de proposta final de três grelhas de auditoria (Apêndice VIII), para avaliação do PEI da UCIP, prática simulada e indicadores de processo e estrutura existentes no hospital, aprovada e validada pelo enfermeiro gestor, enfermeiro responsável pela gestão do risco, enfermeira orientadora e professor orientador.

Objetivo Específico 7: Divulgar a proposta de Norma de Procedimento Interna através de uma comunicação científica.

Indicadores de avaliação:

Participação e organização do 1º Encontro Científico do Serviço de Urgência do HSLE – ULSAALE, E.P.E.: *A Pessoa em Situação Crítica: Segurança nos Cuidados*, que se irá realizar no dia 18 de maio de 2024, e onde será apresentada uma comunicação científica, sob a forma de póster, com a temática: Evacuação da PSC da UCIP, em Situação de Emergência e Catástrofe (Apêndice IX e anexo III).

4 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo do Relatório Final será efetuada uma descrição, análise e reflexão crítica acerca das diferentes competências adquiridas ao longo do percurso formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem, mais direcionada à Unidade Curricular do Estágio Final. A referida análise e reflexão será dividida nos próximos subcapítulos, destacando as atividades desenvolvidas ao longo do EF realizado numa UCIP, onde foi desenvolvido o PIM. De modo a sustentar a reflexão acerca das diferentes competências adquiridas é necessário ter em conta alguns documentos fundamentais, tais como o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área da PSC (OE, 2018) e as Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015), entre outros.

A Enfermagem é definida como

“(…) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015b, p.99)

Ao longo dos anos a enfermagem tem vindo a desenvolver-se como ciência e, como tal, o enfermeiro, no decorrer do seu percurso profissional, deve adquirir competências de modo a desenvolver uma hábil prática clínica e segurança que melhore a sua tomada de decisão. A aquisição de competências surge de um processo dinâmico, fruto da experiência pessoal de cada enfermeiro, que deve ter em conta as suas experiências, a melhor evidência científica e a análise compreensiva das situações que lhes surgem no seu processo profissional, de modo a atingir o nível de perito (Benner, 2001).

O ICN (2019) define competência como uma medida individual de habilidades e conhecimentos aplicados que permitem à pessoa que a detém realizar o seu trabalho. As competências devem conter um verbo de ação, observável ou mensurável, e um contexto.

A aquisição e desenvolvimento de competências é referida na Lei de Bases da Saúde, no ponto 3, onde se descreve que “os profissionais de saúde têm o direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissional, tendo em conta a atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos”(AR, 2019, p.169).

Também o Código Deontológico, no seu artigo 100º “Dos deveres deontológicos em geral” refere que o enfermeiro deve “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015a, p.81).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] no seu artigo 9º refere a importância dos enfermeiros participarem e promoverem trabalhos de investigação que promovam o progresso da enfermagem e da saúde em geral (OE, 2015b).

Observa-se assim a necessidade de uma atualização constante de conhecimentos que permitam ao enfermeiro uma prática de excelência e um crescimento das suas habilidades profissionais nas diferentes dimensões, conduzindo-o para a necessidade de formação especializada, onde se inserem competências específicas de cada especialidade.

A OE define como enfermeiro especialista o profissional a quem lhe é reconhecida a “(...) competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019b, p.4744).

Assim, “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos da vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019b, p.4745).

As competências de Mestre em Enfermagem encontram-se descritas no documento de pedido de acreditação no novo ciclo de estudos, apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, enquadradas no Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto (Universidade de Évora [UE], 2015; Presidência do Conselho de Ministros, 2018), onde se define que o Mestre em Enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, 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 proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais;
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 (UE, 2015, p. 27).

É importante referir que a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Benner, et al. (2011) serviu como linha orientadora no decorrer do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, no decorrer do EF, desenvolvimento do PIM e construção do Relatório Final. O percurso efetuado durante estes meses vai de encontro aos postulados de Benner (2001) onde se constata que a aprendizagem experiencial, em contexto de cenários reais, permite a evolução da pessoa nas suas diferentes fases: de iniciado a perito. No que diz respeito à prática especializada em contexto de cuidados agudos e críticos, Benner, et al. (2011) realça a importância de uma prática de elevada complexidade, onde as competências específicas se constroem da fundamentação teórica e da prática clínica, enquanto o julgamento clínico permite uma gestão de situações complexas e de grande instabilidade. Assim, é importante referir que a prática profissional alcançada nestes 8 anos de atividade profissional no SU e 6 anos de emergência pré-hospitalar, facilitaram e permitiram uma melhor e mais rápida aquisição de competências em EMC à PSC.

4.1 Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem

Os cuidados de saúde têm, atualmente, uma maior importância acompanhada por uma exigência técnica e científica que abrange todos os profissionais de saúde, onde também se inserem os cuidados de enfermagem. A OE (OE, 2019b) verificou a necessidade de consolidar e uniformizar procedimentos de modo a conferir maior objetividade e transparência na prestação dos cuidados de enfermagem.

Como tal, as competências comuns do enfermeiro especialista são entendidas como

“(…) 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” (OE, 2019b, p.4744).

As referidas competências comuns foram organizadas segundo quatro domínios de competência que se relacionam com a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

Com o objetivo de adquirir as competências comuns do EEEMC-PSC, foram colocadas em prática diversas estratégias e intervenções durante o período de realização do EF que de seguida serão descritas e analisadas individualmente.

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

- A - 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 (OE, 2019b).

- **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 (UE, 2015).

O domínio descrito anteriormente remete para as práticas de enfermagem executadas com base nos Direitos Humanos, princípios éticos e deontológicos relacionados com a profissão. É então importante realçar os conteúdos abordados na Unidade Curricular [UC] Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, onde foram revistos os documentos que regem e regulam a profissão. Um desses documentos legais denomina-se “Deontologia Profissional de Enfermagem” e surge integrado no Estatuto da OE, publicado em 1998, atualizado pela Lei n.º156/2015

de 16 de setembro, descrito no capítulo VI, nos artigos 95º ao 113º. “A Deontologia de Enfermagem constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro” (OE, 2015a, p.9) que se aplica a todos os enfermeiros membros da OE, e orienta e fundamenta as decisões e atos dos mesmos (OE, 2015a).

O REPE surge como um documento que clarifica conceitos, caracteriza cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados, definindo responsabilidades, bem como os direitos e deveres dos enfermeiros, de modo a não existirem equívocos entre profissionais de saúde e população acerca do seu exercício profissional (OE, 2015b). No ponto 1, do Artigo 8º, o REPE descreve que os enfermeiros “(...) deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadão” (OE, 2015b, p.101-102). Assim, os documentos supracitados permitem ao enfermeiro nortear a sua prática, fundamentando os processos de tomada de decisão e uma prestação de cuidados de excelência.

Verifica-se então que a revisão e análise aprofundada destes documentos permitiu aprimorar conceitos de modo a saber agir nos diversos contextos clínicos de abordagem à PSC, que se tornam fundamentais na prática diária, permitindo uma prestação de cuidados mais segura e assertiva. Embora estes documentos já fossem conhecidos, a sua revisão permitiu relembrar os princípios em que se processa o exercício de enfermagem, agora mais direcionado para a abordagem à PSC.

Benner, et al. (2011) realçam a importância dos deveres éticos inseridos na prática de enfermagem, bem como a prática baseada na evidência científica, de modo que em conjunto se possam oferecer os melhores cuidados à PSC.

As situações complexas necessitam de tomadas de decisão rápidas, onde a presença das questões éticas e legais permitam ao enfermeiro uma resposta baseada na defesa da liberdade e da dignidade humana, tanto para a PSC como para o enfermeiro (OE, 2015a).

“O respeito pela dignidade humana é um valor autónomo e específico inerente aos seres humanos” (OE, 2015a, p.38), que também se encontra consagrado no Artigo 1º da Constituição da República e no Código Deontológico do Enfermeiro, no Artigo 78º.

No que diz respeito ao EF realizado numa UCIP constatou-se que, para manter e/ou substituir as funções vitais da PSC são necessários dispositivos médicos, equipamentos altamente tecnológicos e procedimentos de elevada exigência. O que se observa, por vezes, é que grande parte da atenção das equipas multidisciplinares centra-se na gestão destes fatores e as questões éticas ficam descuidadas, principalmente quando a PSC se encontra sob ventilação mecânica invasiva, terapêutica sedativa ou outras situações clínicas em que não se encontra capaz de fazer

parte do processo de tomada de decisão. Nestas situações observa-se que o princípio da autonomia não é incluído no processo de cuidados, uma vez que é entendido como a liberdade de escolha em relação aos próprios planos de vida (OE, 2015a). No entanto, ao longo do EF, procurou-se prestar cuidados de enfermagem à PSC tendo em conta o Artigo 99º da Deontologia Profissional de Enfermagem, onde é referido que “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro” (OE, 2015a, p. 80). Tendo em conta também a alínea c do Artigo 109º, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015a, p.86). Além do referido, observa-se que a PSC internada em UCI apresenta grande vulnerabilidade, sendo ainda mais importante ter em conta os princípios éticos da beneficência, através de cuidados prestados com o objetivo de ajudar o outro; da não-maleficência, de modo a não prejudicar a pessoa intencionalmente; e da justiça, prestando cuidados equitativos necessários a cada pessoa (OE, 2015a). Durante o EF foi necessário ter presente estes princípios uma vez que a PSC, na maioria das situações, não está capaz para decidir sobre a sua situação, garantindo uma prestação de cuidados holística no respeito pela intimidade e confidencialidade a que a PSC tem direito.

O espaço físico da UCIP apresenta-se como um *openspace* onde se observam diretamente as 8 camas, tornando-se pouco acolhedor e oferecendo pouca privacidade à PSC. Também se observa que as PSC internadas estão despojadas de roupa e valores, cobertas apenas com lençol, para que uma abordagem emergente possa ser rápida e sem obstáculos. Deste modo, foi necessário redobrar os cuidados no que diz respeito à privacidade da PSC, através do uso de cortinas, assegurando o respeito pela intimidade da PSC.

O dever do sigilo é suportado pelo Artigo 85º da Deontologia Profissional de Enfermagem, onde o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre tudo o que toma conhecimento no decorrer da sua prática. Toda a informação produzida resultante das intervenções de enfermagem, remete para o conceito de segredo e, em paralelo, para o direito de privacidade e confidencialidade. Durante o EF, a informação da PSC partilhada entre a equipa foi apenas a necessária e relevante à continuação da prestação de cuidados, tal como menciona a alínea b) do Artigo 85º, onde refere que o enfermeiro deve apenas “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (OE, 2015a, p.78). Intimamente ligado ao dever de sigilo encontra-se o direito à informação, descrito no Artigo 84º da Deontologia Profissional de Enfermagem. A pessoa tem

direito à sua informação clínica, na medida em que deseje, de modo a poder decidir sobre si. Em situação crítica, por vezes, a pessoa não tem condições clínicas que lhe permitam tomar essas decisões. Nestas situações, as informações devem ser fornecidas à pessoa identificada pela PSC ou tutor legal, apenas no que diz respeito a decisões do processo de cuidados. Na UCIP onde se realizou o EF, as informações da PSC são apenas fornecidas ao familiar de referência identificado no momento do acolhimento/chegada da PSC, e transmitidas pessoalmente no momento da visita, garantindo que a informação é transmitida à pessoa de referência. As informações via telefone não acontecem de maneira alguma. Em vários momentos do EF, a comunicação com a PSC e família foi sempre privilegiada, exceto nas situações que as condições clínicas da pessoa não o permitissem. Em diversas situações, foram pedidas informações por parte dos familiares. Após ser garantida a identificação do familiar de referência são apenas transmitidas informações sobre os cuidados de enfermagem, presencialmente, tal como refere o Artigo 84º, Dever de Informar, onde o enfermeiro assume o dever de “(...) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015a, p.73).

Torna-se também importante referir que durante o EF houve oportunidade em participar em processos de tomadas de decisão, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, permitindo refletir, em conjunto com a enfermeira orientadora, acerca das decisões tomadas. Como por exemplo, necessidade de colocação de sonda de incontinência fecal [SIF] por fezes líquidas abundantes, realização de pensos com material apropriado ao tipo de lesão e início de levantar da PSC.

No que diz respeito à abordagem ética no fim de vida, pode-se dizer que, na UCIP, é permitida a presença de pessoa significativa à PSC neste momento. Habitualmente, se a pessoa significativa não está presente, o médico responsável contacta-a por telefone para se dirigir ao serviço e permitindo a sua presença neste momento. Há que salientar também que, em várias situações, se presenciou a decisão de não reanimar, tendo sido instituídas medidas de promoção do conforto e alívio do sofrimento da PSC. Deste modo, estas decisões são comunicadas e validadas em conjunto com a família, de forma a confortar e preparar a mesma para o que possa ocorrer posteriormente. Na UCIP foi criada uma sala de acolhimento para a transmissão de informações à família que se apresenta como um espaço acolhedor e tranquilo, onde a família pode estar durante o tempo que necessite para assimilar informações difíceis.

Salienta-se também que surgiram situações em que se observou o prolongamento da vida humana, uma vez que os diagnósticos médicos se apresentavam como irreversíveis, mas que, no entanto, foi continuado um investimento terapêutico na manutenção da vida da PSC. Estas

situações foram discutidas com a enfermeira orientadora, tendo sido momento de reflexão para ambas.

Por último, o PIM foi desenvolvido com base na segurança da PSC e na melhoria da qualidade, onde se procura a excelência do exercício, evidenciado no Artigo 88º, na alínea d), que refere que o enfermeiro deve “(...) assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (OE, 2015a, p.91). Além disso, o PIM “(...) procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015a, p.91), através de uma norma de procedimento, em contexto de emergência e catástrofe interna ao serviço, com necessidade de evacuação total ou parcial do mesmo, mantendo o nível de cuidados à PSC. O desenvolvido do PIM na UCIP foi alvo de parecer positivo por parte a Enfermeira Gestora e Diretor de Serviço, bem como do CA do respetivo hospital (Anexo II). Em simultâneo, foi submetido um resumo do PIM ao Instituto de Ensino Superior, tendo tido também parecer positivo, tal como do professor orientador.

Assim sendo, verifica-se que as competências comuns relacionadas com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como a competência de mestre enunciada, foram atingidas, uma vez que foram melhorados os conhecimentos ético-deontológicos na avaliação das melhores práticas de cuidados, tendo em conta as escolhas da PSC.

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

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

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b).

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais (UE, 2015).

O enfermeiro especialista deve ser proativo na conceção, liderança e promoção de projetos na área da melhoria contínua. Apesar de a OE (2001) assumir que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional, o enfermeiro deve ter em conta os riscos associados à prestação de cuidados e, como tal, garantir o cumprimento das melhores práticas clínicas, atuando nos processos de melhoria contínua e segurança da pessoa, tendo em conta a satisfação da mesma, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Assim, o papel do enfermeiro nesta área relaciona-se com a “(...) avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (OE, 2019b, p. 4747).

Para melhor analisar as competências descritas anteriormente foi necessário recorrer aos conteúdos abordados nas UC de Políticas e Modelos de Saúde, bem como de Gestão em Saúde e Governação Clínica, onde foram analisados diversos documentos como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC (OE, 2015c), o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (MS, 2021) e a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020 (MS, 2015). No que diz respeito à busca da melhor evidência científica como alicerce da prática baseada na evidência, é também importante mencionar as ferramentas adquiridas nesta área pela UC de Investigação em Enfermagem.

A qualidade em saúde é definida como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão (...)”(MS, 2015, p. 13551), pressupondo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do mesmo. A segurança está intimamente ligada à qualidade em saúde, na medida em que permite assegurar a confiança das pessoas na utilização dos sistemas de saúde.

“A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados é uma realidade dos sistemas de saúde modernos” (MS, 2021, p.96). Como tal, o PNSD 2021-2026, vem realçar

a importância da implementação de políticas e estratégias que diminuam a ocorrência de incidentes, uma vez que, grande parte deles, podem ser evitados. Assim, a sua prevenção traduz-se em ganhos em saúde (MS,2021, p. 96).

Em contexto de UCI observa-se um ambiente altamente tecnológico e, devido à complexidade dos cuidados e utilização de equipamentos tão diferenciados e específicos, torna-se fundamental a existência de tempo de reflexão sobre a prática, através de objetivos e estratégias bem delineados, tal como evidenciam os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Deste modo, ao longo do EF na UCIP foi necessário ler sobre as normas e protocolos já implementados sobre as diversas áreas. Foi então realizada uma reunião informal com a enfermeira orientadora e o enfermeiro responsável pela gestão do risco, onde se verificou-se a existência de vários projetos de melhoria contínua, já descritos anteriormente, sendo possível estudá-los de maneira a colocar em prática as normativas existentes, como por exemplo, o protocolo de insulina em PSC sob alimentação entérica contínua. É importante também referir que, no percurso do EF, foi possível conhecer e manusear os diversos equipamentos tecnológicos existentes na UCIP, no cuidado à PSC, verificando que são uma mais-valia nos processos terapêuticos, bem como na vigilância hemodinâmica da PSC. No entanto, foi também importante refletir acerca dos possíveis riscos associados a este tipo de equipamento, de modo a prevenir e estar atento às possíveis complicações associadas ao uso dos mesmos.

Aquando da prestação de cuidados à PSC, foi possível proceder à administração de componentes sanguíneos onde, na UCIP, é utilizado um aplicativo com sistema de *picking*, que permite a correta e contínua identificação da PSC, através de uma pulseira específica, que permite também a correta e precisa identificação do componente sanguíneo, minimizando o risco de erro na sua administração.

No âmbito da promoção de um ambiente seguro, observou-se a existência de uma pulseira para correta e contínua identificação da PSC e da existência de material individualizado na unidade da PSC. Também se observou a existência do sistema informático para registos individualizados *BSimple Patient Care* e uma folha de passagem de turno adaptada à prática de enfermagem na UCIP, que vai de encontro à metodologia ISBAR permitindo uma passagem de informação uniforme, clara e precisa a toda a equipa de enfermagem.

No que diz respeito ao controlo de infeção, foi necessário reunir informalmente com a enfermeira orientadora e o enfermeiro elo de ligação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos [GCL-

PPCIRA], de modo a conhecer as normas utilizadas na UCIP. Relativamente às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS], onde estão inseridos os feixes de intervenção da DGS, verifica-se que estes já se encontram contemplados no sistema de registos de enfermagem *BSimple Patient Care*, permitindo a toda a equipa prestar cuidados de enfermagem, registar e avaliar o seu trabalho relacionado com esta área. Deste modo, foi possível também adequar a prática realizada, tendo em conta os programas de melhoria contínua existentes, garantindo um ambiente seguro para a PSC.

No que diz respeito à gestão do risco para a PSC, relacionado com a qualidade e segurança, foi possível utilizar alguns instrumentos que permitem fazer essa avaliação, tais como a escala de *Braden*, que permite avaliar o risco de surgimento de úlceras de pressão; a escala de *Morse*, que permite avaliar o risco de queda; a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* [RASS] que avalia o nível de sedação e agitação da PSC e a escala *Behavioral Pain Scale* [BPS], que se utiliza para avaliar a dor na PSC. Estes instrumentos permitem ao enfermeiro prever possíveis alterações prejudiciais à PSC e delinear estratégias precoces de modo a evitar o surgimento de incidentes.

A ENQS refere na sua ação n.1 “reduzir a variabilidade da prática clínica, nomeadamente através de normas clínicas nacionais e da disseminação das boas práticas” (MS,2015, p.13552). Como tal, através do PIM foi criada uma norma de procedimento para a evacuação da PSC da UCIP, em situação de emergência e catástrofe, com base na melhor evidência científica, de modo a promover um ambiente seguro e como melhoria contínua da qualidade. A presente norma será posteriormente proposta a Plano de Emergência Interno da UCIP, a cargo do enfermeiro responsável pela gestão do risco. Com o objetivo de disseminar a evidência científica sobre a temática do PIM foi efetuada uma formação em serviço (Apêndice V) com simulação “*table on top*”. No próximo mês de maio será apresentada uma comunicação livre, através de poster, no I Encontro Científico do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas [HSLE] - A Pessoa em Situação Crítica: Segurança nos Cuidados. Foi também realizada uma revisão integrativa da literatura que aborda a temática do PIM, para posterior publicação (Apêndice III).

Por fim, pode-se dizer que as competências descritas no início do enunciado foram transponíveis para a prática, quer a nível do EF, quer a nível do local de trabalho onde exerce funções como enfermeira.

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

C - Domínio da Gestão dos Cuidados

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

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019b).

- **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 (UE, 2015).

O presente domínio descreve que o enfermeiro especialista deve realizar “(...) a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019b, p. 4748) e adequando os recursos às necessidades identificadas, de modo a garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Para a aquisição destas competências foi necessário recorrer aos conteúdos abordados na UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, no que diz respeito ao tema da gestão e liderança.

Para Benner, et al. (2011) a liderança clínica está associada a uma prática de exigência contínua, na medida em que é necessário um leque de habilidades de comportamento, de conhecimento clínico e de sabedoria clínica. Estas habilidades apresentam-se de extrema importância no que diz respeito ao cuidado da PSC, uma vez que, nas situações de emergência e catástrofe, é necessário uma atuação rápida, organizada e eficaz, ao mesmo tempo que se mostra uma liderança respeitável e de qualidade.

Em vários momentos do EF foi possível observar de perto o trabalho do enfermeiro responsável de turno, uma vez que a enfermeira orientadora foi muitas vezes nomeada chefe de equipa, permitindo assim o desenvolvimento destas competências comuns. A função de chefe de equipa é sempre atribuída a um enfermeiro especialista, visto que os horários são construídos de modo a que esteja presente, pelo menos, um enfermeiro especialista em cada turno. O enfermeiro chefe de equipa, na ausência do enfermeiro gestor, desempenha as funções de coordenação e gestão das equipas de enfermagem e AO e também participa nas situações de tomada de

decisão, acerca do funcionamento e organização do serviço. Assim, foi possível observar a execução do plano de trabalho para os turnos seguintes pelos enfermeiros e AO, efetuado com base no índice Therapeutic Intervention Scoring System [TISS-28] e método de enfermeiro responsável. Por vezes, surgem situações de tomada de decisão sobre a gestão da equipa, como por exemplo, nas situações em que é necessário efetuar um transporte inter-hospitalar da PSC e, o enfermeiro chefe de equipa deve decidir qual o enfermeiro mais capacitado para o realizar. Outras funções observadas relacionam-se com a gestão de camas aquando da entrada de PSC na UCIP, gestão de tarefas quando ocorrem dois acolhimentos em simultâneo, execução de pedidos extra-acordo de fármacos ao serviço de farmácia e apoio de outros elementos da equipa quando existem dúvidas no cuidado à PSC.

Foram também realizados três turnos com a enfermeira gestora da UCIP, onde foi possível acompanhar o seu trabalho de gestão. O início do turno da manhã começa com a passagem de turno entre os clínicos de serviço, na qual a enfermeira gestora está presente e também participa em processos de tomada de decisão. Posteriormente, analisei o circuito de pedidos e reposição do armazém, farmácia e equipamentos, a organização de stocks e armazenamento de material de consumo clínico e não clínico. Foi também presenciada a execução do horário da equipa de enfermagem e AO, bem como a previsão de necessidade de recursos humanos para turnos seguintes, quando ocorre ausência súbita de algum elemento escalado.

A enfermeira gestora tem também como função verificar o correto funcionamento dos equipamentos, garantir os consumíveis para o correto funcionamento dos mesmos, solicitar reparação dos equipamentos quando ocorre algum incidente, bem como verificar o correto armazenamento do stock e supervisionar as intervenções associadas ao controlo de infeção. Importa também referir que é da sua responsabilidade a verificação do carro de emergência, equipamento da EEMI e das mochilas de transporte que acompanham a PSC quando é necessário mobilizá-la fora da UCIP.

Releva-se ainda outras competências fundamentais a uma boa liderança como o domínio dos cuidados à PSC, a comunicação e assertividade na relação com a equipa multidisciplinar, fomentando a coesão da equipa e minimizando os conflitos que possam surgir. Como exemplo, pode-se referir que é a enfermeira gestora que promove a formação em serviço no que diz respeito às diferentes técnicas de substituição renal contínuas e manuseamento do referido equipamento.

“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados (...)” (OE, 2019a, p. 128). A norma técnica para cálculo das dotações seguras surge como

instrumento de apoio à gestão, garantindo a proteção da saúde e segurança das pessoas e profissionais (OE, 2019a). Ao longo do EF verificou-se o cumprimento das dotações seguras da UCIP e a avaliação das mesmas por parte da enfermeira gestora, garantindo a equipa completa para os cuidados necessários ao cuidado da PSC internada na UCIP, bem como a operacionalização da EEMI em todos os turnos.

O desenvolvimento do PIM foi efetuado através de múltiplas competências na área da gestão, uma vez que implicou várias reuniões com a enfermeira gestora, enfermeira orientadora e enfermeiro responsável do risco, onde foi discutida a gestão de recursos humanos e materiais, de modo a garantir a segurança da PSC no procedimento de evacuação, através do uso de materiais e equipamentos da UCIP. Todavia, verificou-se que na UCIP não existem alguns recursos materiais e equipamentos necessários a uma evacuação total da UCIP, o que veio despertar a atenção dos responsáveis de serviço para este lapso e providenciar o equipamento necessário, fundamentado pela necessidade de garantir a segurança da equipa multidisciplinar e PSC. Assim, o PIM permitiu adquirir competências na área da gestão, desde o seu início até ao planeamento da sessão de formação.

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

- D - Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

- D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

- D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019b).

- **Competência de Mestre em Enfermagem**

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

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

- 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 (UE, 2015).

A OE (2019b) refere que o enfermeiro deve ter a capacidade de se autoconhecer, uma vez que este pressuposto interfere nas relações terapêuticas multiprofissionais ao longo da sua prática clínica.

O caminho percorrido durante o Mestrado em Enfermagem permitiu o amadurecimento pessoal através dos conteúdos apreendidos no primeiro ano letivo, que se traduziram numa prática profissional mais atenta, num melhor autoconhecimento, assertividade e aquisição de conhecimentos através da melhor evidência científica. O segundo ano letivo inicia-se com o EF que se traduziu num período exigente no que diz respeito à gestão da vida pessoal, familiar, descanso e estudo. No entanto, foi um período bastante rico na aquisição de novos conhecimentos e competências, onde se interioriza o lecionado nas aulas em conjunto com a prática profissional. O fato de exercer funções há 8 anos no SU e há 6 no meio de emergência pré-hospitalar SIV facilitou a aquisição dos novos conhecimentos na PSC, bem como a sistematização dos cuidados e tomadas de decisão rápidas necessárias na abordagem à PSC, tanto em contexto de UCI como em contexto de SU.

Os conteúdos abordados na UC de Relação de Ajuda foram fundamentais tanto para o conhecimento pessoal, autoaceitação, autolimitação e aquisição de técnicas de comunicação, como para a relação estabelecida entre enfermeiro e PSC, com o propósito de satisfazer as necessidades da PSC, em função das habilidades e conhecimentos adquiridas. Importa também salientar a UC EMC I, onde foram aprofundadas as diferentes teorias de enfermagem, que suportam esta ciência, destacando a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos de Benner, et al. (2011), onde se enfoca que as competências relacionais e técnicas desenvolvem-se em simultâneo traduzindo-se numa prestação de cuidados holística e humanizada.

No que diz respeito à prática baseada na evidência é importante também destacar a UC de Investigação em Enfermagem que permitiu adquirir ferramentas fundamentais na utilização de metodologias de investigação adequadas aos problemas identificados na prática diária, bem como de pesquisa de evidência científica baseada na evidência, síntese de resultados e disseminação dos mesmos. Assim, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o título “Evacuação da PSC, em situação de emergência e catástrofe numa UCI” (Apêndice III).

Para Phaneuf (2005) a eficácia e a qualidade do trabalho de enfermagem só são asseguradas se existir uma relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa, particularmente nas situações críticas, onde se estabelece uma relação de confiança. Para tal, o enfermeiro necessita trabalhar competências muito específicas como a escuta, a comunicação, a compreensão, a autoconfiança e autoafirmação.

Numa situação de crise, o enfermeiro deve ter conhecimentos teóricos bem alicerçados e um autoconhecimento bem trabalhado, que lhe permita agir rapidamente nos momentos críticos (Chalifour, 2008).

No decorrer do EF foi fundamental a partilha e reflexão das atitudes e comportamentos adotados na prática profissional com a enfermeira orientadora e alguns outros membros da equipa, de modo a facilitar a integração no seio da mesma e a melhorar a relação de ajuda junto da PSC e família.

A UC de Fisiopatologia e Processos Terapêuticos foi fundamental para uma abordagem inicial a temas muito específicos de UCI.

O Código Deontológico de Enfermagem refere que é dever do enfermeiro atualizar permanentemente os seus conhecimentos, através da frequência de ações de qualificação profissional, de modo a manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos (OE, 2015a). Com o objetivo de ir ao encontro deste pressuposto deontológico foram realizadas formações importantes relacionadas com a PSC, ao longo do percurso formativo, podendo ser observados os certificados de presença nos anexos deste relatório, embora seja importante destacar o curso de SAV (anexo IV), International Trauma Life Support [ITLS] (Anexo V), Congresso Internacional de Emergência 2023 (anexo VI) com apresentação de poster científico (Anexo VII), formação em Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe (Anexo VIII), Controlo de Hemorragia em Trauma (Anexo IX), e múltiplas recertificações dos protocolos SIV (Anexos X, XI, XII, XIII, XIV e XV). Durante o EF foi possível assistir a quatro formações em serviço com os títulos: “Escala de Coma de Glasgow atualizada”, “Gasimetria arterial: execução e interpretação”, “*Delirium* no doente na UCIP” e “Monitorização Hemodinâmica – PiCCO”, das quais ainda não foram recebidos os certificados de presença, por atraso do departamento de formação hospitalar. No entanto, destaco a sua importância na medida em que foram apreendidas ferramentas essenciais e de aplicação diária em contexto de prestação de cuidados na UCIP.

A elaboração do PIM exigiu uma pesquisa exaustiva da prática baseada na evidência que se traduziu na construção de uma revisão integrativa da literatura e que serviu de base teórica para a elaboração da norma de procedimento interna: “Evacuação da Pessoa em Situação Crítica da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em situação de Emergência/Catástrofe Interna” (Apêndice III).

4.2 Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Os cuidados de enfermagem à PSC são entendidos 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, 2018, p.19362).

Este tipo de cuidados exige uma observação e colheita de dados rápida, com o objetivo de detetar precocemente possíveis complicações e instituir intervenções precisas e eficientes, em tempo útil (OE, 2018).

Segundo o Regulamento nº 429/2018, as competências específicas do EEEMC-PSC dividem-se em três domínios:

“Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” (OE, 2018, p.19359).

De seguida será, então, descrita a análise reflexiva de cada uma das competências específicas do EEEMC-PSC, às quais se associa a sétima competência de Mestre em Enfermagem: “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

- **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista**

1 - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19363).

No que diz respeito à competência anteriormente descrita verifica-se que o EEEMC-PSC deve mobilizar os seus conhecimentos e habilidades especializados para identificar e responder

rapidamente aos processos de saúde vividos pela PSC e família, quer sejam de origem traumática ou cirúrgica, quer sejam por doença aguda ou crónica. A este pressuposto acrescenta-se também a importância de uma prestação de cuidados baseada na promoção da segurança e na qualidade dos cuidados (OE, 2018).

Para Benner, et al. (2011) a prestação de cuidados à PSC implica uma rápida identificação de problemas enquanto se colocam em prática as respostas que sejam eficazes a cada situação, através de um elevado julgamento clínico e prática reflexiva. Estas situações de emergência requerem ações rápidas, onde a margem para o erro é ínfima, uma vez que se trata de situações de instabilidade com necessidade de reconhecimento antecipado do estado hemodinâmico da PCS.

Mais uma vez, importa referir as diversas UC do curso de Mestrado em Enfermagem, onde foram adquiridos inúmeros conhecimentos no que diz respeito à PSC como um todo, tendo em conta também a experiência profissional nos últimos 8 anos em contexto de SU. No entanto, o EF traduziu-se num momento de extrema importância, uma vez que o ambiente em UCI apresenta-se como algo específico no cuidado à PSC, preenchendo uma lacuna nesta área a nível académico e profissional.

Ao longo do EF foi possível observar, colaborar e prestar cuidados de enfermagem específicos de qualidade, tal como participar nos diversos procedimentos executados em contexto UCI. Importa referir que a disponibilidade e contributo da enfermeira orientadora foi fundamental na aquisição das competências através do esclarecimento de dúvidas, adaptação às rotinas de trabalho, conhecimento das normas e protocolos existentes no serviço.

No Plano de Cuidados Avançado (Apêndice X) é possível observar uma ínfima parte dos cuidados especializados prestados a uma PSC. No entanto, podem descrever-se outros decorridos no EF, tais como a monitorização hemodinâmica contínua invasiva e não invasiva, salientando a monitorização hemodinâmica com recurso a cateter PiCCO, a avaliação da pressão venosa central e da pressão intra-abdominal, a gestão da ventilação mecânica invasiva e modos ventilatórios, a gestão da ventilação mecânica não invasiva, a oxigenoterapia de alto fluxo, a entubação e extubação endotraqueal, a manutenção de traqueostomia percutânea e os cuidados realizados durante a broncofibroscopia e endoscopia digestiva alta. Também foi possível prestar cuidados na manutenção e remoção do Cateter Venoso Central [CVC], cateter arterial e CVC de diálise, realizar e interpretar gasimetria arterial, prestar cuidados nas diversas terapias de substituição renal (Hemodiafiltração Veno-venosa Contínua com ou sem anticoagulação, Plasmaferese, uso de filtro de sépsis na técnica dialítica contínua), manuseando os

equipamentos. Foi também possível monitorizar o nível de consciência através do índice bispectral [BIS], executar a monitorização contínua de eletroencefalograma, realizar cuidados inerentes ao procedimento de cardioversão elétrica sincronizada, drenagens torácicas, vesicais e de locas pós-cirúrgicas, prestar cuidados a feridas cirúrgicas complexas, gerir a terapêutica diferenciada e os cuidados associados ao decúbito ventral.

Para a avaliação inicial sistematizada da PSC, e como fundamento para o raciocínio clínico em enfermagem, foi usada a abordagem ABCDE, que inclui cinco etapas de avaliação: A- Airway; B- Breathing; C- Circulation; D- Disability e E- Expose/Environment. Esta abordagem permite identificar e corrigir imediatamente qualquer condição de risco de vida, antes de continuar o processo de avaliação, sendo bastante utilizada na avaliação da PSC no SU e em situação de emergência pré-hospitalar, no contexto SIV (INEM, 2012).

Durante o EF foi também possível efetuar o acompanhamento intra-hospitalar da PSC a outros serviços, como o Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia. Para se efetuar este tipo de intervenções em segurança e sem descer no nível de cuidados à PSC, torna-se necessário preparar o transporte, reunindo o material necessário e antecipando possíveis incidentes que impliquem risco de vida e instabilidade hemodinâmica. Para tal, o transporte é feito com enfermeiro, AO e médico intensivista, acompanhado por mala de transporte com o material e fármacos necessários à manutenção hemodinâmica da PSC, no período de ausência da UCIP. É de salientar que o transporte só deve ser realizado se não existir outra forma de assegurar os cuidados ou a realização dos exames complementares de diagnóstico na UCIP, tendo sempre em conta os benefícios e riscos potenciais.

A vigilância da PSC inter-hospitalar não se verificou em contexto do EF. No entanto, durante a prática exercida no meio SIV foram realizados diversos transportes inter-hospitalares, acompanhando a PSC sob ventilação mecânica não invasiva, ventilação mecânica invasiva e sedação.

Foi também possível observar o trabalho da equipa da EEMI (que iniciou funções em junho de 2023) que tem como função atender qualquer pessoa em situação crítica dentro da área hospitalar, garantindo uma abordagem célere e atempada. Depois de efetuada a sua estabilização a PSC é transferida ao SU, UCIP ou outra instituição consoante os critérios médicos aplicados. De modo a conhecer a constituição, intervenções e ativação da EEMI foi necessário proceder à leitura do protocolo de atuação da EEMI.

Durante o EF não se presenciou situações de paragem cardio-respiratória [PCR] na UCIP, embora em contexto de SIV ter sido possível atender PSC em PCR em várias ativações, onde

foi aplicado o algoritmo de SAV. Numa dessas situações foi observado a recuperação da circulação espontânea, embora mantida a paragem ventilatória, tendo sido necessário assegurar a via aérea com colocação de máscara laríngea, conectada a ventilador mecânico, com monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos da PSC, incluindo a capnografia (EtCO₂) e transporte à UCIP.

Foram ainda desenvolvidas competências no que diz respeito à utilização de instrumentos de avaliação na UCIP. Há a salientar a avaliação da GCS que permite a avaliação neurológica da PSC e da escala de RASS que permite avaliar o nível de sedação da PSC. Na UCIP a avaliação da dor é efetuada e registada através da BPS para a PSC sob sedação, incapaz de responder a questões. Na PSC consciente e orientada é utilizada a escala numérica da dor ou a escala analógica. Neste contexto foi importante gerir o controlo da dor em PSC sedadas ou conscientes, através do reconhecimento de sintomas associados. Assim, foi importante implementar medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas para o alívio da dor, uma vez que a dor está quase sempre presente na PSC, seja causada pela patologia de base, pelos procedimentos invasivos ou presença de dispositivos médicos. Relativamente à avaliação do delirium da PSC utilizámos a escala *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* [CAM-ICU]. Esta escala apresenta-se como um instrumento prático e fiável na avaliação do delirium em contexto de UCI, que pode ter um papel na identificação precoce na identificação do mesmo (Miranda, F., Gonzalez, F., Plana, M., Zamora, J, Quinn, T., Seron, P., 2023).

Relativamente aos registos de enfermagem na UCIP é utilizado o programa informático *BSimple Patient Care*, traduzindo-se numa ferramenta bastante versátil que permite uma visão rápida e intuitiva dos dados de cada PSC, tanto para o enfermeiro como para o médico, permitindo suporte à decisão clínica e facilidade na introdução dos dados.

A prática clínica da equipa da UCIP rege-se por inúmeros protocolos de atuação formulados e validados que têm sofrido atualizações constantes, com base na melhor evidência científica. Os grupos de trabalho instituídos na equipa permitem que este trabalho se processe de forma contínua, traduzindo-se em práticas uniformes, seguras e de qualidade. No decurso do EF foi possível estudar e aplicar esses protocolos, dos quais se destacam o protocolo de controlo de glicémia, protocolo de administração de insulina na PSC com alimentação entérica contínua, desmame ventilatório, diagnóstico de morte cerebral, terapias de substituição renal com citrato ou heparina, a substituição dos sistemas de perfusão e a aplicação das escalas de avaliação da PSC (GCS, RASS e BPS).

No âmbito da gestão de emoções, nomeadamente nas situações de fim de vida, foi necessário focar-me nos sentimentos vividos pelos familiares durante o acompanhamento da PSC e

nas situações de luto, tendo em conta a importância da relação de ajuda e comunicação. Nestes contextos, estas ferramentas são fundamentais no apoio à PSC e família, evitando barreiras e fornecendo estratégias de conforto para ambos. Salientam-se as situações em que a comunicação com a PSC se encontra comprometida devido a processos de sedação, curarização, ventilação mecânica invasiva e não invasiva e traqueostomia. Nestas situações foi necessário criar estratégias de modo a responder às necessidades da PSC, onde se destacam a comunicação escrita e/ou gestual.

No que diz respeito aos turnos realizados na Unidade Funcional de Angiografia e Cardiologia de Intervenção foi possível estar presente nas diferentes salas de hemodinâmica, onde foram realizados inúmeros procedimentos à PSC. Destacam-se as angioplastias primárias, com ou sem colocação de stent, as valvuloplastia mitral e colocação de válvulas aórtica através de Transcatheter Aortic Valve Implantation [TAVI].

Durante estes procedimentos, o EEEMC-PSC prepara a pessoa para o procedimento e desempenha um papel de vigilância hemodinâmica contínua, na administração de fármacos e na atuação em situações de emergência e instabilidade hemodinâmica. Foi possível também estar presente nas consultas de follow-up de enfermagem pré e pós-colocação de TAVI, onde o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem, colhendo os dados para a história clínica (sintomas, medicação habitual, estilo de vida, avaliação de sinais vitais) e informando a pessoa sobre o procedimento, os riscos e os benefícios. A passagem por esta Unidade foi uma mais-valia para o fortalecimento de competências, uma vez que realizou diversos transportes secundários e até algumas vias verdes coronárias, em contexto de SIV, permitindo perceber o funcionamento do serviço, tal como o papel do EEEMC-PSC.

Por fim, após esta análise e reflexão pode-se afirmar que a competência apresentada foi atingida com sucesso.

2 - “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p.19363).

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil – Decreto-Lei nº27/2006 no seu artigo 3º, no ponto 2, como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018, p. 19362-19363).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental em situações de emergência e catástrofe na medida em que são agentes de triagem, coordenadores de cuidados e serviços e prestadores de cuidados. Nestas situações, o seu trabalho visa também limitar lesões e mortes, proteger populações, manter o funcionamento dos sistemas de saúde e o bem-estar da comunidade, no seio de ameaças constantes à saúde. A OMS e o ICN considera que aos enfermeiros lhes devem ser reconhecidas competências na área da catástrofe organizadas em quatro áreas: mitigação/prevenção, preparação, resposta e recuperação/reabilitação, de modo que a resposta a estas situações seja cada vez mais rápida e eficaz (ICN, 2019).

Desta forma a OE (2018) considera que o EEEMC-PSC deve ter a capacidade de conceber, planear e gerir uma resposta eficaz e sistematizada à situação de catástrofe, tal como descrevem as competências específicas da OE.

Neste aspeto, importa realçar a UC EMC III onde foram abordados os conteúdos relacionados com a emergência e catástrofe e, na qual foi realizado um poster científico com o título “Preparação da Equipas de Emergência perante um Evento Nuclear”(Apêndice XI), apresentado no Congresso Internacional de Emergência 2023 da OceanMedical (Anexo VII).

O PIM desenvolvido no EF vem de encontro ao cumprimento e aquisição desta competência. Para a sua construção foi necessária a leitura de variados documentos internos do hospital, tais como o Plano de Emergência Interno, de 2009, o Plano de Catástrofe Externa, as diversas IT existentes na intranet, documento de identificação dos riscos da UCIP e plantas de emergência. A leitura destes documentos foi fundamental para o planeamento do PIM. Verificou-se a desatualizados de muitos destes documentos, tendo sido realçada a importância da atualização dos mesmos, junto da equipa responsável da gestão do risco hospitalar.

A construção do PIM teve como objetivo principal definir os procedimentos da equipa multidisciplinar da UCIP na evacuação da PSC internada, de forma pronta e eficaz numa situação de emergência e catástrofe, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

De modo a alicerçar a prática baseada na evidência para o desenvolvimento do PIM foi realizada uma revisão integrativa da literatura com a temática “Evacuação da PSC em situação de Emergência/Catástrofe numa UCI” (Apêndice III), sendo objetivo propor a sua publicação.

Para a divulgação do PIM foi feita uma formação em serviço, seguida de simulação “*table on top*”, de modo a tentar criar cenários diferentes de emergência e catástrofe, com necessidade de evacuação da PSC da UCIP, onde foi necessário definir as intervenções a adotar, baseadas na norma de procedimento apresentada na formação. Para tal, foi criado um cenário com a planta da UCIP atualizada e as plantas dos serviços refúgio e, recorrendo a figuras de represen-

tação de equipamentos, materiais, PSC, equipa multidisciplinar e meios de socorro, foi simulada a evacuação da PSC. Posteriormente, foi discutido em equipa a atuação de cada grupo de trabalho.

A norma de procedimento realizada será proposta a plano de emergência interno da UCIP, pelo enfermeiro responsável pela gestão do risco. Esta norma inclui a identificação e classificação dos riscos potenciais da UCIP, as funções e responsabilidades dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, o fluxograma de triagem das PSC internadas, o fluxograma de evacuação, os equipamentos necessários ao procedimento de evacuação, as folhas de registos de enfermagem de apoio à evacuação e as check-lists de fármacos e equipamentos necessários ao número de PSC internadas na UCIP. Nesta norma ficam também descritas algumas recomendações à gestão da UCIP, de modo a facilitar o procedimento de evacuação, garantindo a segurança das equipas e PSC, e a melhoria contínua da qualidade.

Como produto final do PIM deixado na UCIP foi construído um Dossier da Qualidade em Emergência e Catástrofe, onde fica exposta a Norma de Procedimento Interna (Apêndice IV), as grelhas de auditoria (Apêndice VIII) e o modelo de formação em serviço, de modo a ser atualizado sempre que necessário e adaptado às necessidades e dificuldades que vão surgindo ao longo do tempo.

Por tudo o que foi descrito neste capítulo e no restante relatório, nomeadamente em relação ao PIM conclui-se que esta competência terá sido um dos eixos centrais do desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista e Mestre em Enfermagem.

3 - “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p.19364).

As IACS são definidas como a “(...) infeção adquirida pela pessoa durante o processo de atendimento num hospital ou outro estabelecimento de saúde, que não estava presente ou em incubação no momento da admissão” (World Health Organization [WHO], 2002, p.1). São consideradas como o evento adverso mais frequente durante o acesso aos cuidados de saúde (WHO, 2002).

De acordo com Pina, Ferreira e Uva (2019), a problemática das IACS é tida em consideração ao longo de décadas. O ambiente hospitalar é um espaço de movimento e interações propício à permanência e desenvolvimento de microrganismos, que se podem tornar uma ameaça para as pessoas e equipas multidisciplinares.

As IACS prolongam os internamentos e aumentam a necessidade de reinternamentos, traduzindo-se num aumento dos custos para as instituições e aumento das taxas de morbilidade e mortalidade das PSC (Gonçalves & Carmo, 2022).

A DGS criou assim o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] de modo a reduzir as infeções cruzadas e a resistência aos antimicrobianos, definindo um conjunto de estratégias de intervenção complementares. No que diz respeito ao contexto de UCI, a DGS adotou o programa europeu HELICS-UCI, que visa contribuir para uma base de dados europeia, de modo a monitorizar as IACS nas UCI, considerando a pneumonia, a traqueobronquite, a bacteriémia e a infeção do trato urinário (DGS, 2021).

Nas UCI, entre 2015-2019, observou-se uma redução das IACS no que diz respeito à pneumonia e à traqueobronquite associadas ao TET. No entanto verificou-se um aumento da bacteriémia associada ao CVC (DGS, 2021).

O EEEMC-PSC desenvolve um papel fundamental na área das IACS uma vez que tem em conta a complexidade das situações e cuidados exigidos pelo uso de técnicas invasivas, para diagnóstico e tratamento, fundamentais à manutenção da vida da PSC. Deste modo, é fundamental uma resposta efetiva na prevenção, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (OE, 2018).

A UC EMC V surge como relevante para um conhecimento mais aprofundado das diretrizes publicadas pela DGS sobre a temática, de modo especial sobre os feixes de intervenção: “Prevenção da Infeção Urinária associada ao Cateter Vesical” (DGS, 2022a), “Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central” (DGS, 2022d), “Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” (DGS, 2022c) e “Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico” (DGS, 2022b). Os procedimentos descritos em cada um dos feixes são colocados em prática diariamente na UCI e tornam-se fundamentais para a prevenção e controlo das IACS. No contexto da UC EMC V foi desenvolvido um trabalho escrito que se traduziu numa atualização da IT existente no local onde exerço funções, que se encontra relacionada com a prevenção e controlo da infeção, no contexto de limpeza e desinfeção do ambiente clínico. A IT existente encontrava-se bastante desatualizada e era notória a ausência das práticas rotineiras de limpeza e desinfeção do ambiente clínico do SU, constituindo-se um risco acrescido para as pessoas atendidas no referido serviço. Foi então efetuada uma formação em serviço (Anexo XVII) destinada aos AO

e enfermeiros, onde foram expostos os pressupostos fundamentais relacionados com a prevenção e controlo de infeção inerentes à higienização dos espaços, e atribuídas responsabilidades aos grupos de trabalhos de AO existentes no SU (Apêndice XII).

Durante o EF foi possível realizar uma entrevista informal com o enfermeiro elo-ligação ao GCL-PPCIRA do hospital, onde se percebeu o trabalho desenvolvido na UCIP. Foi então possível analisar as normativas de procedimento existentes. É de salientar o cumprimento das Precauções Básicas de Controlo da Infeção [PBCI] por parte da equipa de enfermagem e AO, facilitada pela existência de informação vertical no espaço físico da UCIP, de dispensadores de luvas, máscaras cirúrgicas, SABA, batas, aventais descartáveis e de lavatórios com água e sabão em cada duas unidades do doente. Importa também referir que a UCIP segue a norma da DGS (DGS, 2015) sobre a prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina [MRSA], onde é feito rastreio do mesmo e de Gram negativos a todos as PSC admitidas na UCIP.

No plano de cuidados avançado construído durante o EF pode observar-se os cuidados de enfermagem prestados na área da prevenção das IACS à PSC em causa. Verificou-se a necessidade de proceder ao isolamento de proteção da PSC, devido à extensa perda de integridade cutânea. Além do estudo de caso foi possível prestar cuidados às PSC tendo sempre em elevada consideração as PBCI, bem como a importância dos corretos cuidados ao manuseamento do TET, CVC, Cateter Venoso Periférico [CVP], Cateter Vesical [CV], tendo existido também a possibilidade de momentos de reflexão acerca da prestação de cuidados com a enfermeira orientadora, com o intuito de melhorar as práticas à PSC, na prevenção e controlo da infeção.

Dado o exposto, pode-se considerar que a competência acima descrita foi adquirida.

CONCLUSÃO

O presente Relatório Final representa o culminar de dois anos de um percurso formativo de extrema importância, carregado de aprendizagens que se traduzem na aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, bem como as competências de Mestre em Enfermagem. Estas competências visam prestar cuidados de excelência à PSC e/ou família nos diversos contextos, que se observam como um desafio exigente devido à sua complexidade, impondo rapidez e eficácia na resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados.

As várias UC lecionadas no 1º ano do Mestrado em Enfermagem serviram como alicerce à prática realizada no EF e como motor na busca da melhor evidência científica, para a fundamentação das práticas executadas. O EF traduziu-se num período de extrema importância pelas múltiplas oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, permitindo refletir nas diversas perspetivas dos cuidados prestados. Assim, foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, de forma holística promovendo uma cultura de qualidade e segurança.

A UCIP onde foi realizado o EF constitui-se como um serviço de ponta que dá resposta a situações de doença complexa e necessita de equipas empenhadas no cuidado à PSC e/ou família. As UCI são serviços de excelência onde é possível tratar PSC com falência multiorgânica, mas potencialmente reversível, onde o trabalho do EEEMC-PSC se verifica como fundamental na vigilância, monitorização e manutenção das funções vitais da PSC.

O desenvolvimento do PIM, através da metodologia de projeto, permitiu a aquisição e consolidação de múltiplos conhecimentos em diferentes áreas relacionadas com as competências do EEEMC-PSC, em especial atenção na área da emergência e catástrofe, que revelou uma atenção e significado importante para toda a equipa multidisciplinar. O PIM também permitiu evidenciar a importância da atualização do PEI do hospital, plantas de emergência dos diferentes serviços, normativas de procedimento para situações de emergência e catástrofe, muitas delas inexistentes e outras que se consideram obsoletas. Este PIM traduz-se também importante uma vez que na UCIP foi possível identificar a ausência de normativa de procedimento de eva-

cuação da PSC, bem como da necessidade de equipamentos, materiais e recursos humanos necessários para que a evacuação se proceda em segurança, mantendo a qualidade dos cuidados. A norma de procedimento interna construída define conceitos gerais acerca de evacuação e emergência e catástrofe, identifica riscos potenciais da UCIP, define funções de cada categoria profissional da equipa multidisciplinar, define um fluxograma de triagem da PSC, permitindo definir a ordem de evacuação e define o fluxograma de evacuação, com as respetivas intervenções a adotar. Também esta norma deixa algumas recomendações para uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados durante o procedimento de evacuação. Por fim, em anexo, foram construídos documentos de registos como o “Registo diário de Triagem das PSC internadas na UCIP”, o “Registo de Intervenções de Enfermagem durante o Procedimento de Evacuação”, Check-list de fármacos, materiais, equipamentos e grelhas de auditoria formativas, auditoria ao PEI da UCIP e grelha de auditoria aos Indicadores de Processo e Estrutura.

A teoria de Benner, et al. (2011) adequa-se na perfeição ao percurso formativo realizado na UCIP e na construção do PIM, uma vez que o EEEMC-PSC deve desenvolver competências específicas e habilidades altamente complexas no cuidado à PSC, tendo em conta o *Know-how* que lhe é característico e a busca da melhor evidência científica, traduzindo-se na prática reflexiva e não descuidando os princípios éticos que regem a profissão.

Por fim, considera-se importante referir que os objetivos deste Relatório Final foram totalmente atingidos, uma vez que possibilitou a reflexão crítica do percurso desenvolvido até ao momento, permitindo adquirir as competências comuns e específicas do EEEMC-PCS e de Mestre em Enfermagem, que já se traduzem na prática profissional atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2024) Recomendações Técnicas para Instalações de unidade de Cuidados Intensivos, RT 13/2019, versão 2024 Recomendações e Especificações Técnicas do Edifício Hospitalar (min-saude.pt)
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2019). Avaliação Nacional de Risco, 1ª atualização – julho 2019, ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (prociv.gov.pt);
- Assembleia da República. (2019). Lei de Bases da Saúde – Lei nº95/2019 de 4 de setembro. Diário da República, 1ª série, nº169, 5688-5724
- APA - *American Psychological Association*. Disponível em Associação Americana de Psicologia (APA)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Benner, P., Kyriakidis, P.H., Stannard, D., (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care, A Thinking-in-action Approach*, Springer Publishing Company, second edition;
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Volume 1). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde. (2022a). Norma Clínica 019/2015 (atualizada a 29/08/2022) “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma 2 (novo design)_SPMS_V2 (min-saude.pt)
- Direção Geral da Saúde. (2022b). Norma Clínica 020/2015 (atualizada a 17/11/2022) “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma 2 (novo design)_SPMS_V2 (min-saude.pt)

- Direção Geral da Saúde. (2022c). Norma Clínica 021/2015, atualizada a (17/11/2022) “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Microsoft Word - Norma 021_2015_act_17_11_2022_corrigida_29_05_2023 (min-saude.pt)
- Direção Geral da Saúde. (2022d) Norma Clínica 022/2015, atualizada a 29/08/2022 “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Relacionada com o Cateter Vascular Central. Norma 2 (novo design)_SPMS_V2 (min-saude.pt)
- Direção Geral da Saúde. (2021). Infecções e Resistências a Antimicrobianos: Relatório do Programa Prioritário PPCIRA *infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx* (dgs.pt)
- Direção Geral da Saúde. (2015). Norma Clínica 018/2014, atualizada a 27/04/2015 Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados NÚMERO: (min-saude.pt)
- DGS. (2010). Guia Geral Para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Lisboa. Portugal. Ministério da Saúde
- EUR-Lex. (2010). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho - Reforçar a capacidade de reposta europeia a situações de catástrofe: papel da proteção civil e da ajuda humanitária*, EUR-Lex - 52010DC0600 - EN - EUR-Lex (europa.eu)
- Echevarría-Zuno, S., Cruz-Vega, F., Elizondo-Argueta, S., Martínez-Valdés, E., Franco-Bey, R., & Méndez-Sánchez, L. M. (2013). Atención en emergencias y desastres en las unidades de terapia intensiva del Instituto Mexicano del Seguro Social: triagem e evacuação. *Cirugía y Cirujanos*, 81(3), 246-255 disponível em Atención en emergencias y desastres en las unidades de terapia intensiva del Instituto Mexicano del Seguro Social: triagem e evacuação (redalyc.org)
- Gonçalves, S. & Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: revisão. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Gray, M. M., Thomas, A. A., Burns, B., Umoren, R. A. (2020) Evacuation of Vulnerable and Critical Patients, Multimodal Simulation for Nurse-Led Patient Evacuation. Simulation in Healthcare. *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* 15(6). p. 382-387, DOI: 10.1097/SIH.000000000000045;

- Iserson, K. V. (2013). Vertical hospital evacuations: a new method. *Southern Medical Journal*, 106(1), 37–42. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e31827caef4>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual TAS Situação de Exceção, 1ª edição, versão 3.0 Situação-de-Exceção.pdf (inem.pt)
- Internacional Council Of Nurses (2019) Core competencies in disaster nursing: version 2.0. Geneva, Switzerland: Internacional Council of Nurses ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P. & Taft, D. (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: For use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents: *Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society Anaesthesia*, 76(10), 1377-1391 <https://doi.org/10.1111/anae.15511>
- Klokman, V. W., Barten, D. G., Peters, N. A. L. R., Versteegen, M. G. J., Wijnands, J. J. J., van Osch, F. H. M., Gaakeer, M. I., Tan, E. C. T. H., & Boin, A. (2021). A scoping review of internal hospital crises and disasters in the Netherlands, 2000-2020. *PloS One*, 16(4), e0250551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250551>
- Kolibay, F., Kribs, A., Trieschmann, U., Mehler, K., Boettiger, B. W., & Eifinger, F. (2019). Evacuação de uma unidade de cuidados intensivos neonatal e unidade de cuidados intermédios. *Emergência e Medicina de Emergência*, vol. 22, 635-641. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0575-3>
- Ministério da Administração Interna (2008). Portaria nº1532/2008 de 29 de dezembro: Regulamento Técnico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios. Diário da República nº250, Série I, 0905009127.pdf (dre.pt)
- Ministério da Saúde. (2021). Despacho nº 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República nº187/2021, série II, de 24 de setembro de 2021 Despacho n.º 9390/2021 | DR (diariodarepublica.pt)
- Ministério da Saúde. (2018). Despacho nº 9639/2018 do Diário da República n.º198/2018, série II Despacho n.º 9639/2018 | DR (diariodarepublica.pt)

- Ministério da Saúde. (2015) Despacho nº5613/2015. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, Diário da República, nº102, 2ª série, de 27 de maio de 2015 1355013553.pdf (diariodarepublica.pt)
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho nº4320/2013. Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos, Diário da República nº59, 2ª série, de 25 de março Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf (sns.gov.pt)
- Miranda, F., Gonzalez, F., Plana, M., Zamora, J, Quinn, T., Seron, P., (2023). Método de Avaliação de Confusão na Unidade de Terapia Intensiva para o diagnóstico de delirium em adultos, *Cochrane Library* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013126.pub2>
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 70. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>
- Nunes, L. (2013) *Considerações éticas a entender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Disponível em [consid eticas na investig academica em enfermagem.pdf](https://www.rcaap.pt/publicacao/1355013553) (rcaap.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série, nº184, de 25 de setembro, p. 128-155 0012800155.pdf (diariodarepublica.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República nº26/2019, série II, de 6 de fevereiro, p. 4744-4750 Regulamento n.º 140/2019 | DR (diariodarepublica.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica 115698537.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 25 de novembro de 2017, Leiria ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros livrocj_deontologia_2015_web.pdf (ordemenfermeiros.pt)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto de OE e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da Republica 2ªsérie, nº123 de 26 de junho de 2015 Regulamento_361_2015_PadroeQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35, 8648–8653
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento 124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos, Conselho de Enfermagem, dezembro 2001 divulgar-padroe-de-qualidade-dos-cuidados.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Padilha, K. G., Cardoso de Sousa, R. M., Miyadahira, A. M., Monteiro da Cruz, D.deA., Fernandes Vattimo, M.deF., Kimura, M., Alves Grossi, S. A., da Silva, M. C., Cruz, V. F., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): directions for application. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 229–233. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000200014>
- Paiva, J.A, Fernandes, A., Granja C., Ribeiro, J., Nóbrega, J.J., Vaz, J., Coutinho, P. (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva* RRH-Medicina-Intensiva.pdf (sns.gov.pt)
- Palácios, M., Torrent, R., García, J. A., Miguel, V. (2010). A triage system for evacuating critical patients before na eventual disaster. *Revista de Calidad Asistencial, Organo de La Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 27(1), 65-66. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.07.007>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Edição Portuguesa). Loures: Lusociência
- Pina, E., Ferreira, E., & Uva, M. (2019). Infecções associadas aos cuidados de saúde. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde, 137. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* - Google Livros

- Potter, P., Perry, A., Stockert, P., Hall, A. (2013) *Fundamentos de enfermagem*. (8ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Rico, M., Castañon, E., Veja, G. (2015). *Rol enfermeiro en la evacuación de cuidados intensivos*. eef8af6-02dc-4427-8d34-195fad13663c.pdf (codem.es)
- Romero, M., González, R., Calvo, M., Fachado, A. (2018). Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética profesional. *Revista Bioética*. 26 (3) <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>
- Ruivo, M., Ferrito, C. Nunes, L. (2010, janeiro-março). *Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas*. Percursos, 15, 1-38
- Santos, C. R., & Dixe, M. D. A. (2017). *Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)”*: Preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. PSC_Ebook.pdf (ipleiria.pt)
- Sistema Nacional de Saúde. (2021) H**E.
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <https://gdoc.uevora.pt/384829>
- World Health Organization. (2002). *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide* 2ª edition. WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf
- Zell, L., Blake, C., Brittingham, D., Brown, A.-M., & Soghier, L. (2019). Simulation Prepares an Interprofessional Team to Evacuate a 60-Bed Level 4 Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(3), 253–259. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000430>

APÊNDICES

Apêndice I - Planeamento do Estágio Final



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
Curso de Mestrado em Enfermagem
Unidade Curricular: Relatório
Docente: Prof. Hugo Franco
Enfermeira Orientadora: Enfermeira Patrícia Silva

Planeamento de Estágio Final

Discente:
Inês Lopes, nº 9684

Outubro
2023

Escola Superior de Saúde de Portalegre

2



ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

EMCPSC - Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

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

SU - Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO	7
2 - COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	10
3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, com a orientação do Professor Hugo Franco. Este trabalho tem como objetivo descrever a temática escolhida para o Projeto de Intervenção Major do Relatório Final, definir os objetivos do Estágio Final e descrever as intervenções de enfermagem necessárias para aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica [EMCPSC], bem como as competências de Mestre.

Um projeto define-se como um plano de trabalho organizado de modo a resolver ou estudar um problema identificado, que preocupa os intervenientes que o vão executar (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010). Assim, o trabalho de projeto surge como uma metodologia que abrange um conjunto de procedimentos e técnicas utilizados com o fim de estudar um fenómeno, de modo a orientar o percurso dos intervenientes ao longo da realização do projeto (Leite, E., Malpique, M. & Santos, M.R., 2001).

O enfermeiro especialista é o profissional que detém “(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processo de vida e aos problemas de saúde, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

O Estágio Final tem a duração de 336 horas, ao longo de 21 semanas, tendo início a 11 de setembro de 2023, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] de um hospital alentejano, e decorre sob a orientação clínica da Enfermeira Especialista Patrícia da Silva e orientação pedagógica do Professor Hugo Franco.



O Estágio Final tem como objetivo geral desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica na UCIP.

Os objetivos específicos do Estágio Final são:

- gerir comunicação na relação terapêutica com a pessoa/família nos processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica na UCIP;
- colaborar na conceção dos planos de emergência e catástrofe na UCIP;
- participar na conceção e implementação dos planos de controlo de infeção;
- participar nos processos de tomada de decisão ética, em contexto da pessoa em situação crítica;
- demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, integrando princípios e modelos conceituais de enfermagem médico-cirúrgica, no processo de cuidados à pessoa em situação crítica

Entende-se por pessoa em situação crítica “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], Regulamento nº124/2011, p.8656). Desta forma, torna-se necessária uma prestação de cuidados de enfermagem altamente qualificados e de forma contínua, de modo a manter as funções básicas de vida e prevenindo complicações, com o objetivo de permitir à pessoa a sua recuperação (OE, 2011).

As unidades de cuidados intensivos [UCI] são serviços dotados de recursos humanos e materiais que visam dar resposta a pessoas em situação crítica, com patologias complexas, mantendo uma vigilância e monitorização contínua, através de tecnologia especializada (González Aguilera, J. C., Leyva Lorenzo, V. M., Vázquez Belizón, Y. E., Arias Ortiz, A., & Cabrera Lavernia, J. O., 2021).

O Estágio Final traduz-se, assim, no momento de extrema importância para a aquisição das competências do enfermeiro especialista, no cuidado ao doente crítico, bem como para o desenvolvimento de conhecimentos acerca dos cuidados à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, melhorando a sua capacidade de identificação de problemas e reposta aos mesmos.

O presente trabalho encontra-se dividido em 4 partes, iniciando-se pela introdução onde se definem os objetivos do presente trabalho e do Estágio Final, seguida contextualização e descrição do local do Estágio Final onde será instituído o Projeto de



Intervenção Major. Posteriormente serão descritas as intervenções necessárias à aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, bem como para a aquisição da competência de mestre. Finalmente, o presente trabalho termina com as considerações finais e bibliografia consultada, para a elaboração do mesmo.

Este trabalho será elaborado tendo por base as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Portalegre, seguindo as normas da American Psychological Association [APA] – 7th Edition.



1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Estágio Final, inserido no 2º ano de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, decorre no serviço de UCIP do [REDACTED], sendo a principal unidade hospitalar do Alentejo que dá resposta a cerca de 498.804 habitantes e a que oferece maior diferenciação de cuidados. Com a chegada da pandemia por SARS-CoV-2 foi necessária uma reestruturação hospitalar, em especial nos internamentos de enfermarias e unidades de cuidados intensivos para pessoas com Covid-19, tendo sido criada uma nova unidade para pessoas em situação crítica com Covid-19 (UCI-COVID).

Esta unidade hospitalar dispõe de várias valências, como sejam o Serviço de Urgência [SU] Polivalente e Urgência Pediátrica, Serviço de Imagiologia, Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo, Bloco Operatório, Serviço de Cirurgia Geral, Unidade de Acidente Vascular Cerebral, Serviço de Hematologia, Unidade funcional de Endocrinologia, Serviço de Pediatria e Neonatologia, Consultas Externa, Unidade de Hospitalização Domiciliar Polivalente, entre outros.

As UCI abordam especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda, potencialmente reversíveis em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais eminentes. Estes serviços assumem responsabilidade por decisões referentes aos tratamentos das pessoas que nelas ingressam, desde os critérios de admissão, alta, planeamento e hierarquização de tratamentos, não esquecendo os limites éticos de intervenção terapêutica, envolvendo a participação da pessoa e da família na estratégia terapêutica. Assim, as UCI tornam-se nos serviços centrais na abordagem ao doente crítico como um todo (Paiva, J.A, Fernandes, A., Granja C., Ribeiro, J., Nóbrega, J.J., Vaz, J., Coutinho, P., 2016).

A UCIP do [REDACTED] está integrada no departamento de urgência e emergência e localiza-se no piso do Bloco Operatório e Serviço de Cirurgia. É composta por dois pisos: o piso 2 e o piso 4, correspondendo a camas de nível III e nível II, respetivamente. As UCI podem dividir-se em três níveis de classificação, nomeadamente nível I, II e III. As

8

Escola Superior de Saúde de Portalegre



camas de nível III visam dar resposta a pessoas em situação crítica que apresentem duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais com potencial ameaça à vida e que necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico. As camas de nível II destinam-se às pessoas que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de uma função orgânica e que não necessitam de ventilação mecânica invasiva (Paiva, J.A., et al., 2016).

O Estágio Final decorre no piso 2, onde existem 8 camas de nível III, sendo a cama 8 um quarto de isolamento. No piso 4 existem 6 camas de nível II, sendo duas para isolamento para pessoas com Covid-19.

A UCIP do piso 2 apresenta-se como uma sala *open space*, onde se observam diretamente as 8 camas, com um secretária na zona central para realização de registos de enfermagem e local de presença dos enfermeiros para observação direta da pessoa em situação crítica. Nesta zona de *open space* encontram-se também diversos armários de parede, que servem de apoio a material necessário a uma abordagem emergente à pessoa em situação crítica, bem como o carro de emergência com monitor desfibrilhador. Esta UCIP conta também com uma sala de trabalho onde se encontra o material de farmácia e é feita toda a preparação dos fármacos, bem como o aparelho gasimetria, um gabinete médico e de enfermagem, uma copa, uma sala de sujos, uma sala de arrumos, um vestiário com wc para os profissionais, uma sala de acolhimento e atendimento às famílias e um hall de entrada onde se encontra a secretária de piso.

No que diz respeito à unidade do doente, esta é composta por uma cama articulada elétrica, com grades, um ventilador mecânico invasivo, um monitor de parâmetros vitais, vários suportes para suspensão de perfusões, seringas infusoras, bombas infusoras, entradas com fonte de oxigénio e ar comprimido, rampa de aspiração com respetivas sondas de aspiração, uma mesa de apoio com variado material de abordagem à via aérea, equipamento de proteção individual, seringas, compressas, entre outros, e um ponto de água e lavatório. As diferentes unidades do doente são separadas por cortinas. A limpeza, desinfeção e reposição de material de cada unidade é efetuada pela equipa dos assistentes operacionais que seguem uma check-list elaborada pela equipa de enfermagem, que após a sua realização é confirmada pelo enfermeiro responsável da unidade.

Relativamente aos diferentes dispositivos existentes nesta UCIP, é importante referir a existência de máquinas de técnicas dialíticas contínuas e intermitentes, ventiladores não invasivos, equipamentos de oxigenoterapia de alto fluxo, equipamentos de monitorização hemodinâmica invasiva, monitores cardíacos, material de entubação endotraqueal,



sistemas de aquecimento por lençol de ar quente e dispositivos de compressão pneumática intermitente dos membros inferiores.

No que diz respeito à equipa multidisciplinar, esta é formada por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e uma técnica administrativa. Todavia, outros profissionais de saúde colaboram na prestação de alguns cuidados à pessoa em situação crítica sempre que necessário, como fisioterapeutas, terapeuta da fala, nutricionista, anestesistas, cardiologistas, cirurgiões, otorrinolaringologistas, assistente social e capelão do hospital. O serviço de limpeza é assegurado por uma empresa externa.

A equipa de enfermagem é composta por 46 profissionais, entre os quais 9 enfermeiros especialistas em EMC PSC e 6 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma enfermeira gestora e um enfermeiro de apoio à gestão. A equipa dos assistentes operacionais é composta por 27 profissionais.

O método de trabalho instituído na UCIP é o método de enfermeiro responsável, onde lhe é atribuído uma ou duas pessoas em situação crítica. Assim, todos os cuidados necessários à pessoa/família em situação crítica são da responsabilidade desse enfermeiro e executados ou gerenciados pelo mesmo. Em cada turno existe também um enfermeiro responsável de turno, sendo preferencialmente um enfermeiro especialista, ou o enfermeiro com mais experiência profissional, que auxilia a enfermeira gestora durante o turno, ou lidera e gere as ocorrências no turno, na ausência da enfermeira gestora. O enfermeiro responsável de turno é também responsável pela distribuição das pessoas em situação crítica pelos enfermeiros para o turno seguinte, tendo em conta as diferentes necessidades de cuidados.

2 - COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
A.			
Competência	Unidades de Competência	Objetivo Específico	Intervenções
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 <i>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.</i>	A1.1 — Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica, participando no processo de tomada de decisão de situações complexas, suportada em princípios éticos, valores e normas deontológicas.	• Cumprir o código deontológico e respeitar os princípios éticos que regem a profissão; • Garantir o sigilo profissional; • Identificar situações complexas no processo de doença; • Participar em processos de tomada de decisão dentro da equipa; • Discutir resultados acerca da tomada de decisão em equipa.
	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.		

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <i>Descritivo</i> <i>Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.</i>	A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica, participando no processo de tomada de decisão de situações complexas, suportada em princípios éticos, valores e normas deontológicas.	• Cumprir o código deontológico; • Cumprir Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; • Conhecer e respeitar a Declaração Universal dos Direitos Humanos; • Conhecer e integrar a equipa da UCIP; • Conhecer a dinâmica da UCIP; • Conhecer o circuito da pessoa/família e situação crítica dentro da UCIP; • Conhecer normas e protocolos de segurança da UCIP; • Garantir a privacidade e segurança da pessoa em todos os momentos de prestação de cuidados; • Identificar as necessidades da pessoa/família em tempo útil, garantindo uma resposta adequada e prevenindo complicações.
	A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.		



			- Promover o consentimento informado à pessoa/família; - Respeitar a tomada de decisão da pessoa/família; - Planear intervenções de enfermagem, suportadas em princípios éticos e normas deontológicas.
B.			
B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas	B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	Garantir uma prestação de cuidados centrada na pessoa/família em situação crítica, promovendo efetividade terapêutica e prevenindo complicações.	Prestar cuidados de enfermagem especializados, tendo em conta os conteúdos apreendidos no curso de mestrado;



institucionais na área da governação clínica. <i>Descritivo</i> Colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.	B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.		• Conhecer e cumprir normas de atuação de enfermagem e protocolos existentes na UCIP; • Conhecer os projetos de melhoria contínua existentes na UCIP; • Realizar reflexões críticas acerca das novas aprendizagens.
B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. <i>Descritivo</i> Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.	B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.	Garantir uma prestação de cuidados centrada na pessoa/família em situação crítica, promovendo qualidade da prática clínica.	• Identificar situações de risco real ou potencial para a pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica, com apoio da enfª chefe, enfª orientadora e restante equipa; • Conhecer normas de atuação de enfermagem e protocolos existentes na UCIP; • Cumprir e fazer cumprir normas de atuação de enfermagem e protocolos existentes na UCIP;
	B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.		
	B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.		



			Definir as linhas orientadoras para o projeto de intervenção profissional;
B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro. Descritivo <i>Considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.</i>	B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	Garantir uma prestação de cuidados centrada na pessoa/família em situação crítica, promovendo segurança e proteção da pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica.	- Prestar cuidados de enfermagem especializados, promovendo um ambiente seguro à pessoa/família em situação crítica; - Promover comunicação eficaz com a pessoa/família, garantindo compreensão da mesma; - Promover uma relação de empatia e segurança com a pessoa/família; - Garantir e cumprir o direito à informação da pessoa/família em situação crítica; - Garantir segurança na transição de cuidados; - Promover uma relação terapêutica com a pessoa/família.
	B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.		

C.			
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. Descritivo <i>Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</i>	C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	Gerir os cuidados de enfermagem, através dos processos de tomada de decisão, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.	• Conhecer o método de trabalho da equipa de enfermagem da UCIP; • Integrar os processos de articulação e trabalho com a equipa multidisciplinar; • Observar os processos de gestão executados pela enfermeira gestora da UCIP; • Observar os processos de gestão executados pela enfermeira orientadora na UCIP; • Observar os processos de gestão de recursos humanos e materiais efetuados pelo enfermeiro gestor da UCI; • Participar na gestão dos recursos humanos, materiais e físicos necessários a uma prática adequada; • Identificar os recursos materiais necessários à
	C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.		



			prestação de cuidados na UCIP; • Identificar as dotações da UCIP; • Verificar se as dotações da UCIP são adequadas à segurança e qualidade dos cuidados de saúde; • Garantir uma prática especializada fundamentada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica; • Prestar cuidados de enfermagem especializados de modo a garantir a segurança da pessoa, tendo por base os pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026; • Promover gestão adequada dos recursos utilizados; • Conhecer o processo de função do aprovisionamento;
--	--	--	---



			• Conhecer o processo de dispensa do medicamento • Conhecer o sistema de instalações e equipamentos; • Colaborar com a equipa da UCIP no planeamento e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; • Supervisionar tarefas delegadas a outros grupos profissionais;
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados. <i>Descritivo</i> <i>Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.</i>	C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando os recursos existentes e promovendo um clima organizacional para uma melhor resposta da equipa profissional.	• Identificar fatores que possam ser prejudiciais na relação da equipa; • Promover comunicação eficaz entre os membros da equipa; • Promover comunicação eficaz na transição de cuidados, utilizando a metodologia ISBAR; • Conhecer normas e protocolos de atuação da equipa de enfermagem na UCIP;
	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.		



			- Promover uma relação de ajuda com a equipa de enfermagem; - Envolver-se nos processos de tomada de decisão face ao surgimento de novos problemas, discutindo-os com a enfermeira orientadora e enfermeira gestora.
D.			
D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. <i>Descritivo</i>	D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	Desenvolver capacidade de reflexão da prática clínica, de modo a garantir uma resposta individualizada assertiva a cada situação encontrada.	- Identificar os meus limites pessoais e lacunas de conhecimento acerca da prática clínica na UCIP; - Promover momentos de trabalho pessoal de modo a adquirir e melhorar

<i>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.</i>	D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.		conhecimentos sobre a prática clínica; • Reconhecer situações de conflito; • Gerir as situações de conflito identificadas e atuar antecipadamente; • Conhecer e integrar a equipa multidisciplinar da UCIP; • Atuar de forma eficaz em situações de emergência; • Demonstrar capacidade de comunicação com equipa multidisciplinar, pessoa em situação crítica e família; • Verificar correta receção da informação transmitida à equipa, pessoa e família.
D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	Desenvolver uma prática clínica especializada suportada na melhor evidência científica, promovendo a	• Observar prática clínica executada na UCIP; • Refletir sobre a prática clínica observada;



Descritivo <i>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.</i>	D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.	- Promover momentos de pesquisa específica de temas que sejam novos na minha prática clínica: técnica dialítica contínua, pressão PICCO, fármacos específicos utilizados em UCI (diluição e administração), entre outros; - Prestar cuidados de enfermagem baseados na melhor evidência científica; - Atualizar conhecimentos continuamente ao longo do período de estágio, através da melhor evidência científica; - Observar e participar na execução de procedimentos de enfermagem à pessoa em situação crítica, de modo a melhorar destreza e aprendizagem; - Participar em sessões de formação na UCIP ou outros locais que se relacionem com a pessoa em situação crítica;
	D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.		



			- Sintetizar a melhor e mais recente evidência científica sobre emergência e catástrofe - Disseminar a evidência recolhida junto da equipa multidisciplinar.
--	--	--	---

Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica			
Competência	Unidade de Competência	Objetivo Específico	Intervenções
1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Descritivo <i>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</i>	1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica, através da execução de protocolos terapêuticos complexos na UCIP.	- Realizar pesquisa bibliográfica sobre pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica; - Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, internada na UCIP; - Acompanhar a pessoa em situação crítica durante deslocções a outros serviços para realização de exames complementares de
	1.2 — Garante 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.		

<i>múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</i>	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.		diagnóstico, sob vigilância e monitorização apertada; • Monitorizar, vigiar e identificar sinais de agravamento clínico na pessoa em situação crítica internada na UCIP, prevenindo complicações; • Avaliar dor na pessoa em situação crítica na UCIP, através de escalas de avaliação adequadas à situação clínica presente; • Gerir medidas farmacológicas e não-farmacológicas, no controlo da dor na pessoa em situação crítica; • Conhecer e dominar farmacologia relacionada com sedação, analgesia e curarização na pessoa com ventilação mecânica invasiva; • Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com ventilação mecânica;
	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.		



			• Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com técnica dialítica contínua; • Atuar em situações de emergência, através de protocolos certificados adquiridos (SAV); • Conhecer o sistema de registo clínico informático existente na UCIP: BSimple • Efetuar registos de enfermagem através do sistema informático da UCIP; • Realizar de 2 turnos de observação no Serviço de Hemodinâmica, do HESE; • Desenvolver plano de cuidados avançado à pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica.
2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência,	2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica, em contexto de	• Realizar pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe externa e interna;

exceção e catástrofe, da conceção à ação. <i>Descritivo</i> <i>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.</i>	2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.	situações de emergência e/ou catástrofe.	• Conhecer o plano de emergência externa e interna do [REDACTED]; • Conhecer plano de emergência externa e interna de UCIP; • Reunir com a Gestora do Risco do HESE; • Reunir com o Interlocutor do Risco da UCIP; • Realizar o Projeto de Intervenção Major na área da catástrofe interna na UCIP do [REDACTED]; • Construir instrução de trabalho para a evacuação da pessoa em situação crítica, internada na UCIP, em situação de catástrofe interna; • Realizar poster com fluxograma de evacuação da pessoa em situação crítica, internada na UCIP;
	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.		

3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. <i>Descritivo</i> <i>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</i>	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.	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência multiorgânica, garantindo a prevenção e controlo de infeção em todo o cuidado prestado ou delegado.	• Realizar pesquisa bibliográfica sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA]; • Reunir com o Elo de ligação da UCIP ao Núcleo do PPCIRA; • Conhecer o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos; • Conhecer as normas e protocolos existentes na UCIP no âmbito da prevenção e controlo de infeção; • Conhecer as precauções baseadas nas vias de transmissão utilizadas na UCIP; • Executar prestação de cuidados cumprindo as normas de prevenção de controlo de infeção existentes na UCIP;
--	--	--	--



<i>infecção e de resistência a Antimicrobianos.</i>			• Conhecer e executar os procedimentos de identificação de agentes microbianos na admissão e internamento da pessoa em situação crítica na UCIP; • Prestar cuidados de enfermagem prevenindo as infeções associadas aos cuidados de saúde; • Prestar cuidados de enfermagem cumprindo as precauções básicas de controlo de infeção; • Garantir o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção nos cuidados prestados por outros grupos profissionais; • Disseminar o conhecimento produzido e as práticas de melhoria contínua em congresso da especialidade.
--	--	--	--



3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Competências de Mestre em Enfermagem	
Competência	Intervenções
1-Demonstra competências clínicas na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, na área de especialidade.	- Realizar Estágio Final na UCIP do [REDACTED], com a duração de 336 horas presenciais; - Realizar de Projeto de Intervenção Major na UCIP de acordo com o tema discutido e aprovado pela Enfermeira Gestora, Enfermeira Orientadora e Professor Orientador “Plano de Emergência/Catástrofe interna da UCIP do [REDACTED]”
2- Contribui e desenvolver uma prática baseada na evidência.	
3- Integra conhecimentos, processos de tomada de decisão e gestão de situações complexas, tendo em conta as implicações e responsabilidades éticas e profissionais.	
4- Desenvolve conhecimentos e competências ao longo da vida.	
5- Participa em projetos, contextos multidisciplinares e intersectoriais.	
6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, investigação e políticas de saúde.	



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



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho vem constituir uma ferramenta de trabalho muito útil para os próximos meses, uma vez que servirá como um guião orientador, permitindo planear as atividades/intervenções a desenvolver para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC PSC e também as competências de mestre em Enfermagem.

É importante referir que algumas das intervenções definidas estão condicionadas pelas situações de doença crítica que serão encontradas ao longo da prática desenvolvida no estágio final. No entanto, podem também surgir outras situações que não estão planeadas, mas que certamente contribuirão para um aumento de experiência e riqueza profissional.

Por fim, este trabalho será um guia de reflexão e análise que será descrito no Relatório Final de Estágio, englobando também o Projeto de Intervenção Major.

Escola Superior de Saúde de Portalegre



BIBLIOGRAFIA

- Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. (2017). Regulamento do Funcionamento do Mestrado em Enfermagem.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, artigo 15.º, Grau de Mestre;
- González Aguilera, J. C., Leyva Lorenzo, V. M., Vázquez Belizón, Y. E., Arias Ortiz, A., & Cabrera Lavernia, J. O. (2021). Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(4), 1–15.
- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M.R. (2001). Trabalho de Projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas. 4.ª edição. Porto. Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0216-4
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª série, N.º 35, 8648–8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento 124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Paiva, J.A, Fernandes, A., Granja C., Ribeiro, J., Nóbrega, J.J., Vaz, J., Coutinho, P. (2016). Rede de Referenciação de Medicina Intensiva [RRH-Medicina-Intensiva.pdf \(sns.gov.pt\)](#)
- Regulamento n.º 429/2018, de 6 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, série II Regulamento n.º 429/2018 | DR ([diariodarepublica.pt](#))



- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea

Descritiva de Etapas. Percursos, 15, 1–38

Apêndice II - Projeto de Intervenção Major



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	Inês Guerra Lopes
RESUMO DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO COM RELATÓRIO / TRABALHO DE PROJETO	Nº9684
“Emergência e Catástrofe em contexto de UCI: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica”	Ano Letivo: 2023 / 2024

1. RESUMO DO PROJETO (máx. 500 palavras)

As situações de emergência e catástrofe são uma ameaça ao bem-estar das pessoas e equipas multidisciplinares que os compõem, bem como podem levar à evacuação total ou parcial dos mesmos, conduzindo a uma perda de capacidade de prestação de cuidados de saúde⁵. A maioria dos hospitais são vulneráveis a estes acontecimentos, sejam de causa externa ou interna. As causas mais comuns para a ocorrência de evacuação de serviços hospitalares relacionam-se com causas internas, como inundações, incêndios, fugas de gás ou produtos químicos, ameaças biológicas, eventos terroristas e cortes de energia, água ou ventilação³.

No ano de 2010, a Direção Geral de Saúde [DGS] vem realçar a importância da existência de planos de emergência em todas as unidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde [SNS], divulgando um documento que auxilia na sua construção. Este tipo de instrumento reforça a importância da “(...) cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco (...)”¹(p.2), tornando-se fundamental na atuação das equipas de saúde, através de normas e procedimentos, perante uma situação de crise.

Em contexto hospitalar, a necessidade de evacuar uma Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] é um evento raro, mas possível de acontecer, envolvendo riscos elevados para os doentes internados e equipa multidisciplinar⁴.

O presente projeto de intervenção major foi concebido para ser aplicado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] de um hospital alentejano. O referido hospital tem um Plano de Emergência Interno [PEI] elaborado em 2009, onde é definida a estrutura organizativa de recursos humanos e materiais existentes e os procedimentos de gestão em situação de emergência. Este documento caracteriza as instalações, a intervenção das equipas de socorro (internas e externas), os procedimentos em caso de sinistro, o plano de evacuação e os procedimentos após a situação de emergência².

ESB-SA-57-Rev.0

No que diz respeito à UCIP, existe apenas uma instrução de trabalho em situação de incêndio, do ano de 2019, que não se encontra atualizada, uma vez que o espaço físico do serviço sofreu bastantes alterações com a pandemia por SARS-CoV-2. Tendo em conta o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, bem como a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, verifica-se a necessidade da existência de PEI adequados a cada realidade, com procedimentos de atuação em situação de crise definidos, garantindo a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

Posto isto, torna-se pertinente a elaboração de um Plano de Emergência para a UCIP, visto que são serviços com pessoas em situação crítica com necessidade de cuidados especializados e dispositivos específicos, com riscos próprios no contexto em que se inserem.

O presente projeto de intervenção major será construído com base na metodologia de projeto, onde inicialmente foi identificada a necessidade do serviço, através de uma reunião estratégica com en^{fe} orientadora, en^{fe} gestora e o en^{fe} interlocutor do risco, tendo sido validada pelo professor orientador. Assim será elaborada uma normativa de procedimento, com base no Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência para as Unidades de Saúde da DGS e o PEI, para posteriormente ser proposto como Plano de Emergência Interno da UCIP.

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

PLANEAMENTO DO PROJETO:

- **Objetivos:**

- **Geral** – Contribuir para os processos de melhoria da qualidade e de segurança da Pessoa em Situação Crítica, em momentos de emergência e catástrofe.

- **Específicos:**

- Diagnosticar junto da equipa multidisciplinar a melhor resposta em situação de exceção, garantindo a continuidade dos cuidados e segurança da Pessoa em Situação Crítica e profissionais de saúde;

- Construir fluxograma de triagem da pessoa em situação crítica internada na UCIP;

- Elaborar uma Normativa de Procedimento de evacuação da Pessoa em Situação Crítica na UCIP, para posterior proposta ao Plano de Emergência Interno da UCIP;

- Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da formação em serviço;

- Treinar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através de simulação “on table”;

- Construir instrumento de auditoria sobre a utilização da Norma de Procedimento de evacuação da pessoa em situação crítica em situação de emergência/catástrofe;

- Divulgar a proposta de Normativa de Procedimento através de uma comunicação científica do Serviço de Gestão da Formação e/ou em eventos específicos da especialidade.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO:

Objetivos Específicos	Estratégias de Intervenção
• Diagnosticar junto da equipa multidisciplinar a melhor resposta em situação de exceção, garantindo a continuidade dos cuidados e segurança da Pessoa em Situação Crítica e profissionais de saúde	• Reunir com enfermeira gestora, enfermeira orientadora, enfermeiro interlocutor do risco da UCIP e gestora do risco do hospital; • Identificar e validar a importância da temática como necessidade da UCIP; • Efetuar pesquisa bibliográfica sobre a temática; • Efetuar uma revisão integrativa da literatura;

	Divulgar os resultados da melhor evidência científica disponível sobre evacuação em contexto de emergência e catástrofe.
Construir fluxograma de triagem da pessoa em situação crítica internada na UCIP;	- Pesquisa bibliográfica sobre triagem em situação de emergência e catástrofe em UCI; - Definir os pontos sensíveis de atuação na evacuação da Pessoa em Situação Crítica; - Ordenar estratégias de atuação no momento de triagem da Pessoa em Situação Crítica em situação de emergência e catástrofe.
Elaborar uma Normativa de Procedimento na evacuação da pessoa em situação crítica na UCIP, para posterior proposta ao Plano de Emergência Interno da UCIP	- Leitura do Plano de Emergência Interno e Instruções de trabalho existentes no hospital onde se realiza o Projeto de Intervenção Major; - Utilizar os resultados da melhor e mais recente evidência disponível sobre evacuação da Pessoa em Situação Crítica; - Contruir a Normativa de Procedimento na evacuação da Pessoa em Situação Crítica na UCIP, para posterior proposta a Plano de Emergência Interno da UCIP.
Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da formação em serviço	Realizar formação em serviço com simulação, expondo Normativa de Procedimento de atuação;
Treinar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de exceção através da simulação "on table"	Proporcionar momento formativo através de simulação, de modo a praticar os conhecimentos transmitidos.
Construir instrumento de auditoria sobre a utilização da Norma de Procedimento de evacuação da pessoa em situação crítica em situação de emergência/catástrofe;	Utilizar instrumento de auditoria para avaliação dos conhecimentos adquiridos na formação e simulação.
Divulgar a proposta de Normativa de Procedimento através de uma comunicação científica	Participação em Congresso/Jornadas relacionadas com a área de Enfermagem Médico-cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica

ESS-SA-57-Rev.0

do Serviço de Gestão da Formação e/ou em eventos específicos da especialidade	
Previsão dos Resultados Esperados ▪ Indicador de Processo: • Elaborar Manual de Processos, no âmbito de melhoria contínua da qualidade, do procedimento de evacuação da Pessoa em Situação Crítica, em situação de emergência e catástrofe na UCI, que inclua: Norma de Procedimento de atuação, Fluxograma de Triagem, Norma de Auditoria e Modelo de Formação em Serviço; • Anexar norma de procedimento ao Plano de Emergência Interno da UCIP sobre evacuação da pessoa em situação crítica na UCIP; ▪ Indicador de Resultado: • Formar, pelo menos, 70% da equipa de enfermagem da UCIP; • Resultados da prática simulada. Processo de Avaliação ▪ Analisar os objetivos definidos; ▪ Avaliar a eficácia do projeto no contexto formativo e conhecimentos adquiridos, utilizando instrumento de auditoria construído; ▪ Avaliar implementação do projeto a nível organizacional, enquanto ferramenta fundamental na segurança da Pessoa em Situação Crítica, em contexto de emergência e catástrofe.	

ESS_SA_57-Rev.0

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

		2023				2024			
		SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
Planeamento	Definição de estratégias/atividades a desenvolver								
	Definição dos Resultados esperados								
	Realização, Entrega e apresentação do Pré-projeto de Intervenção Major								
Execução	Pesquisa de evidência científica								
	Revisão da Literatura								
	Elaboração de Norma de Atuação								
	Reunião com en ^{ft} gestora, en ^{ft} orientadora e en ^{ft} responsável do risco								
	Elaboração do Poster								

ESS_SA_57-Rev.0

ESS.SA.57-Rev.0

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

1. Direção Geral de Saúde. (2010). Guia Geral Para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Lisboa. Portugal. Ministério da Saúde
2. Hospital do [REDACTED]. (2009). Plano de Emergência Interno
3. Iserson, K. V. (2013). Vertical hospital evacuations: a new method. *Southern Medical Journal*, 106(1), 37–42. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e31827caef4>
4. Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P., Hussain, A., Jenkins, M., Lang, A., McGuire, N., McNarry, A., Osborn, M., Pittilla, L., Ralph, M., Sarkar, S., & Taft, D. (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: for use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society. *Anaesthesia*, 76(10), 1377–1390
5. Klokman, V. W., Barten, D. G., Peters, N. A. L. R., Versteegen, M. G. J., Wijnands, J. J. J., van Osch, F. H. M., Gaakeer, M. I., Tan, E. C. T. H., & Boin, A. (2021). A scoping review of internal hospital crises and disasters in the Netherlands, 2000-2020. *PloS One*, 16(4), e0250551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250551>
6. Ruivo, M., Ferrito, C. Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38
7. Sánchez-Palacios, M., Lorenzo Torrent, R., Martín García, J. A., & Carrasco De Miguel, V. (2012). A triage system for evacuating critical patients before a eventual disaster. *Revista de Calidad Asistencial, Organo de La Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 27(1), 65-66. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.07.007>

Apêndice III - Revisão Sistemática da Literatura: “Evacuação da PSC em situação de Emergência/Catástrofe numa UCI



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**

Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final

Docentes: Professor Hugo Franco

Enfemeira Orientadora: P.S.

**Artigo Científico: Evacuação da PSC em situação de
Emergência/Catástrofe numa UCI**

Discente:

Inês

Lopes, nº9684

Janeiro

2024

Evacuação da PSC em situação de Emergência/Catástrofe numa UCI

Lopes, Inês Guerra¹

Franco, Hugo²

RESUMO

Introdução: A necessidade de evacuar uma Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] ou até mesmo um hospital, parcial ou totalmente, é um evento raro, mas potencialmente repleto de dificuldades.^{3,4} As evacuações de UCI são muito complexas e envolvem cenários com elevados riscos para a Pessoa em Situação Crítica [PSC] e equipas multidisciplinares.⁴ Como tal, é necessária uma preparação destas unidades e equipas multidisciplinares, baseada em planos de evacuação bem definidos, testados e atualizados, de modo a melhorar a resposta às situações de catástrofe e garantindo a segurança e continuidade dos cuidados prestados à PCS no período de evacuação.^{4,5,6,7}

Objectivo: Descrever as intervenções de enfermagem a adotar no procedimento de evacuação da PSC, em situação de emergência/catástrofe, numa UCI, garantindo a segurança da PSC e a continuidade dos cuidados.

Métodos: Foi feita uma revisão integrativa da literatura, através de pesquisa no motor de busca da base de dados da EBSCO, que inclui recursos como a CINAHL Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE, e também no GOOGLE Académico, entre 2016 e 2023. Foram analisados os artigos que abordassem a temática relativa à evacuação da PSC numa UCI.

Descritores: Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Plano de emergência, Catástrofe; Evacuação.

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica, Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, ULSAA, E.P.E.

² Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Setúbal, Instituto Politécnico de Setúbal

Apêndice IV – Norma de Procedimento Interna: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em situação de Emergência/Catástrofe Interna

NORMA DE PROCEDIMENTO INTERNA:

Evacuação da Pessoa em Situação Crítica da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, em situação de Emergência/Catástrofe Interna

1. Plano de Emergência nas Unidades de Saúde

As Unidades de Saúde [US] estão sujeitas a possibilidade de ocorrência de catástrofes, epidemias, acidentes tecnológicos, nucleares, químicos ou biológicos e/ou radiológicos. Em Portugal, observa-se que a maioria das US se encontram a funcionar no máximo das suas capacidades, no quotidiano e, como tal, torna-se imprescindível, que os serviços tenham definidas normas de procedimento face a situações de crise, garantindo a segurança das pessoas e das equipas multidisciplinares, bem como a continuidade dos cuidados (Direção Geral de Saúde [DGS], 2010).

Verifica-se então que é necessária uma preparação das US e equipas multidisciplinares, baseada em planos de evacuação bem definidos, testados e atualizados, de modo a melhorar a resposta às situações de catástrofe e garantindo a segurança e continuidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica [PSC] no período de evacuação (Klokman, V. W., et al., 2021)

A construção de um plano de emergência deve englobar a identificação e avaliação dos potenciais riscos, e incluir Planos de Emergência Internos [PEI] específicos, onde estejam definidos os procedimentos simples e eficazes a adotar numa situação de exceção (DGS, 2010; Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P. & Taft, D., 2021)

As Unidades de Cuidados Intensivos [UCI] são serviços que dão resposta a situações de patologias ou trauma críticos e, como tal, envolvem cuidados médicos e de enfermagem especializados, bem como, equipamentos de alta complexidade. Em situação de emergência/catástrofe, com necessidade de evacuação da PSC, devem estar protocoladas as ações a desenvolver pelo médico/enfermeiro/assistente operacional [AO] que acompanha a PSC, bem como o material necessário à sua evacuação e monitorização.

Para uma evacuação eficaz é necessário que os procedimentos sejam ordenados e cumpridas as normas de evacuação protocoladas (Palácios, 2010).

É importante ter em conta que a PSC, estando em situação de grande instabilidade, o seu transporte para outro local pode agravar o seu estado clínico e originar eventos

adversos (Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2023).

2. Abreviaturas

- ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil
- AO – Assistente Operacional
- BIA – Balão Intra aórtico
- CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- CSREMP – Comando Sub-Regional de Emergência e Proteção Civil
- DGS – Direção Geral da Saúde
- EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
- GCS – Glasgow Coma Scale
- GC – Gabinete de Crise
- HESE- EPE – Hospital do Espírito Santo de Évora – Entidade Pública Empresarial
- MAI - Ministério da Administração Interna
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OM – Ordem dos Médicos
- PEI – Plano de Emergência Interno
- PSC – Pessoa em Situação Crítica
- SNG – Sonda Nasogástrica
- SOF – Secreções Orofaringeas
- SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
- STB – Secreções Traqueobrônquicas
- SU – Serviço de Urgência
- TET – Tubo Endotraqueal
- UCCI – Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
- UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- UTA - Unidade de Tratamento de Ar
- US – Unidades de Saúde
- VA – Via Aérea

- VM - Ventilação Mecânica
- VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

3. Definições

- Catástrofe – acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida ou tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

- Crise - resposta a uma situação de emergência que pela sua natureza ou extensão condiciona, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (DGS, 2010).

- Gabinete de Crise [GC] – órgão de decisão e coordenação da situação de emergência/catástrofe. É formado pelo Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor, Diretor do Serviço de Urgência, Responsável da Comunicação, Responsável dos serviços farmacêuticos, Responsável dos serviços de hotelaria e segurança, Engenheiro e Responsável informático e um ou vários especialistas segundo a origem da catástrofe (DGS, 2010);

- Grau de Risco – resulta da combinação dos graus de probabilidade e de gravidade de um determinado cenário. Pode ser classificado em quatro classes: elevada, moderada, reduzida e nula/residual (Ministério da Administração Interna [MAI], 2008; Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC], 2019);

- Evacuação – movimento de ocupantes de um edifício para uma zona de segurança/refúgio (MAI, 2008).

- Evacuação parcial – evacuação de determinado sector ou área localizada;

- Evacuação total – evacuação da totalidade da área, normalmente, causada por situações mais graves;

- Evacuação horizontal – evacuação dos(s) doente(s) e equipa multidisciplinar para serviço ou zona de refúgio que se encontre no mesmo piso do local a evacuar, sem necessidade de utilização de escadas ou elevadores. Podem ser corredores, antecâmaras, átrios, galerias ou espaços amplos que se apresentem seguros para a passagem das pessoas evacuadas (MAI, 2008).

- Evacuação vertical – evacuação dos(s) doente(s) e equipa multidisciplinar para serviço ou zona de refúgio que se encontre num piso diferente do local a evacuar, através da utilização de escadas, elevadores, rampas e/ou tapetes rolantes inclinados que se apresentem seguros para a passagem das pessoas evacuadas (MAI, 2008).
- Vias de Evacuação – comunicação horizontal ou vertical que apresenta condições de segurança para a evacuação das pessoas (MAI, 2008).
- Zona de Refúgio – local do edifício que se torna temporariamente seguro para acolher pessoas e que não venham a ser atingidas pela causa de evacuação inicial (MAI, 2008).
- Zona de Segurança – local exterior do edifício, onde se podem reunir as pessoas, de modo a estarem protegidas da causa de evacuação inicial (MAI, 2008).

4. Contexto

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] encontra-se no piso 2 do [REDACTED] (Anexo IX) e apresenta-se como uma sala *open space*, onde se observam diretamente as 8 camas de cuidados intensivos de nível III, sendo uma delas um quarto para isolamento. Antes da pandemia por SARS-CoV-2, foi feita uma reestruturação do serviço de modo a aumentar a capacidade de camas que, anteriormente, era de 5 unidades de doentes, estando a planta da UCIP representada no (Anexo VIII). Também em contexto da pandemia foram criadas 6 novas camas, no piso 4 [REDACTED], criando-se um novo serviço: UCI-COVID, destinada a PSC com SARS-CoV-2.

Observa-se, então, uma desatualização do PEI do [REDACTED] e ausência de uma normativa de procedimento face a uma situação de emergência/catástrofe interna à UCIP, com necessidade de evacuação da PSC.

5. Objetivos

Geral:

- Descrever os procedimentos de evacuação da PSC na UCIP em situação de emergência/catástrofe, para posterior proposta ao PEI da UCIP do [REDACTED]

Específicos:

- Identificar as condições de risco da UCIP;
- Identificar a necessidade de adaptação dos recursos materiais e humanos existentes da UCIP, adequando-os às exigências estabelecidas por lei;
- Definir a estrutura organizativa dos recursos humanos e materiais da UCIP.

6. Identificação dos Riscos Potenciais

Os riscos associados às instalações hospitalares do [REDACTED] e UCIP, que podem traduzir-se numa situação de emergência, foram identificados no PEI do [REDACTED] (2009) e atualizados pela equipa de Gestão de Risco do [REDACTED] em 2019, sendo eles:

- Incêndio/Explosão;
- Incêndios Urbanos;
- Acidentes industriais (uso de trióxido de crómio na indústria local e a livre circulação de viaturas de transporte de substâncias tóxicas impossíveis de determinar);
- Sismo;
- Onda de Calor / Vaga de Frio;
- Ameaça bomba/terrorismo;
- Queda/choque de aeronave(s);
- Inundações (internas à UCIP ou internas ao hospital);
- Contaminação biológica;
- Fugas de gases;
- Derrames de produtos perigosos;
- Falhas no abastecimento de água, eletricidade, gás combustível e/ou gases medicinais;
- Falha do sistema de Unidade de Tratamento de Ar [UTA] (que inclui aquecimento, ar condicionado e ventilação).

7. Classificação dos Riscos Potenciais

		Grau de Gravidade				
		Residual	Reduzido	Moderado	Acentuado	Crítico
Grau de Probabilidade	Elevado					• Onda de calor
	Médio-alto				• Incêndio • Explosão • Vaga de Frio	
	Médio			• Inundações	• Incêndios Urbanos	
	Médio-baixo				• Contaminação Biológica • Acidentes Industriais • Derrames de produtos perigosos • Fugas gases • Falhas abastecimento água, eletricidade, gás, gases medicinais; • Falhas na UTA;	• Sismo
	Baixo					• Choque/ Queda de aeronave • Ameaça de Bomba/ Terrorismo

Legenda:

Risco Baixo	Risco Moderado	Risco elevado	Risco extremo
-------------	----------------	---------------	---------------

Tabela 1 – Matriz de Hierarquização dos Riscos Potenciais identificados, elaborado por autor da norma de procedimento (adaptado do Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de [REDACTED], 2016).

8. Plano de Evacuação

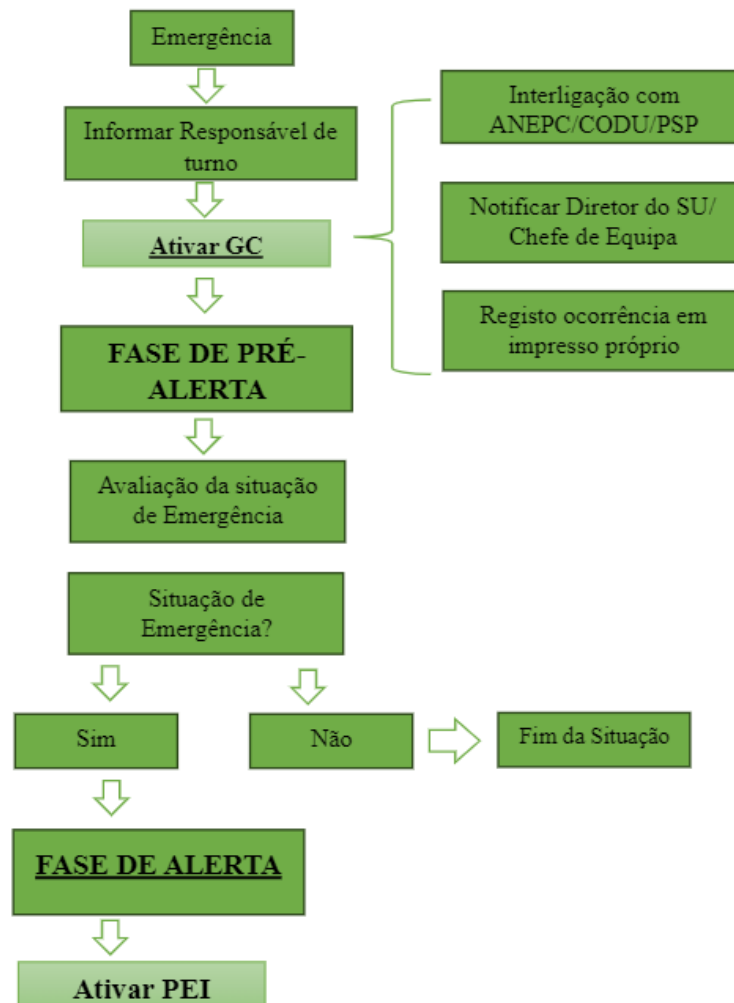
O procedimento de evacuação deverá ser realizado de forma rápida e segura, e a equipa multidisciplinar deve ter em conta as seguintes atitudes, segundo Palácios, et al. (2010):

- Manter a calma;
- Proceder à evacuação com rapidez, conduzindo as pessoas para as vias de evacuação, prestando ajuda;
- Não levar objetos pessoais;
- Não voltar atrás para recolher objetos irrelevantes, que caiam no momento de evacuação;
- Promover a ajuda mútua entre a equipa multidisciplinar;
- Não voltar atrás à área evacuada;
- Fechar portas e janelas que se encontrem no caminho da evacuação;
- Acompanhar a(s) pessoa(s) às zonas refúgio ou de segurança;
- Manter a ordem e tranquilidade;
- Após evacuação verificar presença de todas as pessoas evacuadas;
- Manter linhas telefónicas livres e comunicar o fim da evacuação. Na impossibilidade de comunicação via telefone, proceder a comunicação via rádio.

8.1 - Definição de Funções e Responsabilidades da Equipa Multidisciplinar

8.1.1 - Funções do Chefe de Equipa e Enfermeiro Responsável de Turno

- Identificar e validar situação de emergência/catástrofe;
- Identificar necessidade de ativação do GC:



Fluxograma 1 – Ativação do GC – Elaborado por: autor da norma de procedimento (adaptado de [REDACTED], 2009)

- Se necessário ativar o Gabinete de Crise:

Função	Cargo	Nome	Contacto
Responsável de Segurança	Presidente do Conselho de Administração	[REDACTED]	[REDACTED]
Direção Técnica	Diretor Clínico	[REDACTED]	[REDACTED]
	Enfermeiro Diretor	[REDACTED]	[REDACTED]
Coordenador Geral de Emergência	Técnico Superior do SHST	[REDACTED]	[REDACTED]
Coordenador Operacional de Emergência	Diretor do SIE	[REDACTED]	[REDACTED]
Coordenador Setorial de Emergência	Diretor do SU	[REDACTED]	[REDACTED]
Gabinete de Relações Públicas	Responsável pelo Gabinete de Comunicação e Marketing	[REDACTED]	[REDACTED]

Tabela 2 – Constituição do Gabinete de Crise do [REDACTED]

(Nota: Os dados facultados na tabela 2, devem apenas ser para consulta dos responsáveis da evacuação, cumprindo o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)

8.1.2 – Funções do GC:

- Reforçar meios humanos e materiais, conforme necessidades identificadas;
- Identificar necessidades específicas no procedimento de evacuação, com necessidade colaboração de elementos da equipa multidisciplinar hospitalar para o processo de tomada de decisão que integrem também o GC (ex: Médicos/Enfermeiros do Bloco Operatório ou S. Hemodinâmica);

- Estabelecer ligação com ANEPC, Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] e Forças de Segurança, gerindo recursos;
- Contactar Zonas Refúgio e comunicar evacuação;
- Em situação de evacuação vertical, estabelecer contacto com bombeiros para transporte das PSC em macas de transporte, através das escadas;
- Ativar e desativar o plano de emergência;
- Enquanto o GC não estiver ativo e em exercício das suas funções, cabe ao chefe de equipa e ao enfermeiro responsável de turno assumir todas as decisões no procedimento de evacuação.

8.1.3– Funções dos Operacionais Responsáveis no terreno (Diretor de Serviço/Enfermeiro responsável de turno e Enfermeiro Gestor do Risco da UCIP)

- Conhecer plano de emergência interno e externo do [REDACTED];
- Garantir dotações seguras da equipa médica, de enfermagem e AO, durante todos os turnos,
- Garantir número de equipamentos necessário ao procedimento de evacuação da PSC;
- Garantir correto funcionamento dos equipamentos existentes na UCIP necessários ao procedimento de evacuação da PSC, através de auditorias periódicas dos mesmos;

Durante situação de emergência:

- Identificar situação de emergência/catástrofe;
- Avaliar segurança do ambiente clínico;
- Contactar nº emergência interno;
- Distribuir os elementos da equipa multidisciplinar no acompanhamento dos doentes e/ou visitas, priorizando a seguinte ordem de evacuação: visitas, doentes independentes e doentes dependentes (segundo fluxograma de triagem: P1, P2, P3, P4);
 - Se recursos humanos insuficientes para proceder à evacuação, requisitar reforços de meios necessários (humanos e/ou materiais) junto do GC;
 - Transmitir orientações à equipa multidisciplinar: tipo de evacuação, vias de evacuação, zonas refúgio;
 - Dirigir e controlar evacuações, sob orientação do GC, se ativado;

- Contactar Zonas Refúgio e comunicar evacuação, se GC não ativado;
- Construção de fita de tempo do procedimento de evacuação para posterior análise;
- Efetuar registo da alocação de cada PSC na respetiva Zona Refúgio, se GC não ativado (Anexo II);
- Organizar e fornecer toda a informação ao GC, de modo a ser transmitida pelo Gabinete de Comunicação e Marketing aos familiares das vítimas, meios de comunicação e autoridades.

8.1.4- Funções dos Médicos Intensivistas da UCIP

- Acompanhar e realojar as PSC com prioridade 2, 3 ou 4.
- Assistência médica às PSC durante evacuação;
- Assistência médica às PSC evacuadas nas Zonas refúgio;
- Elaborar diário clínico de cada PSC após evacuação, registando intercorrências durante e após procedimento de evacuação;

8.1.5- Funções dos Enfermeiros da UCIP

- Garantir correta identificação da PSC;
- Garantir equipamento necessário ao procedimento de evacuação:

Equipamento Mínimo necessário à evacuação da PCS	Monitor de Transporte (“Bebé”) /Lifepack15
	Ventilador Hamilton C6 ou Ventilador de Transporte
	Insuflador Manual
	Fonte de Oxigénio com capacidade adequada: O2 necessário = [(20+Vmin.) x FiO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%
	Seringas/bombas infusoras
	Fármacos de suporte avançado de vida e manutenção do doente para as 3h seguintes.

Tabela 3 – Equipamento mínimo necessário à evacuação da PSC (Adaptado de Gray, M. M., Thomas, A. A., Burns, B., Umoren, R. A., 2020; OM & SPCI, 2023)

- Remover dispositivos não essenciais ao suporte vital da PSC (ex.: técnica dialítica, meias de compressão mecânica, aquecimento ativo) e retomar os mesmos logo que possível, de modo a garantir o mesmo nível de cuidados;
- Suspende alimentação entérica e colocar sonda Nasogástrica [SNG] em drenagem;
- Colocar ventilador e monitor de transporte de forma visível, durante a evacuação;
- Garantir contacto com a Zona Refúgio;
- Acompanhar e realojar PSC com prioridade 1, 2, 3 ou 4.
- Manter vigilância hemodinâmica da PSC antes, durante e após procedimento de evacuação;
- Em todos os turnos, ter preparada medicação indispensável ao suporte vital da PSC, devidamente identificada para, no mínimo, três horas;
- Fazer acompanhar toda a documentação (processo clínico) da PSC, se possível, junta da mesma de modo a garantir a segurança e continuidade dos cuidados;
- Fazer acompanhar impresso de registo de intervenções de enfermagem durante a evacuação (Anexo III), de modo a registar todas as alterações ou terapêuticas administradas durante o procedimento de evacuação, bem como os parâmetros vitais observados;
- Assim que PSC estiver preparada para se iniciar a evacuação, o enfermeiro, aspira Secreções Orofaringeas [SOF] e Secreções Traqueobrônquicas [STB] se necessário, e desconecta PCS do ventilador, conectando-a a ventilador de transporte ou garantindo ventilação através de insuflador manual;
- Se PSC conectada ao ventilador Hamilton C6, colocar fonte de oxigénio portátil e iniciar transporte, sem necessidade de troca de ventilador.

8.1.6-Funções dos Assistentes Operacionais da UCIP

- Reunir todo o material existente na unidade do doente, que deve acompanhar a PSC na evacuação;
- Acompanhar e realojar a PSC;
- Ajudar no transporte da PSC, dispositivos e material clínico antes, durante e após situação de evacuação;
- Garantir assistência nos cuidados à PSC antes, durante e após procedimento de evacuação, sempre sob a supervisão da equipa de enfermagem;

- Se existirem PSC internadas na UCIP de nível I ou II, em situação de emergência/catástrofe, e sem número de enfermeiros suficientes para acompanhar cada PSC, o AO pode fazer o acompanhamento (sem médico e/ou enfermeiro) sob delegação, desde que contacto prévio com o serviço recetor, onde garantam a sua realocação com equipa médica e de enfermagem que dê continuidade aos cuidados.

8.1.7- Funções do Técnico Administrativo

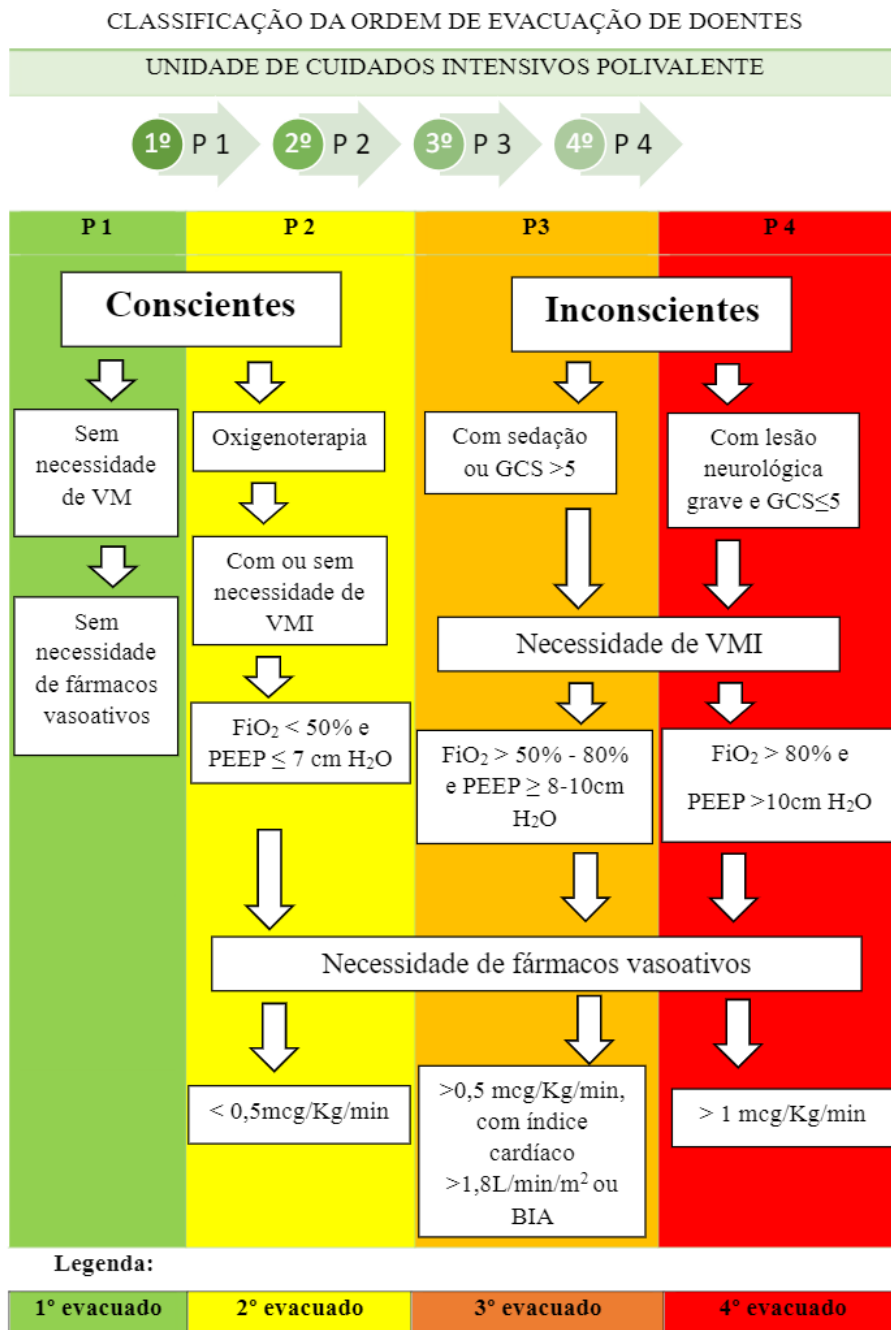
- Garantir vias de evacuação desobstruídas;
- Acompanhar visitas/familiares pelas vias de evacuação até às zonas refúgio.

8.2 - Procedimentos a realizar em todos os turnos da Manhã (8h-16H)

O enfermeiro alocado ao posto da Equipa de Emergência Médica Interna [EEMI] deve ser responsável por:

- executar a triagem das PSC internadas na UCIP;
- registar resultado da triagem em impresso próprio (Anexo II)
- verificar check-list de material necessário à evacuação dos PSC:
 - Equipamentos (Anexo VI)
 - Medicação (Anexo IV);
 - Mochila de transporte com material (Anexo V)

8.3- Fluxograma de Triagem de Doentes



Fluxograma 2 – Fluxograma de Triagem de Doentes em UCI. (Adaptado do Plano Emergência de Incêndios da UCIP, 2019)

8.4 -Zonas Refúgio

- Serviço Cirurgia Geral (Piso 2) – PSC P1 e P2;
- Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios [UCCI] (Piso 2) – PSC P3 e P4;
- Serviço de Urgência (Piso 0) – Visitas/familiares e doentes independentes;
- **Evacuação Vertical** – **P1:** Serviço de Urgência; **P2, P3 e P4:** Núcleo de Exames Especiais (Sala de recobro) e Serviço de Hemodinâmica (Sala de recobro);
- **Evacuação Horizontal** – **P1:** Serviço Cirurgia Geral; **P2, P3 e P4:** UCCI;
- **Evacuação Total do Hospital** – conduzir PSC para o Ponto de Encontro definido no PEI (Anexo XI)

8.5– Fluxograma de Evacuação

Fases de Ativação do Plano de Emergência Interno	Intervenções
Fase de Alerta	1. O profissional de saúde <u>identifica a situação de emergência</u>; 2. O profissional de saúde • <u>contacta nº de emergência interno nº 1199 (ou nº44, se incêndio) – central telefónica</u> • <u>aciona betoneira alarme – central de segurança.</u> 3. Equipa multidisciplinar da UCIP mantém-se no local prestando cuidados à PSC, aguardando orientações.
Fase de Alarme	4. O Gabinete de Crise ou Chefe de Equipa/Enfermeiro Responsável de turno: • define que o ambiente clínico não é seguro, verificando necessidade de evacuação; • define <u>Tipo de Evacuação</u> (total/parcial, horizontal/vertical); • define <u>Zona Refúgio</u>; • verifica/valida <u>Triagem de Doentes na UCIP</u>; • comunica as <u>Vias de Evacuação</u>; • comunica o <u>Início e Ordem da Evacuação</u>;
Fase de Execução	5. Proceder segundo prioridade atribuída na triagem: • 1º lugar: evacuar P1 (cor verde) acompanhados por enfº e AO • 2ª lugar: evacuar P2 (cor amarela) acompanhados por médico, enfº e AO • 3º lugar: evacuar P3 (cor laranja) acompanhados por médico, enfº e AO; • 4º lugar: evacuar P4 (cor vermelha), acompanhados por médico, enfº e AO.

- **Evacuação Parcial** – dentro da UCIP (mudança de unidade dos doente, se existirem vagas); ou para outras zonas refúgio;
- **Evacuação Vertical** - P1: Serviço de Urgência; P2, P3 e P4: Núcleo de Exames Especiais e Serviço de Hemodinâmica;
- **Evacuação Horizontal** - P1: Serviço Cirurgia Geral; P2, P3 e P4: UCCI;
- **Evacuação Total** – Ponto de Encontro (**Anexo XI**)

Elaborado por: Autor da Norma de Procedimento

9- Material necessário à evacuação (Adaptado de OM & SPCI, 2023); Kelly, C. R., 2021)

- **Manual de Boas Práticas (dossier com toda a documentação):** PEI atualizado, listas telefónicas atualizadas, fichas dos profissionais de saúde de chamada e composição do GC, Impressos de Registos de Enfermagem e Check-list associadas ao Procedimento de Evacuação da PSC;

- **Ventiladores de transporte** – testados diariamente e com bateria carregada;
- **Insufladores Manuais com válvula Peep;**
- **Fontes de oxigénio portáteis;**
- **Seringas/bombas infusoras, com respetivos cabos de alimentação;**
- **Mala de medicação de transporte;**
- **Mochila de transporte** com material de manutenção da Via Aérea [VA] (Tubos Endotraqueais [TET], laringoscópio e lâmina, insuflador manual, capnógrafo, máscaras de oxigénio de alta concentração), material para acessos venosos, soroterapia e administração de fármacos endovenosos;
- **Lanternas, walkie-talkies/telefones, canetas/marcadores.**

10– Recomendações

- A segurança do doente e dos profissionais que efetuam a evacuação deve ser uma prioridade em todos os momentos da evacuação (OM & SPCI, 2023);
- Existência de sistema informático de triagem acoplado no BSimple^R, que efetue triagem automática da PSC, aquando da prescrição de inotrópicos/vasopressores ou aminas, oxigénio, ventilação mecânica invasiva e Escala de Coma de Glasgow, mantendo a triagem de todas as PSC internadas na UCIP atualizada (Palácios, 2010);

- Existência de fontes de oxigénio suficientes ao procedimento de evacuação total da UCIP, isto é, uma fonte de oxigénio portátil e com reserva necessária para cada unidade do doente (OM & SPCI, 2023);
- Existência de suportes de soros com capacidade de fixação das cassetes de seringas/bombas infusoras existentes em perfusão, de modo a manter o nível de cuidados (OM & SPCI, 2023);
- Priorizar evacuação total/parcial horizontal, uma vez que é um procedimento mais rápido e mais seguro (Kelly, C. R., et al., 2021);
- Sempre que se verifique uma evacuação horizontal, priorizar o uso dos ventiladores Hamilton C6 com fonte de oxigénio portátil, de modo a não ser necessário desconectar a PSC da prótese ventilatória, em momento algum (OM & SPCI, 2023; Kelly, C. R., 2021);
- Se PSC conectada a prótese ventilatória com PEEP ≤ 7 mmHg, pode ser evacuada com insuflador manual conectada a fonte de oxigénio (OM & SPCI, 2023);
- A PSC internada na UCIP, que se encontram sob tratamentos que envolvam equipamentos volumosos e imóveis, devem ser alocadas nas unidades mais distantes da porta de saída, facilitando a evacuação de outras PSC (Kelly, C. R., 2021);
- Numa situação de evacuação vertical, o GC deverá agilizar meios de apoio junto do Comando Sub-Regional de Emergência e Proteção Civil [CSREMP] para apoio com macas que permitam a evacuação vertical através das escadas do [REDACTED];
- Em situação de catástrofe, que condicione a segurança da estrutura do [REDACTED] E.P.E., ativar Plano de Catástrofe (Anexo VII). Se necessária uma evacuação total, as pessoas evacuadas devem ser conduzidas para o Ponto de Encontro (Anexo XI). Nesta situação, o GC terá de agilizar meios de socorro junto da ANEPC e CODU, de modo a transferir todas as PSC para outros hospitais. O Hospital de campanha (responsabilidade do CODU) e estruturas de apoio (responsabilidade da ANEPC) são montados no aeródromo de [REDACTED] de modo a facilitar a evacuação da PSC através de asa móvel e asa fixa, de acordo com o Plano Municipal de Proteção Civil, salvo outra indicação das entidades competentes ([REDACTED], 2009; Câmara Municipal de [REDACTED] 2022).

Referências Bibliográficas

1. Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2019). Avaliação Nacional de Risco, 1ª atualização – julho 2019, ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (prociv.gov.pt);
2. Câmara Municipal de [REDACTED] (2022) Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de [REDACTED] – versão 02.4, julho de 2022 Microsoft Word - PME [REDACTED] 2022_DP (cm-evora.pt);
3. Direção Geral de Saúde. (2010). Guia Geral Para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Lisboa. Portugal. Ministério da Saúde;
4. Gray, M. M., Thomas, A. A., Burns, B., Umoren, R. A. (2020) Evacuation of Vulnerable and Critical Patients, Multimodal Simulation for Nurse-Led Patient Evacuation. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* 15(6). p. 382-387, DOI: 10.1097/SIH.000000000000045;
5. [REDACTED] – E.P.E. (2019). Instrução de Emergência em caso de Incêndio na UCIP;
6. [REDACTED] E.P.E. (2009). Plano de Emergência Interno. Versão 2;
7. Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P. & Taft, D. (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: For use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society. *Anaesthesia*, 76(10), 1377-1391 <https://doi.org/10.1111/anae.15511>
8. Klokman, V. W., Barten, D. G., Peters, N. A. L. R., Versteegen, M. G. J., Wijnands, J. J. J., van Osch, F. H. M., Gaakeer, M. I., Tan, E. C. T. H., & Boin, A. (2021). A scoping review of internal hospital crises and disasters in the Netherlands, 2000-2020. *PloS One*, 16(4), e0250551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250551>
9. Ministério da Administração Interna (2008). Portaria nº1532/2008 de 29 de dezembro: Regulamento Técnico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios. Diário da República nº250, Série I, [0905009127.pdf \(dre.pt\)](https://dre.pt/0905009127.pdf)
10. Ministério da Administração Interna. (2016) Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Évora, [131534816620574064.pdf \(prociv.pt\)](https://prociv.pt/131534816620574064.pdf)
11. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

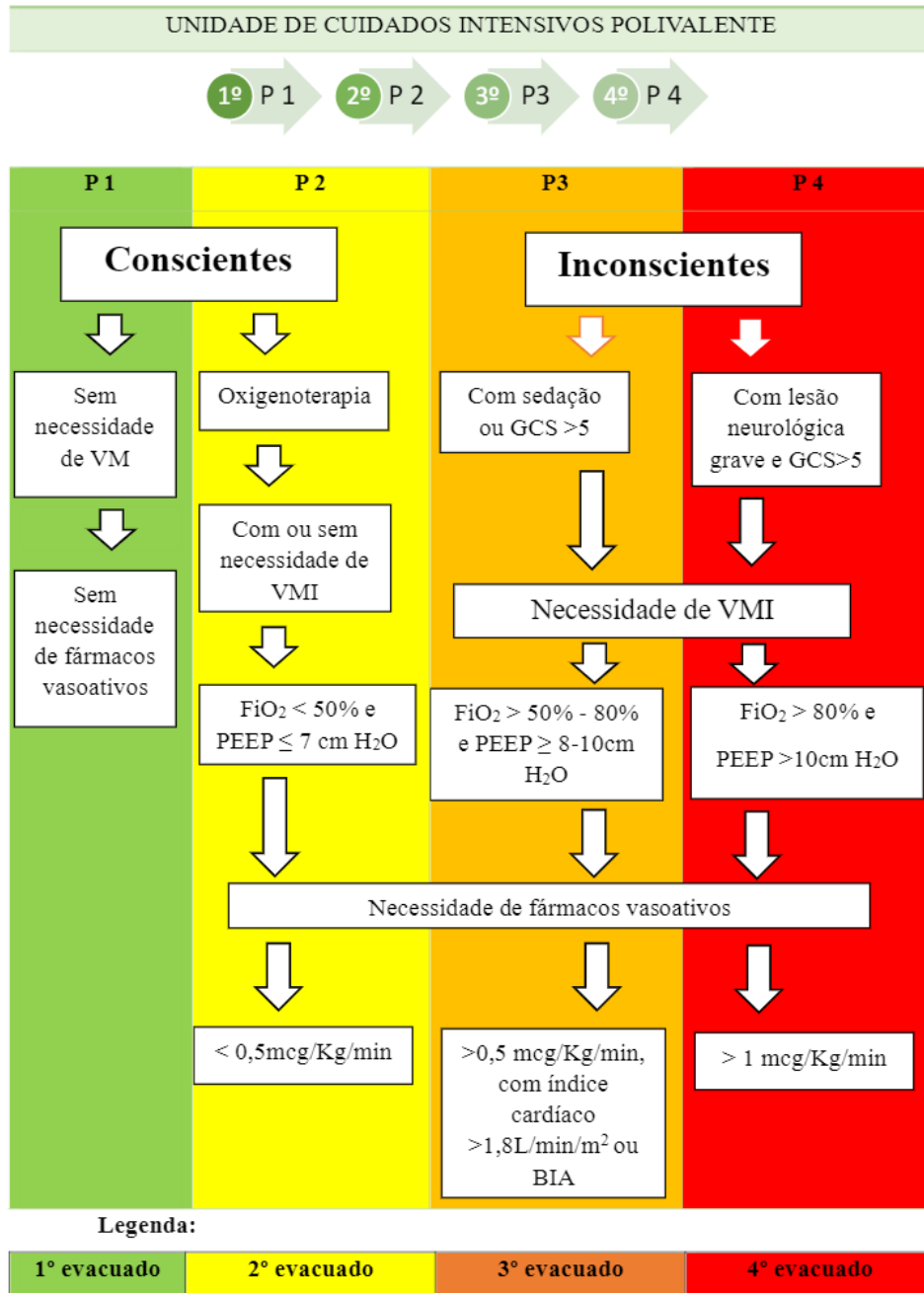
na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [115698537.pdf](#) ([ordemenfermeiros.pt](#))

12. Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações 2023 [Transporte-Doente-Critico-2023-Versão-CEMI_OM-III-2023.pdf](#) ([ordemdosmedicos.pt](#))

13. Palacios, M., Torrent, R., García, J. A., Miguel, V. (2010). A triage system for evacuating critical patients before an eventual disaster. *Revista de Calidad Asistencial, Organo de La Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 27(1), 65-66. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.07.007>

Anexos

Anexo I – Fluxograma de Triagem: CLASSIFICAÇÃO DA ORDEM DE EVACUAÇÃO DE DOENTES



Fluxograma 2 – Fluxograma de Triagem das PSC na UCIP. (Adaptado do Plano Emergência de Incêndios da UCIP, 2019)

Anexo II - Registo diário de Triagem das PSC internadas na UCIP

Data: _____

Turno: _____

	Cama	Nome PSC	Nº Processo Clínico	Zona Refúgio
1º Evacuados	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
2º Evacuados	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
3º Evacuados	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
4º Evacuados	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Triagem efetuada por: _____ **Nº mecanográfico:** _____

(Elaborado por: autor da norma de procedimento. Adaptado de Palácios,2010)

Anexo III-Registo de Intervenções de Enfermagem durante Procedimento de Evacuação

Nome completo: _____		Serviço Origem: _____	
Data nascimento: __/__/____ (colar vinheta, se possível)		Zona Refúgio: _____	
Nº processo: _____		Hora de saída: _____	

Diagnóstico: _____			
Antecedentes Pessoais: _____			
Alergias: _____			

Avaliação da Pessoa em Situação Crítica			
A – Via Aérea			
Permeável?	Secreções: (características)		
Adjuvantes da VA	Tubo orofaríngeo nº _____	Tubo nasofaríngeo nº _____	
	Máscara laringea nº _____	Outro: _____	
VA definitiva	Tubo endotraqueal nº _____ colocado a __/__/____ nível: _____ Traqueostomia nº _____ colocada a __/__/____		
B – Ventilação			
Espontânea	O ₂ suplementar: _____ l/min	ON	MF MV MAD
Suplementar	VNI: Bipap _____ Cipap _____		
	CNAF: _____ l/min; FiO ₂ _____ %		
	VMI: VC/PC/PA _____ PEEP: _____	; FiO ₂ : _____ % ; FR: _____	
Drenagem torácica?			
Gasimetria: pH _____ PaO ₂ _____ PaCO ₂ _____ FIO ₂ _____ HCO ₃ ⁻ _____ Lactatos _____ BE _____			
C – Circulação			
Dispositivos Médicos	Linha arterial via _____ colocada __/__/____ CVC _____ lúmens, via _____ colocada _____/_____ CVP _____ g, via _____ colocado __/__/____		
Hemorragia Ativa? ____ S/N	Transfusão em curso		
Débito urinário _____ ml/h	Algália nº _____ colocada __/__/____		
Técnica Dialítica: _____			
D - Neurológico		E - Exposição	
Consciente Sedado	Temperatura _____ °C		
Agitação psicomotora _____	Fraturas: _____		
Pupilas: _____	Queimaduras: _____		
Convulsão: _____	Pensos: _____		
SOG/SNG/SNJ nº _____, nível _____, colocada __/__/____			
Última dejeção __/__/____			

Registos durante procedimento de evacuação

Sinais Vitais						Outros Parâmetros			
	SpO ₂	FC	FR	TAm	Dor	RASS/GCS	BPS	EtCO ₂	Glic
Hora:									

Perfusões		Outros Fármacos administrados
Fármacos	Ritmo	

Notas Gerais/ Registo de Incidentes

Enfermeiro _____, n.º mecanográfico _____

Enfermeiro recetor _____

Hora chegada à Zona Refúgio: _____ Data: __/__/____

(Elaborado por: autor da norma de procedimento. Adaptado de OM & SPCI, 2023)

Anexo IV – Check-list Medicação

Ampolário					
Medicamentos	Dosagem	Quantidade	Validade	Verificação	
Adenosina	6mg/2ml	6		Sim ☐	Não ☐
Adrenalina	1mg/ml	10		Sim ☐	Não ☐
Amiodarona	150mg/3ml	6		Sim ☐	Não ☐
Atropina	0,5mg/ml	6		Sim ☐	Não ☐
Cetamina	500mg	1		Sim ☐	Não ☐
Diazepam	10mg/2ml	3		Sim ☐	Não ☐
Dinitrato de Isossorbido	10mg/10ml	10		Sim ☐	Não ☐
Dobutamina	250mg	1		Sim ☐	Não ☐
Dopamina	200mg	2		Sim ☐	Não ☐
Etomidato	20mg/10ml			Sim ☐	Não ☐
Flumazenil	0,5mg/5ml	2		Sim ☐	Não ☐
Furosemida	20mg/2ml			Sim ☐	Não ☐
Cloreto Cálcio 10%	20ml	1		Sim ☐	Não ☐
Cloreto de Sódio 0,9%	10ml	4		Sim ☐	Não ☐
Cloreto de Sódio 0,9%	500ml	1		Sim ☐	Não ☐
Glucose 30%	20ml	4		Sim ☐	Não ☐
Hidrocortisona	100mg/2ml	2		Sim ☐	Não ☐
Labetalol	100mg/20ml	2		Sim ☐	Não ☐
Midazolam	50mg/5ml	3		Sim ☐	Não ☐
Fentanilo	0,05mg/ml	1		Sim ☐	Não ☐
Morfina	10mg/2ml	2		Sim ☐	Não ☐
Naloxona	0,4mg/ml	3		Sim ☐	Não ☐
Noradrenalina	10mg/50ml	2		Sim ☐	Não ☐
Propofol 2%	20mg/ml	1		Sim ☐	Não ☐
Rocurónio	10mg/ml	2		Sim ☐	Não ☐

Sugamadez	100mg/2ml	1		Sim ☐	Não ☐
Sulfato	2gr/10ml	1		Sim ☐	Não ☐
Magnésio 20%					
Tiopental	500mg	1		Sim ☐	Não ☐

Elaborado por: autor da norma de procedimento (OM & SPCI, 2023; check-list da mala de transporte da UCIP,2013)

Anexo V – Check-list Mala Transporte

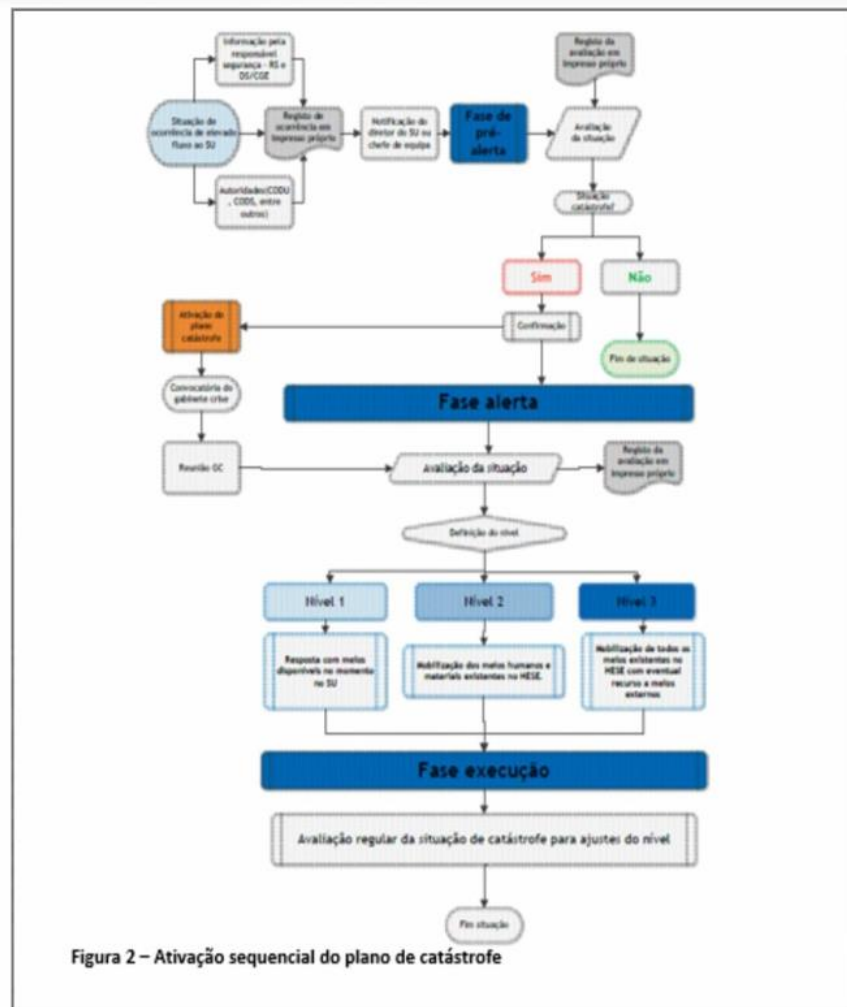
Mala Transporte		
Material de Via Aérea e Ventilação		
	Quantidade	Verificação
Cabo curto de laringoscópio	1	Sim ☐ Não ☐
Lâmina de laringoscópio nº3 e 4	1 cada	Sim ☐ Não ☐
Tubo traqueal nº6 / 6,5 / 7 / 7,5 / 8	1 cada	Sim ☐ Não ☐
Condutor	1	Sim ☐ Não ☐
Máscara Laríngea nº3, 4 e 5	1 de cada	Sim ☐ Não ☐
Fita de nastro	2	Sim ☐ Não ☐
Estetoscópio	1	Sim ☐ Não ☐
Seringa de 10ml	1	Sim ☐ Não ☐
Swivel com traqueia	1	Sim ☐ Não ☐
Pinça de Magill	1	Sim ☐ Não ☐
Tubo nasofaríngeo nº7 e 8	1 de cada	Sim ☐ Não ☐
Tubo orofaríngeo nº2, 3 e 4	1 de cada	Sim ☐ Não ☐
Filtro para insuflador	1	Sim ☐ Não ☐
Máscara de O ₂ com reservatório	1	Sim ☐ Não ☐
Máscara de O ₂ Venturi	1	Sim ☐ Não ☐
Sonda de aspiração nº14 e 16	1 de cada	Sim ☐ Não ☐
Sonda de aspiração rígida (Yankaeur)	1	Sim ☐ Não ☐
Material para Monitorização e Desfibrilhação		
	Quantidade	Verificação
Eléktrods Multifunções	2	Sim ☐ Não ☐
Eléktrods de monitorização cardíaca	1 embalagem	Sim ☐ Não ☐
Gel condutor para desfibrilhação	1	Sim ☐ Não ☐
Lâmina de tricotomia	1	Sim ☐ Não ☐
Rolo de papel de ECG	1	Sim ☐ Não ☐
Material para Administração de Fármacos		
	Quantidade	Verificação
Seringas de 1, 2, 5ml	3 de cada	Sim ☐ Não ☐

Seringas de 10 e 20ml	5 de cada	Sim ☐	Não ☐
Seringas de 50ml	5	Sim ☐	Não ☐
Agulhas de diluição	8	Sim ☐	Não ☐
Agulhas EV, IM, SC	3 de cada	Sim ☐	Não ☐
Catéter venoso periférico nº18, 20, 22	3 de cada	Sim ☐	Não ☐
Catéter venoso periférico nº14 e 16	2 de cada	Sim ☐	Não ☐
Sistema de soro	6	Sim ☐	Não ☐
Torneiras de 3 vias	6	Sim ☐	Não ☐
Prolongamentos de 200cm	6	Sim ☐	Não ☐
Penso de cateter esterilizado	6	Sim ☐	Não ☐
Garrote	4	Sim ☐	Não ☐
Solução alcoólica desinfetante	1	Sim ☐	Não ☐
Compressas esterilizadas 5x5cm	3	Sim ☐	Não ☐
Soro Fisiológico 10ml	5	Sim ☐	Não ☐
Água destilada 10ml	3	Sim ☐	Não ☐
Soro Fisiológico 100ml	3	Sim ☐	Não ☐
Destrose 5% em H ₂ O 100ml	2	Sim ☐	Não ☐
Contentor cortantes	1	Sim ☐	Não ☐
Luvas não esterilizadas M e L	10 de cada	Sim ☐	Não ☐
Luvas esterilizadas nº7 e 8	2 de cada	Sim ☐	Não ☐

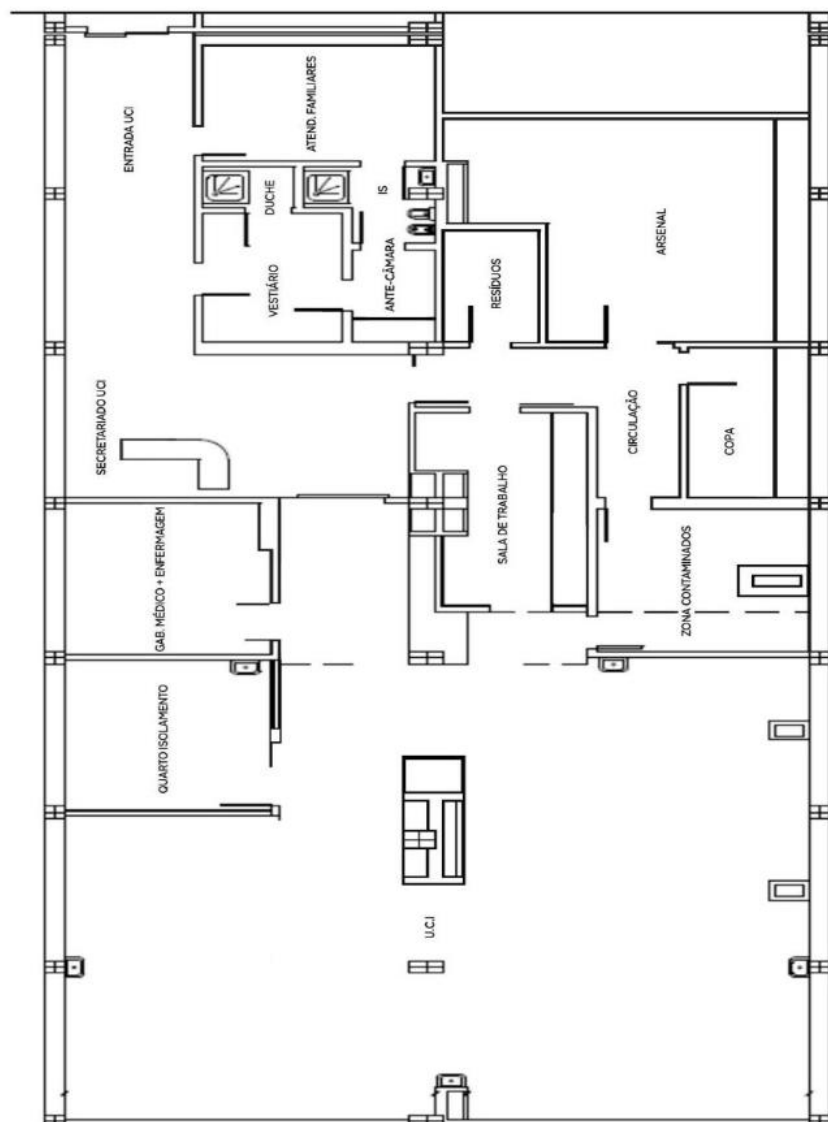
Anexo VI– Check-list verificação de equipamentos

Equipamentos		
	Quantidade	Verificação
Fontes de O ₂ portáteis	8	Sim ☐ Não ☐
Monitor de Transporte ("Bebé")	6	Sim ☐ Não ☐
Monitor/desfibrilhador (Lifepack 15)	1+1(EEMI)	Sim ☐ Não ☐
Ventilador Hamilton C6	4	Sim ☐ Não ☐
Ventilador de transporte Hamilton T1	2	Sim ☐ Não ☐
Ventilador Oxilog Dragger 3000	1	Sim ☐ Não ☐
Insuflador Manual (com válvula PEEP)	8	Sim ☐ Não ☐
Bomba infusora com cabo de alimentação	16	Sim ☐ Não ☐
Seringa infusora com cabo de alimentação	48	Sim ☐ Não ☐
Lanternas	8	Sim ☐ Não ☐
Walkie-talkies	8	Sim ☐ Não ☐
Canetas	8	Sim ☐ Não ☐

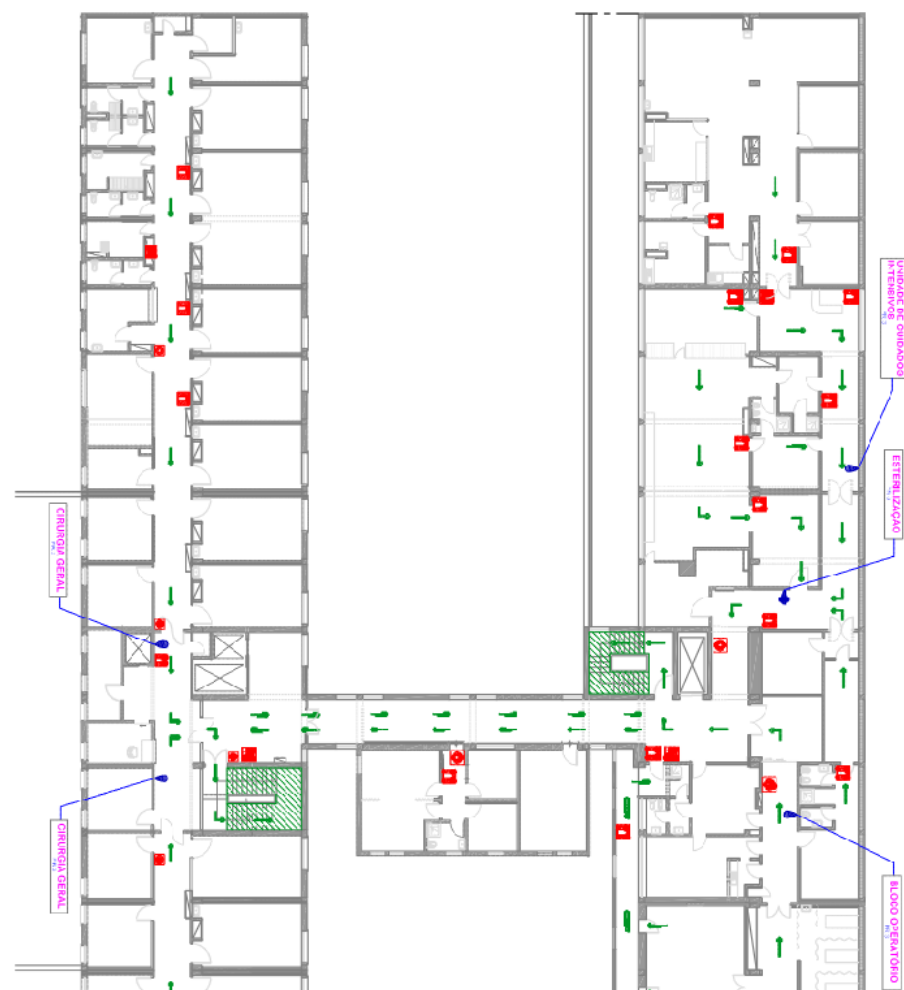
Anexo VII- Ativação do Plano de Catástrofe



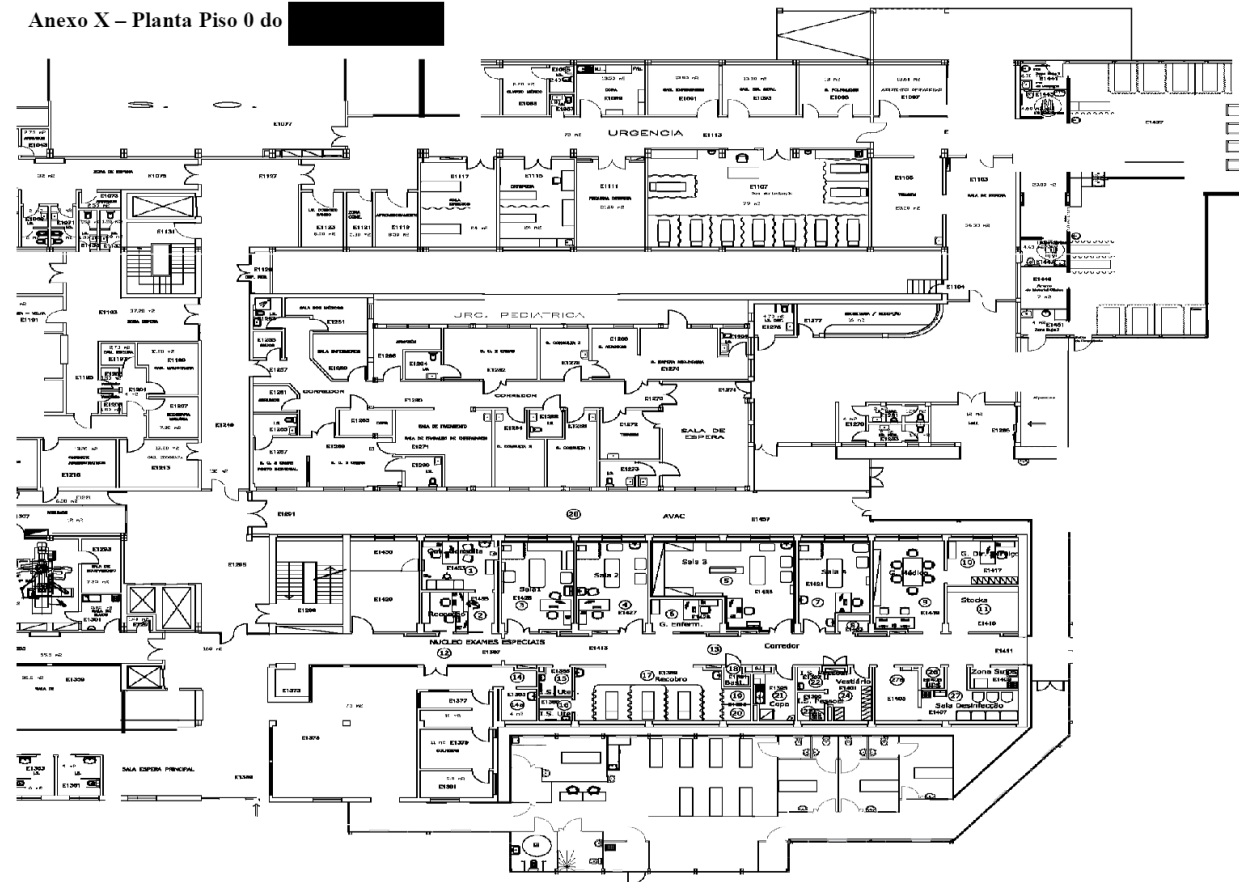
Anexo VIII - Planta UCIP (atualizada) do [REDACTED]



Anexo IX – Planta Piso 2 do [REDACTED] (2015)



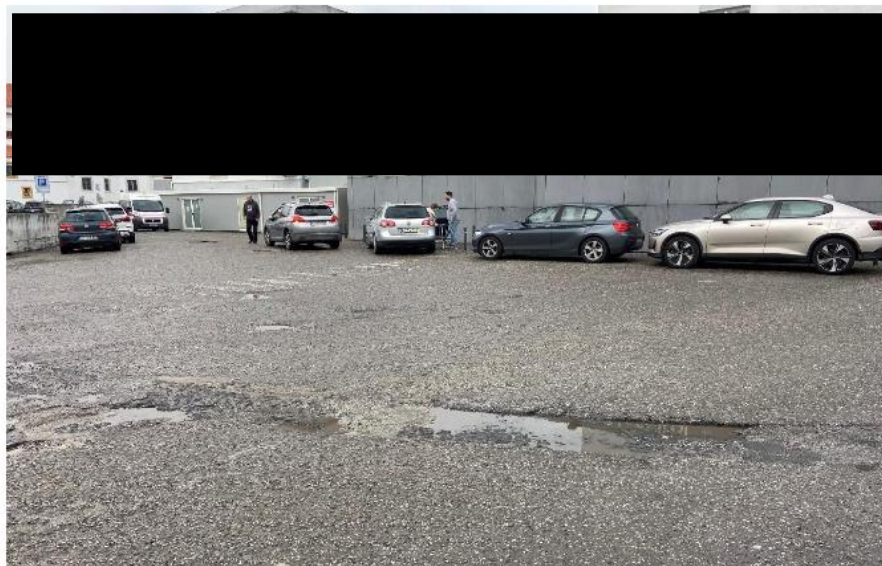
Anexo X – Planta Piso 0 do [REDACTED]



34

Anexo XI – Ponto de Encontro do [REDACTED]

No PEI (2009) do [REDACTED] existem 3 Pontos de Encontro identificados. No entanto, em contexto de evacuação da PSC para exterior do hospital, deve-se dar prevalência ao Ponto de Encontro localizado no átrio do hospital, junto à cabine dos seguranças.



Apêndice IV - Sessão de Formação em Serviço

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Evacuação da Pessoa em Situação Crítica em situação de Emergência/Catástrofe

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Discente: Inês Lopes
Enfª Orientadora:
Docente: Hugo Franco

Janeiro 2024

Objetivo Geral:

Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de emergência/catástrofe, garantindo a segurança da PSC/equipa e a continuidade dos cuidados.

Objetivos Específicos:

- Identificar as condições de risco da UCIP;
- Identificar a necessidade de adaptação dos recursos existentes da UCIP, adequando-os às exigências estabelecidas por lei;
- Definir a estrutura organizativa dos recursos humanos e materiais da UCIP;
- Definir os procedimentos de evacuação a adotar pela equipa multidisciplinar em situação de emergência/catástrofe, garantindo a segurança da PSC/equipa e a continuidade dos cuidados.

Emergência e Catástrofe

Catástrofe - acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida ou tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Crise - resposta a uma situação de emergência que pela sua natureza ou extensão condiciona, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (DGS, 2010).

Emergência e Catástrofe nas unidades de saúde

- ❖ Evento Raro (3,4)
- ❖ Ameaça ao bem-estar das pessoas e equipas multidisciplinares hospitalares (Klokman, V. W, et al., 2021)
- ❖ Causas de evacuação:
 - ❖ Internas (mais comuns);
 - ❖ Externas

Emergência e Catástrofe nas unidades de saúde

❖ **Evento Interno:**

- ❖ acontecimento de início súbito dentro do meio hospitalar;
- ❖ perturba gravemente os serviços diários e rotineiros do hospital;
- ❖ ocorrência de danos na instituição com perda de função parcial ou total de valências (6)

❖ **Causas internas:**

- ❖ incêndios;
- ❖ Sismos;
- ❖ Inundações;
- ❖ Falhas tecnologia informação;
- ❖ Ameaças/ataques terroristas. (5)

Emergência e Catástrofe em UCI

Evacuação de uma UCI:

- ❖ muito complexas
- ❖ envolvem cenários com elevados riscos para a PSC e equipas multidisciplinares.
- ❖ Preparação destas unidades e equipas multidisciplinares:
 - ❖ **Planos de evacuação bem definidos, testados e atualizados**, melhorando a resposta às situações de catástrofe e garantindo a segurança da PSC e continuidade dos cuidados no período de evacuação (3,4,5,6)
 - ❖ **Formação anual com treino prático** (3,5)

Tipos de Evacuação

- ❖ **Total** – evacuação total da área, normalmente associada a situações de maior gravidade;
- ❖ **Parcial** – evacuação de determinado setor ou área localizada;
- ❖ **Horizontal** – evacuação das pessoas e equipa multidisciplinar para zona de refúgio que se encontre no mesmo piso da área a evacuar;
- ❖ **Vertical** – evacuação das pessoas e equipa multidisciplinar para zona refúgio que se encontre num piso diferente da área a evacuar

Emergência e Catástrofe em UCI

- ❖ **Gabinete de Crise [GC]** – órgão de decisão e coordenação da situação de emergência/catástrofe. É formado pelo Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor, Diretor do Serviço de Urgência, Responsável da Comunicação, Responsável dos serviços farmacêuticos, Responsável dos serviços de hotelaria e segurança, Engenheiro e Responsável informático e um ou vários especialistas segundo a origem da catástrofe (DGS, 2010);
- ❖ **Vias de Evacuação** – comunicação horizontal ou vertical que apresenta condições de segurança para a evacuação das pessoas (MAI, 2008);
- ❖ **Zona de Refúgio** – local do edifício que se torna temporariamente seguro para acolher pessoas e que não venham a ser atingidas pela causa de evacuação inicial (MAI, 2008);
- ❖ **Zona de Segurança** – local exterior do edifício, onde se podem reunir as pessoas, de modo a estarem protegidas da causa de evacuação inicial (MAI, 2008).

Riscos Potenciais da UCIP do [REDACTED]

- Incêndio/Explosão;
- Incêndios Urbanos;
- Acidentes industriais;
- Sismo;
- Onda de Calor / Vaga de Frio;
- Ameaça bomba/terrorismo;
- Queda/choque de aeronave(s);
- Inundações (internas à UCIP ou internas ao hospital);
- Contaminação biológica;
- Fugas de gases;
- Derrames de produtos perigosos;
- Falhas no abastecimento de água, eletricidade, gás combustível e/ou gases medicinais;
- Falha do sistema de Unidade de Tratamento de Ar [UTA].

Classificação dos Riscos Potenciais da UCIP do [REDACTED]

		Grau de Gravidade				
		Residual	Reduzido	Moderado	Acentuado	Crítico
Grau de Probabilidade	Elevado					• Onda de calor
	Médio-alto				• Incêndio • Explosão • Vaga de Frio	
	Médio			• Inundações	• Incêndios Urbanos	
	Médio-baixo				• Contaminação Biológica • Acidentes Industriais • Derrames de produtos perigosos • Fugas gases • Falhas abastecimento água, eletricidade, gás, gases medicinais; • Falhas na UTA;	• Sismo
	Baixo					• Choques • Queda de aeronave • Ameaça de Bomba/Terrorismo

Legenda:

Risco Baixo	Risco Moderado	Risco elevado	Risco extremo
-------------	----------------	---------------	---------------

Tabela 1 – Matriz de Hierarquização dos Riscos Potenciais identificados, elaborado por autor da norma de procedimento (adaptado do Plano Distrital de Emergência e Catástrofe - MAI, 2016).

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

- Manter a calma e evitar gritos;
- Proceder à evacuação com rapidez, conduzindo as pessoas para as vias de evacuação, prestando ajuda;
- Não levar objetos pessoais;
- Não voltar atrás para recolher objetos irrelevantes, que caiam no momento de evacuação;
- Promover a ajuda mútua entre a equipa multidisciplinar;
- Não voltar atrás à área evacuada;
- Fechar portas e janelas que se encontrem no caminho da evacuação;
- Acompanhar a(s) pessoa(s) às zonas refúgio ou de segurança;
- Manter a ordem e tranquilidade;
- Após evacuação verificar presença de todas as pessoas evacuadas;
- Manter linhas telefónicas livres e comunicar o fim da evacuação.

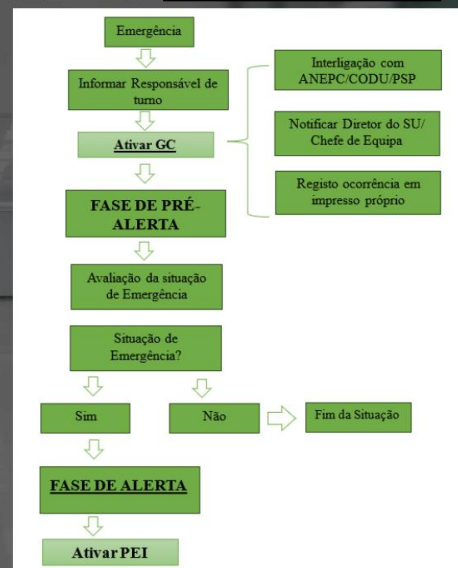
Palácios, et al. (2010)

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

❖ Funções do Chefe de Equipa e Enfermeiro Responsável de Turno:

- ❖ Identificar e validar situação de emergência/catástrofe;
- ❖ Identificar necessidade de ativação do GC;



Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

❖ Funções do GC:

- ❖ Reforçar meios humanos e materiais;
- ❖ Identificar necessidades específicas no procedimento de evacuação;
- ❖ Estabelecer ligação com ANEPC, Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] e Forças de Segurança;
- ❖ Contactar Zonas Refúgio e comunicar evacuação;
- ❖ Se evacuação vertical, estabelecer contacto com bombeiros para transporte das PSC em macas de transporte, através das escadas;
- ❖ Ativar e desativar o plano de emergência.

Nota: Enquanto o GC não estiver ativo e em exercício das suas funções, cabe ao chefe de equipa e ao enfermeiro responsável de turno assumir todas as decisões no procedimento de evacuação.

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

❖ Funções dos Operacionais Responsáveis no terreno (Diretor de Serviço/Enfermeiro responsável de turno e Enfermeiro Gestor do Risco da UCIP):

- ❖ Conhecer plano de emergência interno e externo do [REDACTED]
- ❖ Garantir dotações seguras da equipa médica, de enfermagem e AO;
- ❖ Garantir número de equipamentos necessário ao procedimento de evacuação da PSC;
- ❖ Garantir correto funcionamento dos equipamentos existentes na UCIP necessários ao procedimento de evacuação da PSC

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

- ❖ **Funções dos Operacionais Responsáveis no terreno (Diretor de Serviço/Enfermeiro responsável de turno e Enfermeiro Gestor do Risco da UCIP):**

Durante situação de emergência:

- ❖ Identificar situação de emergência/catástrofe;
- ❖ Avaliar segurança do ambiente clínico;
- ❖ Contactar nº emergência interno **1199** (ou **44**, se incêndio);
- ❖ Distribuir os elementos da equipa multidisciplinar no acompanhamento das PSC e/ou visitas;
- ❖ Priorizar ordem de evacuação: visitas, doentes independentes e doentes dependentes (segundo fluxograma de triagem: **P1**, **P2**, **P3**, **P4**);
- ❖ Requisitar reforços de meios necessários (humanos e/ou materiais) junto do GC;
- ❖ Transmitir orientações à equipa multidisciplinar: tipo de evacuação, vias de evacuação, zonas refúgio;

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

- ❖ **Funções dos Operacionais Responsáveis no terreno (Diretor de Serviço/Enfermeiro responsável de turno e Enfermeiro Gestor do Risco da UCIP):**

Durante situação de emergência:

- ❖ Dirigir e controlar evacuações, sob orientação do GC, se ativado;
- ❖ Contactar Zonas Refúgio e comunicar evacuação, se GC não ativado;
- ❖ Construção de fita de tempo do procedimento de evacuação para posterior análise;
- ❖ Efetuar registo da alocação de cada PSC na respetiva Zona Refúgio, se GC não ativado. (Anexo I)
- ❖ Organizar e fornecer toda a informação ao GC, de modo a ser transmitida pelo Gabinete de Comunicação e Marketing aos familiares das vítimas, meios de comunicação e autoridades.

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

❖ Funções dos Médicos Intensivistas da UCIP

- ❖ Acompanhar e realojar as PSC com prioridade **P2, P3** ou **P4**;
- ❖ Assistência médica às PSC durante evacuação;
- ❖ Assistência médica às PSC evacuadas nas Zonas refúgio;
- ❖ Elaborar diário clínico de cada PSC após evacuação, registando intercorrências durante e após procedimento de evacuação;

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

❖ Funções dos Enfermeiros da UCIP:

- ❖ Identificação da PSC;
- ❖ Equipamento necessário ao procedimento de evacuação;
- ❖ Acompanhar e realojar PSC com prioridade **P1, P2, P3** ou **P4**;
- ❖ Remover dispositivos não essenciais ao suporte vital da PSC;
- ❖ Suspende alimentação entérica;
- ❖ Colocar ventilador e monitor de transporte de forma visível;

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

❖ Funções dos Enfermeiros da UCIP:

- ❖ vigilância hemodinâmica da PSC
- ❖ ter preparada medicação indispensável ao suporte vital da PSC, devidamente identificada para, no mínimo, três horas
- ❖ Documentação (processo clínico), se possível
- ❖ Impresso de registo de intervenções de enfermagem (Anexo II)
- ❖ Quando PSC preparada para evacuação: aspirar SOF e STB (se necessário) e desconectar da prótese ventilatória para ventilador portátil/insuflador manual - se PSC conectada ao ventilador Hamilton C6, colocar fonte de oxigénio portátil e iniciar transporte.

Plano de Evacuação da UCIP do [REDACTED]

Definição de Funções e Responsabilidades

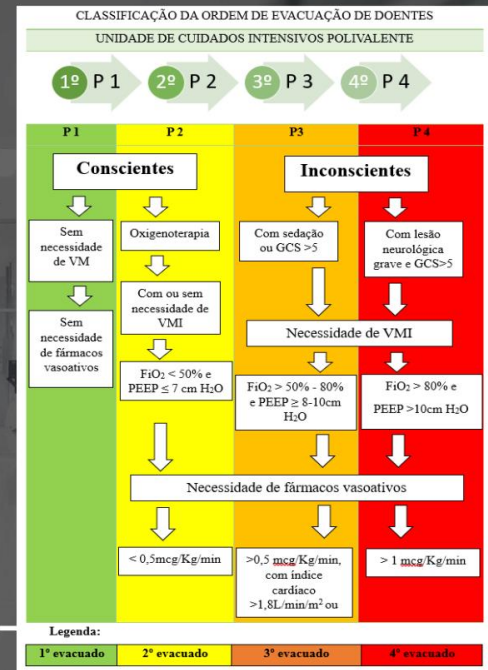
❖ Funções dos Assistentes Operacionais da UCIP:

- ❖ Reunir todo o material existente na unidade do doente;
- ❖ Acompanhar e realojar a PSC;
- ❖ Ajudar no transporte da PSC, dispositivos e material clínico;
- ❖ Garantir assistência nos cuidados à PSC.

❖ Funções do Técnico Administrativo da UCIP:

- ❖ Garantir vias de evacuação desobstruídas;
- ❖ Acompanhar visitas/familiares pelas vias de evacuação até às zonas refúgio.

Triagem da PSC na UCI



Anexo I – Registo Diário de Triagem da PSC internada na UCIP e alocação na Zona Refúgio

Data: _____
Turno: _____

	Cama	Nome PSC	Nº Processo Clínico	Zona Refúgio
1º Evacuados				
2º Evacuados				
3º Evacuados				
4º Evacuados				

Triagem efetuada por: _____ Nº mecanográfico: _____

1º Exercício: Triagem das PSC internadas na UCIP (Piso 2) hoje

Zonas Refúgio

- **Evacuação Vertical:**
 - ❖ **P1:** Serviço de Urgência;
 - ❖ **P2, P3 e P4:** Núcleo de Exames Especiais e Serviço de Hemodinâmica;
- **Evacuação Horizontal**
 - ❖ **P1:** Serviço Cirurgia Geral;
 - ❖ **P2, P3 e P4:** UCCI
- **Evacuação Total do Hospital** – conduzir PSC para o Ponto de Encontro definido no PEI (Anexo III)

Material necessário à evacuação

- ❖ Manual de Boas Práticas (dossier com toda a documentação);
- ❖ Ventiladores de transporte;
- ❖ Insufladores Manuais com válvula Peep;
- ❖ Fontes de oxigénio portáteis;
- ❖ Seringas/bombas infusoras, com respetivos cabos de alimentação;
- ❖ Mala de medicação de transporte;
- ❖ Mochila de transporte com material;
- ❖ Lanternas, walkie-talkies/telefones, canetas/marcadores.

Fluxograma de Evacuação

Fase de Alerta

Identificar a **situação de emergência**;

Contactar **nº de emergência interno nº 1199** (ou nº44, se incêndio) ou betoneira de alarme

Fase de Alarme

Ativação do **GC**, que **define**:

Ambiente não seguro

- Tipo de Evacuação
- Zona Refúgio
- Triagem de Doentes na UCIP
- Vias de Evacuação
- Início e ordem da Evacuação

Fase de Execução

Proceder segundo **prioridade atribuída na triagem**:

- **1º lugar**: evacuar **P1** acompanhados por enfº e AO
- **2ª lugar**: evacuar **P2** acompanhados por médico, enfº e AO
- **3º lugar**: evacuar **P3** acompanhados por médico, enfº e AO;
- **4º lugar**: evacuar **P4** acompanhados por médico, enfº e AO

- ❖ **Prioridade:** Segurança dos profissionais e doentes;
- ❖ Sistema informático de triagem acoplado no BSimple^R
- ❖ Priorizar evacuação total/parcial horizontal;
- ❖ Priorizar o uso dos ventiladores Hamilton C6 com fonte de oxigénio portátil;
- ❖ Se PSC conectado a prótese ventilatória com PEEP ≤ 7 mmHg, ventilar com insuflador manual com válvula PEEP;
- ❖ Se evacuação vertical, o GC deverá agilizsar meios de apoio;
- ❖ Em situação de catástrofe, que condicione a segurança da estrutura do E.P.E., ativar Plano de Catástrofe.

Nome completo: _____		Serviço Original: _____	
Data nascimento: ____/____/____ (colar violado, se possível)		Zona Religio: _____	
Nº processo: _____		Hora de saída: _____	
Diagnóstico: Antecedente/Pessoal: _____ Alergias: _____			
Avaliação da Pessoa em Situação Crítica			
A - Via Aérea			
Pneumotórax? _____		Secções: _____	
Adjuvante da VA _____		Tubo orofaríngeo n° _____	
		Tubo nasofaríngeo n° _____	
		Máscara laríngea n° _____	
		Tubo endotraqueal n° _____ colocada a _____	
		nível: _____	
		Traqueostomia n° _____ colocada a ____/____/____	
B - Ventilação			
Expositura _____	O ₂ suplementar: _____	Um: On _____	MP _____ MV _____ MAD _____
Suplementar _____	VNI: BIPAP _____	CPAP _____	
	CNAF: _____	Umie: FIO ₂ _____	
	VNI: VC/PC/PA _____	PEEP: _____	FIO ₂ _____ %; FR: _____
Broncopneumotórax? _____			
Gastrintra: pH _____ PaO ₂ _____ PaCO ₂ _____ FIO ₂ _____ HCO ₃ _____ Lactato _____ BE _____			
C - Circulação			
Dispositivos Médicos _____		Linha arterial via _____ colocada ____/____/____	
		CVC _____	
		Hemio: via _____ colocada ____/____/____	
		CVP _____	
		n° _____ via _____ colocada ____/____/____	
		Transfusão em curso _____	
Hemorragia Atrial? S/N _____		Algália n° _____ colocada ____/____/____	
Diálise extrínseca: ml/h _____			
Técnica Dialítica: _____			
D - Neurologia			
Consciente: ☐ Sedado ☐		E. Expositivo _____	
Agitação psicomotora: ☐		Temperatura _____ °C	
		Faturar: _____	
		Comunicação: _____	
Pupila: _____		Pensar: _____	
Convulsão: _____			
SOG-SNG-SNU n° _____			
nível: _____ colocada ____/____/____			
Última dejeção: ____/____/____			

[illegible]

Anexo III – Ponto de Encontro



Simulação

Table on Top

Caso nº 1

Inundação

Local: UCIP, Piso 2. **Data:** 10/01/2024 **Turno:** Manhã

Lotação: 6 doentes

Situação: Chuva intensa em [REDACTED], com ventos fortes. Inundação nas unidades das camas 1,2 e 3.

Serviço de Instalações e Equipamentos: Não é possível resolver a situação enquanto estiver a chover.

Os responsáveis de turno (chefe de equipa, enfermeiro chefe/responsável de turno e enfº responsável pela gestão de risco) definem que a área, por enquanto, é segura, mas é necessário evacuar as pessoas da cama 1, 2 e 3, para se proceder à reparação, evitar risco de avarias nos equipamentos e garantir a segurança das pessoas em situação crítica.

Caso nº 2

Explosão

Local: UCIP, Piso 2.

Data: 10/01/2024

Turno: Manhã

Lotação: 6 doentes

Situação: Cerca das 11h30 ocorreu uma explosão no Serviço de Patologia Clínica do [REDACTED]

Foi necessário ativar Gabinete de Crise que, após avaliação do cenário declarou que a estrutura física da UCIP (piso 2) não é segura, sendo necessária uma evacuação total de todos os doentes internados.

Caso nº 3

Local: UCIP, Piso 2.

Data: 10/01/2024

Turno: Manhã

Lotação: 6 doentes

Situação: Às 11h30 da manhã, verifica-se um curto-circuito seguido de incêndio na máquina das arrastadeiras, na sala de contaminados. O incêndio atingiu apenas a máquina afetada, pois o enfº responsável de turno conseguiu extinguir as chamas com o extintor do serviço. No entanto verifica-se a existência de muito fumo em toda a área da UCI do piso 2, com necessidade de evacuar os doentes internados.

Referências Bibliográficas

1. Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2019). Avaliação Nacional de Risco, 1ª atualização – julho 2019, ANEPC - Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (prociv.gov.pt);
2. Câmara Municipal [REDACTED] (2022) Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de [REDACTED] - versão 02.4, julho de 2022 Microsoft Word - PME [REDACTED] 2022 DP (cm-[REDACTED].pt);
3. Direção Geral de Saúde. (2010). Guia Geral Para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Lisboa. Portugal. Ministério da Saúde;
4. Gray, M. M., Thomas, A. A., Burns, B., Umoren, R. A. (2020) Evacuation of Vulnerable and Critical Patients, Multimodal Simulation for Nurse-Led Patient Evacuation. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare 15(6). p. 382-387, DOI: 10.1097/SIH.000000000000045;

Apêndice V - Plano da Sessão de Formação

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ESTÁGIO FINAL		SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica na UCIP, em situação de emergência/catástrofe		DATA: 10 de Janeiro de 2024		
• OBJETIVO GERAL: Capacitar a equipa multidisciplinar da UCIP na resposta a uma situação de emergência/catástrofe, garantindo a segurança da PSC/equipa e a continuidade dos cuidados.						
PÚBLICO-ALVO: Equipa Multidisciplinar da UCIP do [REDACTED]			HORÁRIO: 11H30		LOCAL: [REDACTED]	
FORMADOR: Inês Lopes		SUPERVISÃO: [REDACTED] Enfermeiro Especialista		ORIENTAÇÃO: Professor Hugo Franco		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS E MATERIAIS DIDÁTICOS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	TEMPO PREVISTO	ESTRATÉGIA AVALIAÇÃO
• Identificar as condições de risco da UCIP; • Identificar a necessidade de adaptação dos recursos existentes da UCIP, adequando-os às exigências estabelecidas por lei; • Definir a estrutura organizativa dos recursos humanos e materiais da UCIP; • Definir os procedimentos de evacuação a adotar pela equipa	• Definição de termos utilizados em situação de emergência/catástrofe (crise, acidente grave, tipos de evacuação, zonas refúgio) • Identificação de riscos da UCIP e a sua classificação, quanto à probabilidade de ocorrência e gravidade; • Definição das responsabilidades de cada profissional da equipa multidisciplinar; • Fluxograma de Triagem; • Fluxograma de atuação; • Documentos de registos;	Expositivo	• Computador • Projetor • Plantas de emergência • Figuras	Formação tipo palestra Simulação "table on top"	1 hora e 30 minutos	Grelha de avaliação construída para analisar prestação da equipa multidisciplinar na prática simulada

multidisciplinar em situação de emergência/catástrofe, garantindo a segurança da PSC/equipa e a continuidade dos cuidados.						
--	--	--	--	--	--	--

Apêndice VI - Exercícios de Simulação “*table on top*”

Caso 1

Local: UCIP, Piso 2. **Data:** 10/01/2024 **Turno:** Manhã

Lotação: 5 doentes

Situação: Chuva intensa e [REDACTED], com ventos fortes. Nas janelas das camas 1, 2 e 3, começou a chover, verificando-se presença de água nas paredes e chão das respetivas unidades dos doentes. Foi contacto Serviço de Instalações e Equipamentos, e um técnico avaliou a situação. Não é possível resolver a situação enquanto estiver a chover.

Os responsáveis de turno (chefe de equipa, enfermeiro chefe/responsável de turno e enf^o responsável pela gestão de risco) definem que a área, por enquanto, é segura, mas é necessário evacuar as pessoas da cama 1, 2 e 3, para se proceder à reparação, evitar risco de avarias nos equipamentos e garantir a segurança das pessoas em situação crítica.

Verifica-se que:

- UCCI – está lotada, com doentes pós-cirúrgicos;
- UCIP do Piso 4 – tem 3 vagas.

Em equipa definir quem forma o Gabinete de Crise (se necessário), quem são os Responsáveis no terreno (Chefe de equipa/Enf^o responsável de turno), os Enfermeiros de turno e Assistentes Operacionais.

Discutir caso em equipa e definir procedimentos.

Questões orientadoras:

- Tipo de evacuação?
- Vias de evacuação?
- Zonas Refúgio?
- Como proceder à evacuação, tendo em conta a triagem efetuada?

Caso 2

Local: UCIP, Piso 2. **Data:** 10/01/2024 **Turno:** Manhã

Lotação: 5 doentes

Situação: Cerca das 11h30 ocorreu uma explosão no Serviço de Patologia Clínica do [REDACTED]

Foi necessário ativar Gabinete de Crise que, após avaliação do cenário declarou que a estrutura física da UCIP (piso 2) não é segura, sendo necessária uma evacuação total dos doentes internados.

Em equipa definir quem forma o Gabinete de Crise, quem são os Responsáveis no terreno (Chefe de equipa/Enfº responsável de turno), os Enfermeiros de turno e Assistentes Operacionais.

Discutir caso em equipa e definir procedimentos.

Questões orientadoras:

- Tipo de evacuação?
- Vias de evacuação?
- Zonas Refúgio?
- Como proceder à evacuação, tendo em conta a triagem efetuada?

Caso 3

Local: UCIP, Piso 2. **Data:** 10/01/2024 **Turno:** Manhã

Lotação: 5 doentes

Situação: Às 11h30 da manhã, verifica-se um curto-circuito seguido de incêndio na máquina das arrastadeiras, na sala de contaminados. O incêndio atingiu apenas a máquina afetada, pois o enf^o responsável de turno conseguiu extinguir as chamas com o extintor do serviço. No entanto verifica-se a existência de muito fumo em toda a área da UCI do piso 2, com necessidade de evacuar os doentes internados.

Em equipa definir quem forma o Gabinete de Crise, quem são os Responsáveis no terreno (Chefe de equipa/Enf^o responsável de turno), os Enfermeiros de turno e Assistentes Operacionais.

Discutir caso em equipa e definir procedimentos.

Questões orientadoras:

- Tipo de evacuação?
- Vias de evacuação?
- Zonas Refúgio?
- Como proceder à evacuação, tendo em conta a triagem efetuada?

Apêndice VII - Grelhas de Auditoria

Norma de Auditoria de Simulacro

Procedimento de Evacuação da PSC na UCIP do [REDACTED], em Situação de Emergência/Catástrofe	
Data:	Responsável do Serviço:

	C	NC	OM
1. O profissional de saúde (Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno) identifica a situação de emergência/catástrofe.			
2. O profissional de saúde (Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno) comunica a situação de emergência à equipa multidisciplinar.			
3. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno avalia segurança do ambiente clínico.			
4. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno avalia a segurança da equipa multidisciplinar e PSC.			
5. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno comunica a situação de emergência através do número de emergência interno.			
6. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno avalia a necessidade de ativação do GC.			
7. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno estabelece comunicação eficaz com GC, se ativado.			
8. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno estabelece comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar no terreno.			
9. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno estabelece comunicação eficaz com GC e equipa multidisciplinar no terreno.			
10. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno efetua a triagem das PSC internadas, definindo ordem de evacuação da PSC.			

11. O profissional de saúde garante correta identificação da PSC.			
12. O Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno ou GC contactam zonas refúgio.			
13. O profissional de saúde organiza o material e equipamentos necessários para a evacuação de cada PSC.			
14. O profissional de saúde prepara a PSC para transporte e suspende terapias em curso não essenciais ao suporte vital da PSC.			
15. O profissional de saúde aspira SOF e STB, se necessário, desconecta PSC do ventilador (se necessário) e conecta a ventilador de transporte ou garante ventilação através de insuflador manual.			
16. O profissional de saúde inicia evacuação, após indicação do Chefe de equipa/enfermeiro responsável de turno, mantendo o mesmo nível de monitorização dos parâmetros hemodinâmicos.			
17. O profissional de saúde gere terapêutica continua garantindo estabilidade hemodinâmica da PSC.			
18. O profissional de saúde demonstra comunicação eficaz, utilizando metodologia ISBAR, e comunica em circuito fechado.			
19. O profissional de saúde acompanha a PSC até à zona refúgio, instala-a no local definido, estabiliza-a hemodinamicamente, retoma terapêuticas e técnicas suspensas durante o procedimento de evacuação, se possível			
20. O profissional de saúde efetua os registos em impresso próprio de todas as ocorrências no momento da evacuação.			

Indicador: Taxa de Conformidade

Nº de critérios conforme

_____ x 100 = %

Nº de critérios aplicáveis

Norma de Auditoria do Plano de Emergência Interno da UCIP				
Data:		Responsável do Serviço:		
		C	NC	OM
1. Existe Plano de Emergência Interno do [REDACTED] atualizado.				
2. Existe Plano de Emergência Interno da UCIP do [REDACTED] E.P.E. atualizado.				
3. O Plano de Emergência Interno da UCIP contém procedimentos simples, de fácil compreensão, para todos os membros da equipa multidisciplinar.				
4. O Plano de Emergência Interno da UCIP inclui o procedimento de ativação do GC.				
5. O Plano de Emergência Interno da UCIP define as responsabilidades dos profissionais que coordenam a gestão da emergência/catástrofe.				
6. O Plano de Emergência Interno da UCIP articula-se com o Plano de Emergência Interno do [REDACTED] e Plano de Catástrofe Externo.				
7. O Plano de Emergência Interno da UCIP define os diferentes tipos de evacuação (total/parcial, horizontal/vertical).				
8. O Plano de Emergência Interno da UCIP define as vias de evacuação existentes.				
9. O Plano de Emergência Interno da UCIP define as zonas refúgio para alocação das pessoas evacuadas (visitas/equipa multidisciplinar/PSC).				
10. O Plano de Emergência Interno da UCIP define ordem de evacuação (triagem) de todas as pessoas que se encontrem no serviço.				
11. O Plano de Emergência Interno da UCIP define os membros da equipa multidisciplinar que acompanham a evacuação da PSC.				
12. O Plano de Emergência Interno da UCIP define procedimentos de segurança para a equipa				

multidisciplinar/PSC (ex.: fechar portas e janelas à medida que as zonas são evacuadas, uso de extintores, cortes de energia/gases/água).			
13. O Plano de Emergência Interno da UCIP define o material/equipamento/fármacos necessários ao procedimento de evacuação da PSC em situação de emergência/catástrofe.			
14. O Plano de Emergência Interno da UCIP define o tipo de comunicação a adotar em situação de emergência e catástrofe.			
15. O Plano de Emergência Interno da UCIP define os diferentes meios de comunicação a utilizar em situação de emergência e catástrofe.			
16. O Plano de Emergência Interno da UCIP possui impressos de registo próprios a utilizar no procedimento de evacuação da PSC em situação de emergência/catástrofe.			
17. O Plano de Emergência Interno da UCIP contém as plantas de emergência dos diferentes pisos e serviços atualizadas.			
18. Existe de dossier da Qualidade em Emergência e Catástrofe impresso e em formato digital para consulta rápida.			
19. Existem equipamentos e material necessários à evacuação total da UCIP, em situação de emergência/catástrofe.			
20. Existe plano de formação e treino anual da equipa multidisciplinar, relativamente ao Plano de Emergência Interno da UCIP.			
21. O Plano de Emergência Interno da UCIP inclui procedimentos que garantam a segurança da equipa multidisciplinar, visitas e PSC.			
Responsável de Serviço:	Data:		

Indicador: Taxa de Conformidade

Nº de critérios conforme

_____ x 100 = %

Nº de critérios aplicáveis

Grelha de Auditoria aos Indicadores de Processo e Estrutura				
Data:		Responsável do Serviço:		
		C	NC	OM
1. Existe Norma de Procedimento interna da UCIP sobre a evacuação da PSC em situação de emergência/catástrofe, validada pelo Conselho de Administração.				
2. Existem plantas de emergência atualizadas dos diferentes serviços e pisos do [REDACTED]				
3. Existem plantas de emergência luminosas afixadas de forma visível, nos diferentes locais da UCIP e [REDACTED]				
4. Existem fluxogramas de evacuação da UCIP afixados e bem visíveis na UCIP.				
5. No edifício do [REDACTED] existe sinalização de emergência colocada ao longo das diferentes vias de evacuação.				
6. Existe Plano de Formação Interno da UCIP que contemple formação e treino anual de evacuação da PSC em situação de emergência/catástrofe.				
7. Existe grupo de trabalho responsável pela área da emergência e catástrofe na UCIP.				
8. Existe atualização da norma de procedimento pelo grupo de trabalho responsável da área da emergência e catástrofe da UCIP.				
Responsável de Serviço:		Data:		

Indicador: Taxa de Conformidade

Nº de critérios conforme

_____ x 100 = %

Nº de critérios aplicáveis

Referências Bibliográficas

1. Gray, M. M., Thomas, A. A., Burns, B., Umoren, R. A. (2020) Evacuation of Vulnerable and Critical Patients, Multimodal Simulation for Nurse-Led Patient Evacuation. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* 15(6). p. 382-387, DOI: 10.1097/SIH.000000000000045;
2. Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P. & Taft, D. (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: For use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society. *Anaesthesia*, 76(10), 1377-1391 <https://doi.org/10.1111/anae.15511>

Apêndice VIII - Resumo de Poster a Concurso

TÍTULO:

Evacuação da PSC em situação de Emergência/Catástrofe numa UCI

AUTORES:

• Lopes, Inês Guerra - Enfermeira, Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, U.L.S.A.ALE., E.P.E., email: inesguerralopes@hotmail.com

• Franco, Hugo - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, email: hugo.franco@ess.ips.pt

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Plano de emergência, Catástrofe, Evacuação.

Introdução: A necessidade de evacuar uma Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], parcial ou totalmente, é um evento raro, mas repleto de desafios e dificuldades.^{3,4} As evacuações das UCIs são muito complexas e envolvem cenários com elevados riscos para a Pessoa em Situação Crítica [PSC] e equipas multidisciplinares.⁴ Torna-se necessário a preparação destas unidades e dos seus profissionais, baseada em planos de evacuação bem definidos, testados e atualizados, melhorando a resposta às situações de catástrofe e garantindo a segurança e continuidade dos cuidados prestados à PCS no período de evacuação.^{4,5,6,7}

Objetivo: Descrever as intervenções de enfermagem no procedimento de evacuação da PSC, em situação de emergência/catástrofe, numa UCI, garantindo a segurança da PSC e a continuidade dos cuidados.

Materiais e Métodos: Realizada revisão integrativa da literatura, de acordo com Whittemore e Knalf (2005), partindo da questão de investigação: **Quais as intervenções**

de enfermagem a realizar no procedimento de evacuação da PSC, em situação de emergência/catástrofe numa UCI?

Foi realizada pesquisa na base de dados EBSCO, que inclui recursos como a CINAHL Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE, entre 2016 e 2023. Foram eleitos 6 artigos de acordo com os critérios apresentados.

Resultados: Os enfermeiros devem ser capazes de identificar uma situação de emergência, avaliando o cenário, identificando os perigos e monitorizando a PSC, bem como organizar o material e equipamentos necessários ao transporte e evacuação da PSC de forma segura^{4,5}.

A existência de material devidamente organizado em mochilas de transporte, com respetivas check-list de verificação, permitem um melhor desempenho das equipas multidisciplinares no momento de evacuação.^{4,5,9}

No que diz respeito à evacuação da PSC, verifica-se a importância de uma triagem que priorize a ordem de evacuação das PSC. O sistema de triagem vem definir a ordem de evacuação da PSC que, ao necessitar de menor suporte vital, apresentará maior probabilidade de sobrevivência ^{4,5,7}.

A evacuação da PSC deve dispor de acompanhamento médico e de enfermagem, com monitorização da PSC, fármacos de emergência e um monitor/desfibrilhador, mobilizando a PSC, sempre que possível na sua própria cama.

As UCI devem cumprir as dotações seguras, garantindo uma evacuação segura em situação de emergência.⁴

Conclusões: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na PSC, tem como competência dinamizar a resposta a situações de emergência/catástrofe, sendo responsável pela conceção e atualização dos planos de emergência, liderando situações de emergência e definindo as ações a desenvolver. Neste contexto, os enfermeiros têm um papel fundamental no cuidado à PSC, tornando-se responsáveis por procedimentos na evacuação. Devem ter conhecimentos prévios sobre os planos de emergência existentes, a avaliação inicial de uma situação de emergência, a avaliação geral da PSC, ferramentas comuns de comunicação de cuidados e procedimentos de evacuação.³

Cada UCI deve ter um Plano de Emergência Interno personalizado, que se aplique a diversas causas de emergência, com necessidade de evacuação da PSC, que deve ser revisto e atualizado regularmente.^{4,5,6}

Torna-se necessário formar as equipas multidisciplinares e colocá-las em situação de prática simulada, onde lhes seja permitido praticar os procedimentos em situação de necessidade de evacuação.^{3,6,9}

Referências Bibliográficas:

1. Al-Maaitah, R., Conlan, L., Gebbie, K., Hutton, A., Langen, J. C., Loke, A., McClelland, A., Oweis, A., Qureshi, K., Teinila, V., Veenema, T., Vlasich, C. & Yamamoto, A., (2019). Core Competencies in Disaster Nursing. International Council of Nurses., version 2.0 [ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf](#)
2. Direção Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017 de 08 de fevereiro [norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
3. Gray, M. M., Thomas, A. A., Burns, B., Umoren, R. A. (2020) Evacuation of Vulnerable and Critical Patients, Multimodal Simulation for Nurse-Led Patient Evacuation. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* 15(6). p. 382-387, DOI: 10.1097/SIH.000000000000045;
4. Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P. & Taft, D. (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: For use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society. *Anaesthesia*, 76(10), 1377-1391 <https://doi.org/10.1111/anae.15511>
5. Kolibay, F., Kribs, A., Trieschmann, U., Mehler, K., Boettiger, B. W., & Eifinger, F. (2019). Evacuação de uma unidade de terapia intensiva neonatal e unidade de cuidados intermediários. *Notfall+ Rettungsmedizin*, 22, 635-641. <https://doi.org/10.1007/s10049-019-0575-3>
6. Klokman, V. W., Barten, D. G., Peters, N. A. L. R., Versteegen, M. G. J., Wijnands, J. J. J., van Osch, F. H. M., Gaakeer, M. I., Tan, E. C. T. H., & Boin, A. (2021). A scoping review of internal hospital crises and disasters in the Netherlands, 2000-2020. *PloS One*, 16(4), e0250551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250551>

7. Palácios, M., Lorenzo Torrent, R., Martín García, J. A., & Carrasco De Miguel, V. (2010). A triage system for evacuating critical patients before na eventual disaster. *Revista de Calidad Asistencial, Organo de La Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 27(1), 65-66. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.07.007>

8. Whittemore, R. Knalf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Methodological Issues in Nursing Research*, 52(5), 546-553. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)

9. Zell, L., Blake, C., Brittingham, D., Brown, A.-M., & Soghier, L. (2019). Simulation Prepares an Interprofessional Team to Evacuate a 60-Bed Level 4 Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(3), 253-259. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000430>

Apêndice IX - Plano de Cuidados Avançado

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Plano de Cuidados

Nome do Estudante Inês Guerra Lopes	Ano/semestre 2º Ano/ 1º semestre	Ano Letivo 2023/2024
Local de Ensino Clínico/Estágio UCIP – [REDACTED]		Docente: Hugo Franco

Nome da Pessoa R.M., 46 anos Pessoa que deu entrada na UCIP no dia 24.11.2023 por choque séptico refratário de etiologia a esclarecer, transferido do Hospital de [REDACTED]. Apresenta ferida na região plantar do pé esquerdo, com sinais inflamatórios do pé que se estendem até ao joelho. Apresenta também eritema na região do tórax, abdómen e toda a região dorsal, sem prurido associado. Tem antecedentes de HTA e litíase renal. Sem alergias conhecidas. Refere ter feito uma pequena lesão aberta na região plantar esquerda há 15 dias, com agravamento dos sinais inflamatórios no membro inferior. É praticante de taekwondo, que pratica descalço, e é funcionário de escritório no aterro sanitário de Beja. À entrada na UCI, calmo, consciente e orientado, em respiração espontânea, mista, regular, de média amplitude, em ar ambiente com SpO2 93-100%, apresentando ligeira taquipneia. Hemodinamicamente estável, monitorizado electrocardiograficamente com traçado cardíaco de base sinusal, mas taquicárdico, normotenso sob noradrenalina a 22cc/h. Febril (38°C). Vem algaliado com sonda de silicone nº18, apenas com vestígios de urina concentrada no tubo coletor. Traz Cateter Venoso Central [CVC] na veia subclávia direita, de 3 lumens, onde perfunde polieletrólítico 1000ml + 3f de KCl a 125cc/h. Tem também acesso venoso periférico nº 18 na mão esquerda, obturado e salinizado. Feita colheitas de zaragatoas para Gram - e MRSA, que seguiram para laboratório. Iniciadas manobras para colocação de linha arterial na umeral esquerda, tendo sido colhido um par de hemoculturas.
--

Às 21h15 fez 600mg de clindamicina e posteriormente foi administrado um bôlus de 1000ml de polieletrólítico, seguido de uma perfusão de polieletrólítico simples a 84cc/h e polieletrólítico glucosado a 63cc/h. Foi também administrado 1f de bicarbonato de sódio 1,8% a 200cc/h. Mantinha febre de 39°C, fez 1f de nolotil endovenoso.

Às 22h30 foi administrado bôlus de 1000ml de lactato de ringier em manga de pressão e 1000ml de polieletrólítico simples. A PSC refere queixas vesicais, mantendo-se em anúria. Feita ecografia que confirma correto posicionamento do cateter vesical e ausência de urina.

Às 23h30 foi administrado 150mg de azul de metileno.

Às 24h inicia dextor a 5cc/h.

Durante o período noturno apresenta agravamento do estado hemodinâmico. Cerca das 3h inicia manobras para colocação de CVC de diálise na femoral direita. Inicia técnica dialítica HDFVVC com heparina: dialisante 2000cc/h; reposição 1500cc/h; K⁺ 4mEq/l; 100cc de bicarbonato 8,4%; Ultrafiltrado 0; velocidade de bomba 220cc/h.

Cerca das 7h é feita intubação endotraqueal com TET n°8, que fica ao nível de 26cm ao lábio, e conectado a prótese ventilatória, em modalidade controlada com Pc 16, PEEP 9, Fi 60% e FR 14c/min. Sedoanalgesia com propofol 1gr a 5cc/h e fentanil 500mcg a 4cc/h. Apresenta valor de RASS -5, BPS 3. Colocada sondanasogástrica [SNG] e inicia nutrição entérica polimérica isocalórica a 20cc/h.

Inicia manobras para colocação de linha de PICCO na femoral direita.

Com o passar das horas apresenta agravamento dos valores de lactato sérico, e isquemia das extremidades.

Às 11h fez paragem cardiorrespiratório [PCR] com atividade elétrica sem pulso [AEsP], que reverte no primeiro ciclo de suporte avançado de vida [SAV] com a administração de adrenalina 1mg ev. Fica com SNG em drenagem passiva. Fez TAC tórax/abdómen e pélvico.

Às 18h observa-se um agravamento franco da má perfusão cutânea generalizada.

No dia 26.11 a PSC fica ao nosso cuidado no turno da manhã. A hipótese diagnóstica é um choque misto (sético e hipovolémico, não hemorrágico) com insuficiência respiratória parcial, miocardite séptica com necrose miocárdica, falência hepática, coagulação intravascular disseminada, rabdomiólise e suspeita de necrólise epidérmica tóxica.

Mantém sedoanalgesia com propofol e fentanil, com RASS -5 e BPS 3. Não reativo à voz, nem a manobras. Com valores de RASS inferiores a -3, não é possível avaliar presença de delírio, através da escala CAM-ICU.

No que diz respeito ao exame físico apresenta má perfusão generalizada agravada, com necrose do nariz, lábios, língua, orelhas, mãos e pés. Apresenta flictenas extensas em toda a superfície corporal, com pele muito friável, a fazer descolamentos de pele extensos com muita facilidade. Apresenta edemas generalizados, com perda de líquido extra celular em grande quantidade pelas inúmeras flictenas.

Mantém-se conectado a prótese ventilatória, mantendo os parâmetros iniciais, com SpO₂ 95-97%. Houve necessidade de aspirar SOF, que se apresentam hematizadas espessas, em moderada quantidade, e STB hematizadas velhas com presença de coágulos, em moderada quantidade.

A nível hemodinâmico mantém taquicardia sinusal, normotenso sob NA a 18cc/h, e febril. Retomou AE a 20cc/h, sem resíduos nas 2 avaliações do turno.

Mantem drenagem vesical funcionante com urina castanha, com baixos débitos urinários (5cc/h) e HDFVVC, com os mesmos parâmetros descritos anteriormente. Apresentou várias dejeções de fezes líquidas pretas, pelo que foi colocada sonda de incontinência fecal, para evitar contacto das fezes com as lesões extensas cutâneas que apresenta.

No início do turno foi feita higiene no leito, com ajuda total, utilizando-se técnica asséptica. Foram colocados EPI's estéreis para prestar cuidados à PSC. Utilizada água tépida com sabão neutro e compressas esterilizadas para remoção de grande parte do tecido desvitalizado, resultante das flictenas. Posteriormente, foram feitos pensos de proteção com compressas esterilizadas e gaze gorda, em ambos os membros inferiores e superiores, com bastantes compressas para absorção do exsudado abundante. O leito foi coberto com lençóis de queimados esterilizados, sob e sobre a PSC. No final da higiene procedeu-se à transferência da PSC para o quarto de isolamento, de modo a promover a proteção da PSC de agentes patogénicos a que se encontra exposto no *openspace* da UCIP.

No final do turno foram administrados 2 pool de plaquetas e 2 unidades de plasma, e inicia HDFVVC com filtro de sépsis.

Feita biópsia da derme e epiderme pela equipa de cirurgia plástica que se descolou à UCIP para observar a PSC.

Data Início	24-11-2023
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Troca de gases comprometida	1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.6 — Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico -cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem -estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados. 1.2.2 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; 1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; 1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal estar 1.3.6 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica; 1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas; 2.1.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos;
Resultados Esperados	
Ventilação Eficaz	
Trocias gasosas efetivas	
Intervenções de enfermagem	
1. Otimizar ventilação mecânica invasiva; 2. Vigiar adaptação ao ventilador; 3. Avaliar características da ventilação; 4. Manter cabeceira do leito a 30°, evitando momentos de posição supina;	

5. Monitorizar nível do TET;
6. Verificar necessidade de aspiração da cavidade oral e/ou traqueal;
7. Aspirar secreções, sempre que necessário;
8. Utilizar a menor pressão de aspiração necessária para remover as secreções;
9. Monitorizar parâmetros hemodinâmicos antes, durante e após procedimento de aspiração;
10. Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração;
11. Monitorizar etCO_2 e SpO_2 de forma contínua;
12. Avaliar capnografia em forma de onda;
13. Monitorizar e registar, no processo de enfermagem, os parâmetros ventilatórios.

Resultado de Enfermagem

- A VMI melhora as trocas gasosas e reduz o trabalho respiratório, bem como aumenta os níveis de oxigenação, diminuindo a hipercapnia e a acidose respiratória, permitindo uma melhor relação ventilação/perfusão pulmonar (Ghiggi, K., et al., 2021).
- A aspiração endotraqueal tem como objetivo manter as vias aéreas permeáveis, prevenir infeções, promover trocas gasosas, incrementar oxigenação arterial, melhorando a função pulmonar (Mendes, G. B., Nascimento, C. O., Santos, L. R., Lima, P. R., & Souza, J. H., 2019).
- A avaliação do CO_2 no final da expiração é importante uma vez que permite monitorizar este gás, refletindo o seu nível na circulação. (Amaral, J. L. G., Perez, A. C. P. F. D., & Geretto, P. (2020);
- A capnografia fornece importantes informações sobre o estado metabólico, hemodinâmico e respiratório da PSC. Permite identificar de forma prematura qualquer anomalia clínica que possa surgir. Permite também verificar a correta colocação do TET (Chacon Contreras, J. D. (2020).
- A elevação da cabeceira da PSC a 30° é considerada uma boa prática na medida em que previne a broncoaspiração e a pneumonia associada à aspiração (Santos, C. D., et al., 2020; DGS).
- A verificação e manutenção da pressão do *cuff* do TET é de extrema importância, prevenindo lesões por compressão da mucosa traqueal, deslocação do TET e microaspiração (Santos, C. D., et al., 2020).

30-11-2023 Data Fim

Referências

1. Amaral, J. L. G., Ferez, A. C. P. F. D., & Geretto, P., 2020. Monitorização da respiração: oximetria e capnografia. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 42(1), 51-58. [JAN92051.CHP \(bjan-sba.org\)](https://doi.org/10.1590/bjan-sba.org)
2. Chacon Contreras, J. D., 2020. Monitorización Capnográfica para verificar la adecuada colocación del tubo endotraqueal con ayuda del simulador SimMan CLASSIC DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO AMERICAN COLLEGE (Doctoral dissertation).
3. DGS (2022) Feixes de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Norma Clínica:021/2015, atualizada a 17 de Novembro de 2022
4. Ghiggi, K. C., Audino, L. F., & Almeida, G. B. (2021). Ventilação mecânica. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 33(1), 173-184. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i1.11579>
5. Mendes, G. B., Nascimento, C. O., Santos, L. R., Lima, P. R., & Souza, J. H. (2019). Aspiração endotraqueal em pacientes com ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem para prevenção de pneumonia. *Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde*.
6. Ordem dos Enfermeiros (2019) Browser CIPE, Navegador ICNP. [Navegador ICNP | CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros](https://www.ordemdosenfermeiros.pt/CIPE)
7. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem 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 <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
8. Santos, C. D., Nascimento, E. R. P. D., Hermida, P. M. V., Silva, T. G. D., Galetto, S. G. D. S., Silva, N. J. C. D., & Salum, N. C., 2020. Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar a. *Escola Anna Nery*, 24. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300

Data Início	24-11-2023
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Risco de Infecção presente (associado a presença de TET, cateter vesical, CVC 5 lumens, CVC diálise, LA, perda da integridade cutânea extensa)	1.1.4 — Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores; 1.1.6 — Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico -cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem -estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados. 1.2.5 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. 1.3.6 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica; 1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas; 2.2.1 — Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem; 3.1.1 — Demonstra conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional; 3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção 3.1.3 — Estabelece as estratégias pró -ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço; 3.2.3 — Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos.

Resultados Esperados	
Prevenir Infecção	
Infecção Ausente	
Intervenções de enfermagem para prevenção da Pneumonia Associada à Intubação [PAI]:	
1. Executar a correta higienização das mãos, em todos os 5 momentos de contacto e após contacto com a PSC; 2. Utilizar equipamento de proteção individual adequado e manter técnica estéril em todos os cuidados ao TET; 3. Gerir sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário; 4. Monitorizar sedação através da escala de RASS; 5. Aspirar secreções subglóticas antes de manipular o cuff do TET; 6. Monitorizar pressão do cuff 3x dia; 7. Manter pressão do cuff entre 20 a 30cmH₂O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita; 8. Vigiar presença de secreções (SOF e/ou STB); 9. Promover aspiração de secreções, sempre que necessário; 10. Higienizar cavidade oral com octenidina, 3 vezes dia e em SOS; 11. Trocar filtro HME e traqueia quando visivelmente sujo ou disfuncional.	
Intervenções de enfermagem para prevenção da infeção urinária associada à presença de cateter vesical:	
12. Executar a correta higienização das mãos, em todos os 5 momentos de contacto e após contacto com a PSC; 13. Utilizar equipamento de proteção individual adequado em todos os cuidados à PSC; 14. Cumprir técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem; 15. Manter conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem, em circuito fechado;	

16. Realizar higiene do meato urinário, com água e sabão, uma vez por turno ou sempre que necessário;
17. Manter cateter vesical devidamente seguro, com saco coletor sempre abaixo do nível das bexiga, sem tocar no chão;
18. Esvaziar saco coletor sempre que atingidos 2/3 da sua capacidade;
19. Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical colocado, retirando-o assim que possível.

Intervenções de enfermagem para prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central (CVC de 5 lumens, CVC de diálise, Linha Arterial):

20. Executar a correta higienização das mãos, em todos os 5 momentos de contacto e após contacto com a PSC;
21. Utilizar equipamento de proteção individual adequado em todos os cuidados à PSC;
22. Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC;
23. Descontaminar os pontos de acesso (face externa dos lumens, conexões diretas do cateter, torneiras com tampas) com solução antisséptica (clorexidina 2% ou álcool a 70%) e friccionar durante 15 segundos, antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração;
24. Usar técnica assética no manuseamento do CVC (CVC de 5 lumens, CVC de diálise, LA);
25. Vigiar penso do CVC (CVC de 5 lumens, CVC de diálise, LA);
26. Realizar penso do CVC (CVC de 5 lumens, CVC de diálise, LA), com técnica assética, se penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado, penso com compressa até 48 horas após a sua realização, ou penso transparente 7 dias após a sua realização;
27. Realizar penso do CVC, com técnica assética, com clorexidina 2% em álcool e cobrir com penso estéril;
28. Vigiar local de inserção do CVC (CVC de 5 lumens, CVC de diálise, LA);
29. Manter pontos de acesso aos lumens ocluídos;
30. Trocar prolongamentos, torneiras, conectores e sistemas de infusão a cada 96 horas ou sempre que visivelmente sujos;
31. Substituir tampa por outra estéril a cada utilização;

32. Garantir limpeza e desinfecção das bombas e seringas infusoras a cada 24h;
 33. Otimizar CVC (CVC de 5 lumens, CVC de diálise, LA);
 34. Assegurar correto posicionamento e fixação do CVC (CVC de 5 lumens, CVC de diálise, LA);
- Risco de infecção por Compromisso da Integridade Cutânea:**
35. Executar a correta higienização das mãos, em todos os 5 momentos de contacto e após contacto com a PSC;
 36. Utilizar equipamento de proteção individual estéril, em todos os cuidados à PSC;
 37. Vigiar a pele;
 38. Executar penso à ferida cirúrgica;
 39. Monitorizar ferida cirúrgica;
 40. Vigiar perfusão tecidual periférica;
 41. Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório;
 42. Manter temperatura das extremidades;
 43. Manter isolamento de proteção.

Resultado de Enfermagem

- A higiene das mãos é considerada a medida de maior eficácia para prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, uma vez que diminui os microrganismos da pele, interrompe a cadeia de transmissão e dificulta a transmissão cruzada dos mesmos (Costa, S., et al., 2021).
- Segundo a DGS (2022) a sedação ligeira ou a sua substituição por analgesia, têm a mesma eficácia na diminuição do tempo de ventilação da PSC;
- O controlo da sedação em UCI torna-se fundamental de modo a otimizar o conforto do doente, a facilitar a administração de cuidados e realização de procedimentos. Os protocolos de sedação definem-se como um conjunto de intervenções baseadas na evidência que quando implementados conduzem a melhores resultados clínicos (Máximo, M. A., & Puga, A., 2022).
- A posição da cabeceira elevada diminui o risco de aspiração do conteúdo da cavidade oral, em conjunto com outras medidas como a sedação ligeira e correta pressão do *cuff* (DGS, 2022);
- Após vários estudos face à segurança e eficácia da lavagem da cavidade oral com gluconato de clorhexidina 0,2%, recomenda-se o uso de octenidina (DGS, 2022)

- A evidência científica demonstra que a manutenção da pressão adequada do *cuff* entre 20-30cmH₂O, se associa a menor incidência de PAI (DGS, 2022); previne lesões por compressão da mucosa traqueal, deslocação do TET e microaspiração (Santos, C. D., et al., 2020).
- A aplicação da Escala de RASS surge como um instrumento importante na medida em que permite avaliar o estado de sedação de doentes em UCI, verificando-se redução do desconforto do doente e melhoria da sincronia com o ventilador, otimizando o suporte ventilatório (Máximo, M. A., & Puga, A. (2021).
- A troca do filtro HME surge como uma medida importante na prevenção da PAV, uma vez que previne a colonização por microrganismos na via aérea. Deve ser trocado quando houver condensação, sujidade ou estiver danificado. Na ausência destes fatores deve ser trocado a cada 5 a 7 dias (Santos, L. D. S. C., et al. 2021).
- A infeção do trato urinário associada ao cateter vesical em UCI é comum e está associada a aumento do tempo de internamento e dos custos. (Júnior, P. S. S., dos Santos, C. F. H., Júnior, A. C. B., & do Nascimento, J.C.C., 2021).
- A prevenção da infeção do trato urinário é imperativa, uma vez que afeta a qualidade de vida e segurança da PSC. A utilização de *bundles* tem evidência na diminuição da taxa de incidência de ITU na PSC em UCI (Inácio, D. et al., 2021).
- As intervenções mais utilizadas na prevenção da ITU são: avaliar diariamente a necessidade da cateterização vesical, manter o saco coletor de urina abaixo do nível da bexiga, assegurar a manutenção de um sistema fechado, esvaziar o saco coletor aquando 2/3 da sua capacidade total (Inácio, D. et al., 2021).
- Nos momentos de manipulação do CVC, a utilização de técnica asséptica, tem melhor evidência na prevenção de infeção (DGS, 2022).
 - A utilização de *bundles* direcionadas à prevenção da infeção associada ao CVC demonstram benefícios na redução da infeção da corrente sanguínea (Severo, T. O., et al., 2021).
 - O uso de EPI estéril (avental de manga longa, luvas, campo estéril, máscara, gorro que deve cobrir todo o cabelo) no momento de colocação do CVC diminui as infeções cruzadas. Quanto ao manuseamento do CVC, verifica-se a importância da assepsia antes de abrir as conexões do CVC e fricção do local, bem como na realização do penso (Oliveira, T., et al., 2023)

	30-11-2023	Data Fim
Referências		
- Costa, S., de Lima, D. B., Torres, R. L. N., Manso, M. L. C., dos Santos, O. C., da Silva, J. A., ... & Barbosa, L. M. S., 2021. Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. <i>Revista Ciência Plural</i>, 7(3), 272-289. - DGS (2022) Feixes de Intervenções para a Prevenção da Infecção relacionada com o Cateter Vascular Central. Norma Clínica:022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 - DGS (2022) Feixes de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária associada ao Cateter Vesical. Norma Clínica:019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 - DGS (2022) Feixes de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Norma Clínica:021/2015, atualizada a 17 de Novembro de 2022 - Inácio, D., Fitas, A., Dores, J., Baião, M., Duarte, S., Camacho, S., & Ruivo, M.(2021). IMPACTO DE BUNDLES NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL: REVISÃO SISTEMÁTICA. <i>Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento</i>, 7(1), 99-115. doi:http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(1).440.99-115 - Júnior, P. S. S., dos Santos, C. F. H., Júnior, A. C. B., & do Nascimento, J. C. C. (2021). Assistência multidisciplinar na prevenção de infecção do trato urinário associada à cateter vesical de demora em UTI: scoping review. <i>Research, Society and Development</i>, 10(11), e497101119870-e497101119870. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19870 - Máximo, M. A., & Puga, A., 2022. Gestão da sedação em UCI: Sedação em UCI. <i>Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia</i>, 30(4). https://doi.org/10.25751/rspa.24797 - Neto, L. V., Dias, M. G. G., Ribeiro, M. C. M., & Lima, R. N. (2020). Prevenção e controle de infecções: cateter venoso central em unidade de terapia intensiva adulto. <i>Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES: CATETER VENOSO CENTRAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde (rebis.com.br)</i>		

9. Oliveira, T. G. P. de., Marcatto, J. de O., Corrêa, A. dos R., Santos, L. M. dos., Rocha, P. K., Simão, D. A. da S., & Manzo, B. F.. (2023). Compliance with central venous catheter infection prevention practices after intervention with simulation. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 76(4), e20220574. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0574>
10. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem 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 <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
11. Ordem dos Enfermeiros (2019) Browser CIPE, Navegador ICNP. Navegador ICNP | CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros
12. Santos, C. D., Nascimento, E. R. P. D., Hermida, P. M. V., Silva, T. G. D., Galetto, S. G. D. S., Silva, N. J. C. D., & Salum, N. C., 2020. Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar a. *Escola Anna Nery*, 24. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300
13. Santos, L. D. S. C., Barros, S. D., Ferreira, M. F. D. C., Barros, B. T. D., Barros, R. L. M., de Souza, B. R. B., ... & da Silva Lima, T. F. (2021). A enfermagem na prevenção e cuidados relacionados à pneumonia associada à ventilação mecânica: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(7), <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16935>
14. Severo, T. O., Macedo, A. B. T., Hansel, L. A., Chaves, E. H. B., de Oliveira, G. S., & Rech, N. L. M. (2021). Construção de um bundle para prevenção de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.737>
15. Silva, L., Santos, D., Jesus, P., Souza, L., Paz, A. (2023). Cuidados de Enfermagem ao doente com cateter venoso central de curta duração: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem*, ISSN:1981-8963, DOI: 10.5205/1981-8963.2023.255071

Data Início	24-11-2023
Diagnóstico de Enfermagem Choque séptico presente	Fundamentação 1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 — Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores. 1.1.6 — Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico -cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem -estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados. 1.2.3 — Adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem -estar e conforto; 1.2.5 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. 1.3.6 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica; 1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas; 2.1.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos; 1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar 1.3.5 — Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia

	2.1.8 — Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos.
Resultados Esperados Choque Ausente Estabilidade Hemodinâmica mantida Padrão Respiratório mantido Padrão de Eliminação Urinário mantido	
Intervenções de enfermagem 1. Manter cabeça elevada a 30°; 2. Monitorizar padrão ventilatório; 3. Monitorizar glicemia capilar; 4. Monitorizar parâmetros hemodinâmicos invasivos de forma contínua; 5. Realizar Ponto hemodinâmico através do cateter PiCCO 3 x dia; 6. Monitorizar temperatura corporal; 7. Monitorizar débito urinário a cada hora; 8. Gerir sedação e analgesia; 9. Administrar cristalóides intravenosos; 10. Administrar antibiótica prescrita; 11. Monitorizar escala de NEWS; 12. Monitorizar equilíbrio ácido-base.	
Resultado de Enfermagem • A administração precoce de antibiótica em situação de choque séptico, é uma das intervenções mais eficazes na redução da taxa de mortalidade da PSC, devendo ser considerada como uma emergência (Bilro, MM., Leite, L., & Marques, M.C., 2022) • A monitorização hemodinâmica em medicina intensiva é uma intervenção de extrema importância na optimização da ressuscitação da PSC (Barros, L.A.G., 2023). • A monitorização hemodinâmica através do cateter PiCCO é uma técnica muito completa que permite avaliar continuamente o débito cardíaco, bem como os valores de pré-carga, pós-carga, contratilidade e presença ou ausência de edema pulmonar (Barros, L.A.G., 2023)	

- O sensor se PiCCO permite uma avaliação hemodinâmica rápida e precisa, com critérios de elevada criticidade, podendo ser utilizada nos diferentes tipos de choque (Barros, L.A.G., 2023)
- A administração de fluidos em tempo adequado é fundamental para a manutenção da perfusão tecidual em pessoas com choque séptico. É recomendado o uso de cristalóides como primeira linha de escolha. No entanto, dentro dos cristalóides não há como fazer uma recomendação definitiva da solução mais adequada a usar. (Oliveira, J.R., Felipe, P.S., El Hassam, S., 2022)
- A avaliação do nível de lactato sérico, a colheita de hemoculturas antes do início da antibioterapia, a administração de antimicrobianos de largo espectro, a ressuscitação da volémia e a administração de vasopressores, são as intervenções principais na abordagem ao choque séptico (Bilro, MM., Leite, L., & Marques, M.C., 2022)

30-11-
2023

Data Fim

Data Início	24-11-2023
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Risco de volume de líquidos excessivo	1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade; 1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; 1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; 1.1.4 - Previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores; 1.2.5 — Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. 1.3.6 — Fundamenta a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;

	1.4.2 — Monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas; 2.1.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos; 2.1.5 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas; 2.1.6 — Demonstra conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas; 2.1.8 — Desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos.
Resultados Esperados Edema Ausente	
Intervenções de enfermagem 1. Garantir técnica asséptica na manipulação do CVC de diálise; 2. Gerir técnica de diálise contínua; 3. Trocar circuito do equipamento de diálise a cada 72h; 4. Diagnosticar precocemente existência de complicações da técnica de diálise contínua; 5. Monitorizar e registar eliminação de fluidos; 6. Monitorizar parâmetros hemodinâmicos de forma contínua;	
Resultado de Enfermagem • O enfermeiro deve estar desperto para as possíveis complicações da técnica dialítica contínua: hipotensão, arritmia, hipoxemia, hipotermia, alterações da coagulação e fuga de sangue (Fidalgo, R.) • A hipotensão é uma das complicações mais frequentes transversais a todas as modalidades de tratamento dialítico em UCI. As intervenções de enfermagem para minimizar a ocorrência de hipotensão são: verificar existência de fugas de sangue no circuito extra corporal ou conexões, reduzir a velocidade de bomba e/ou dialisante, se possível, reinfundir com solução isotónica, controlar locais de acesso, colocar a PSC em posição de Trendelenburg e diminuir temperatura do dialisado (Fidalgo, R. & Meireles, O. M. R., 2021).	

- É também importante saber identificar e interpretar alarmes do aparelho, bem como intercorrências relacionadas com o CVC, como possíveis dobras do cateter e formações de coágulos no interior do mesmo, influenciando a eficácia de sucção do fluxo sanguíneo.
- A hipertermia pode ocorrer por vários fatores. As intervenções de enfermagem devem relacionar-se com a exclusão de infeção bacteriana que pode estar associada à manipulação incorreta do CVC, do equipamento e do circuito extracorporeal.

30-11-
2023

Data Fim

Referências

1. Fidalgo, R. (data desconhecida). A Influência da SAF na Performance e no Conhecimento dos Enfermeiros na realização de Hemodiafiltração. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Coimbra, [Diapositiva 1 \(spci.pt\)](#)
2. Meireles, O. M. R. (2021). Intervenções de enfermagem à pessoa submetida a técnica dialítica intermitente numa unidade de cuidados intensivos (Doctoral dissertation).

Apêndice X - Poster: Preparação das Equipas perante um evento nuclear



CONGRESSO INTERNACIONAL
EMERGÊNCIA 2021
03-05 de Maio, 1.ª Edição



POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde



IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
01-02 de Maio de 2024



Instituto de Saúde
Escola Superior de Saúde

PREPARAÇÃO DAS EQUIPAS DE EMERGÊNCIA PERANTE UM EVENTO NUCLEAR

Lopes, André¹; Martins, Soraia²; Vieira, Daniel³
Docentes: Marques, Jorge⁴; Reis, Alice⁵

Palavras-chave: Nuclear disaster, Emergency management e Disaster

Introdução: As circunstâncias de segurança na Europa mudaram drasticamente no último ano.^{1,2} A guerra da Ucrânia volta a despertar atenção sobre a possibilidade de um evento nuclear, com consequências imediatas e que se perpetuam no tempo.³ O uso de armas nucleares tem um poder destrutivo a vários níveis: explosão, radiação térmica, radiação ionizante direta e contaminação radioativa.^{1,2} Toma-se importante melhorar a preparação das equipas de emergência, através da atualização de planos de emergência, de modo a permitir uma abordagem pragmática, melhorando a distribuição dos recursos limitados às necessidades médicas e de saúde pública.² A tomada de decisões com base científica deve definir procedimentos claros e estratégias específicas, com base em informações fornecidas pelos laboratórios existentes.²

Objetivos: Conhecer as prioridades do plano de emergência na preparação das equipas de emergência na resposta a um evento desta dimensão.

Materiais e Métodos: Scoping review, segundo Joanna Briggs Institute (JBI), que permita responder à questão de investigação: "Qual a necessidade de preparação das equipas de emergência na resposta a um evento nuclear?" Utilizou-se o motor de busca EBSCOhost, onde foram colocados os descritores: nuclear disaster, emergency management e disaster planning. Estabeleceram-se critérios de inclusão: artigos com texto completo, artigos revistos por especialistas, publicados entre 2020 e 2023, sendo selecionados 3 estudos de caso.

Resultados:

FASES DO PLANO DE EMERGÊNCIA



IMPACTO DO EVENTO NUCLEAR

- 1. Zona de impacto - contaminação térmica
- 2. Zona de impacto - contaminação térmica e radiação
- 3. Zona de impacto - contaminação térmica, radiação e contaminação radioativa
- 4. Zona de impacto - contaminação térmica, radiação e contaminação radioativa

1ª FASE - PREPARAÇÃO

- Construção de sistemas de monitorização de:
 - Radiação na atmosfera;
 - Radiação de água, ar e alimentos;
 - Dispositivos de dosimetria para proteção de equipas de emergência/população;
- Definir equipas de emergência;
 - Promover formação, workshops, equipamentos e autoproteção;
 - Fazer ensaios à população sobre radiação e proteção;
- Desenvolver, testar e atualizar constantemente o plano de emergência nuclear:
 - Desenvolver e testar procedimentos nacionais e regionais;
 - Estabelecer sistemas de troca de informação entre estruturas organizacionais;
 - Estabelecer protocolos de informação à população;
 - Instrução para análise de água, alimentos e ar;
 - Protocolos de distribuição de todo a população;
- Definir/montar hospitais de campanha e residências-abrigo para população muito exposta à radiação;
 - Promover cooperação internacional

2ª E 3ª FASES: INICIAL E INTERMÉDIA

4ª FASE - RECUPERAÇÃO

01. Controlo de alimentos e água para consumo seguro
02. Apoio social, financeiro e económico da população
03. Triagem da saúde a longo prazo
04. Redução dos níveis de radiação no ambiente para níveis seguros

Discussão de Resultados: O impacto de um evento nuclear é catastrófico e imediato, afetando a capacidade de resposta a emergências, transportes, disponibilidade de alimentos e água potável, problemas de segurança, colapso da rede elétrica, danos económicos e ambientais e lesões traumáticas quer a nível físico, quer a nível psicológico.

A gestão de vítimas em massa de um evento nuclear deve ser discutido com as diferentes equipas multidisciplinares: equipas médicas, saúde pública, governo e forças militares.¹ Os tempos de evacuação ocorridos no período noturno foram mais demorados, comparando com o período diurno, devido ao tempo de resposta das pessoas em acordar.³

A evacuação de emergência torna-se fundamental de modo a evitar a exposição a material radioativo e, portanto, a evitar danos e limitar as consequências do acidente.³

Conclusão: A nível mundial, as equipas de emergência não se encontram preparadas para este tipo catástrofe. Verifica-se a necessidade de preparação e treino destas equipas, garantindo uma triagem de vítimas eficaz, minimizando a morbilidade e mortalidade.³ Requer a revisão de planos de resposta a emergências a nível local, nacional e internacional.²

O Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, deve ter um papel ativo nas equipas de emergência, de modo a colaborar na resposta dinâmica em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção de planos de emergência até à sua implementação. É também fundamental consciencializar a população para preparação deste tipo de catástrofe.

Referências Bibliográficas

- 1 - Denis, S. R., Bell, W. C., Harris, C., Burke, J. F. M., & Dallas, C. E. (2021). Human Consequences of Multiple Nuclear Detonations in New Delhi (India): Interdisciplinary Requirements in Triage Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph18061780>
- 2 - Diagono-Lacort, M. (2022). Public Health Disaster Medicine in the Case of a Nuclear Weapon. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12766. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912766>
- 3 - Kim, J., Nakano, T., Masahide, A., Tatem, S., Goto, G. M. B., & Kijpatt, T. (2020). Emergency nuclear accident simulation for a Japanese disaster: a case study of a residential school near nuclear power plants in Japan. *Radiation protection dosimetry*, 188(3), 323-328. <https://doi.org/10.1093/rpd/ckaa046>

Autores:

1, 2, 3 - Enfermeiros no USM, S.F.E., residentes no Enfermeiro Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, do Hospital em Associação 2023/2024, Portugal, email de contacto: infernagem@portalegre.ac.pt

4, 5 - Professores do Mestrado em Enfermagem

Apêndice XI - Higienização de Zonas Críticas e Semi-críticas do Serviço de Urgência

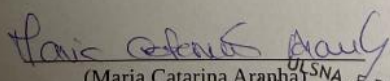
HIGIENIZAÇÃO ZONAS CRITICAS E SEMI-CRITICAS
Serviço urgência
HSLE

A higienização diária do serviço faz parte das funções dos assistentes operacionais.

A higienização semanal e mensal dos espaços é da responsabilidade dos assistentes operacionais distribuídos da seguinte forma:

Sala	Assistentes Operacionais responsáveis
* Sala de emergência * Sala de triagem * Sala de pequena Cirurgia	
* Balcão 2 * Sala de ECG * Sala especialidades	
* SO * Sala ADR	
* Copa * Sujos	
* Arrumos material clínico * Arrumos soros	

A Enf.^a Gestora


(Maria Catarina Aranha)
ENF.^a SNA, E.P.E.
MARIA CATARINA GOMES ARANHA
Enfermeiro Gestor

ANEXOS

Anexo I - Pedido de Autorização para implementação do PIM ao CA



Exmos. Srs.

Eu, Inês Guerra Lopes, enfermeira e a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, com o número de aluno 9684, encontro-me a realizar o Estágio Final na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do [REDACTED] E.P.E..

Deste modo, venho pedir autorização para desenvolver o meu Projeto de Intervenção Major com o título “Emergência e Catástrofe em contexto de UCI: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica” que tem como objetivo contribuir para os processos de melhoria da qualidade e de segurança da Pessoa em Situação Crítica, em momentos de emergência e catástrofe. Como produto final deste projeto de intervenção pretende-se construir uma normativa de procedimento de evacuação da pessoa em situação crítica internada no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do [REDACTED]

Aguardo o vosso consentimento.

Atentamente,

Inês Guerra Lopes

Anexo II - Deliberação do CA para implementação do PIM

COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer da CES nº 055/23
Nº entrada nº 697 de 06/11/2023

ATA N.º 21 em 20/12/2023
O Conselho de Administração

Autorizado

PARECER

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do [REDACTED], em reunião de 05 de Dezembro de 2023, analisou o pedido efetuado por Inês Guerra Lopes, Enfermeira a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [REDACTED] âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização Médico-cirúrgica, para desenvolver o seu Projeto de Intervenção Major com o título "Emergência e Catástrofe em contexto de UCI: Evacuação da Pessoa em Situação Crítica" com vista à construção de uma normativa de procedimento de evacuação da pessoa em situação crítica internada no Serviço de UCIP [REDACTED]. A CES considerou que o projeto não tem implicações éticas.

Data: 05/12/2023

[REDACTED]
Presidente da Comissão de Ética

525 anos a cuidar da sua saúde

De: Inês Guerra Lopes <inesguerralopes@hotmail.com>

Enviado: 4 de novembro de 2023 10:14

Para: Secretariado do Conselho de Administração;

Assunto:

Anexos:

Bom dia,

serve o presente email para dar conhecimento ao Conselho de Administração do [REDACTED] ao Diretor de Serviço da UCIP e à Enfermeira Gestora da UCIP acerca do Projeto de Intervenção Major a desenvolver, no contexto do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, que me encontro a realizar na UCIP entre 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024. Segue em anexo o pedido de autorização para a realização do mesmo.

Cordialmente,

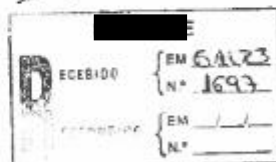
Enfermeira Inês Lopes

Solicito favor do Conselho Ético

[REDACTED]
Enfermeiro Diretor

Resposta:
Relativamente ao pedido apresentado pelo Sr. [REDACTED] para a realização do estágio final do curso de mestrado em enfermagem, no contexto do projeto de intervenção major a desenvolver, no contexto do estágio final do curso de mestrado em enfermagem, que me encontro a realizar na UCIP entre 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024. Segue em anexo o pedido de autorização para a realização do mesmo.

[REDACTED]
Enfermeira Gestora



Anexo III - Parecer do Núcleo de Urgência de Elvas sobre candidatura a apresentação de poster científico

De: NUE- Núcleo Urgência Elvas <nucleourgenciaelvas@gmail.com>
Enviado: Monday, April 15, 2024 10:22:36 PM
Para: inesguerrallopes@hotmail.com <inesguerrallopes@hotmail.com>
Assunto: Resultado de Envio de Resumos

Exmo.(a) Participante!

Informamos que o resumo enviado com o título " Evacuação da PSC em situação de Emergência/Catástrofe numa UCI -", registado com o n.º 001, a expor e apresentar no **1.º Encontro Científico do Serviço de Urgência do HSLE – ULSAALE, EPE, A Pessoa em Situação Crítica: Segurança nos Cuidados**, foi submetido com sucesso e validado segundo o regulamento.

Para procedermos à exposição e respetiva apresentação do respetivo trabalho científico, **relembramos que o apresentador deve estar obrigatoriamente inscrito no encontro**, caso contrário o trabalho não constará do programa. O horário de apresentação de acordo com o programa terá início às 14h30m. A apresentação terá a duração de 5 minutos com discussão no final de todas as apresentações.

Aguardamos o envio do **Poster**, de acordo com o template em anexo, até dia 3 de Maio de 2024. para o e-mail nucleourgenciaelvas@gmail.com com os seguintes dados:

- Nome do primeiro autor
- Nome do trabalho
- N.º de submissão do trabalho

Os trabalhos serão classificados pelo júri eleito, que elegerá o melhor **poster vencedor**, cuja entrega do prémio será feita de forma presencial no final do Encontro às 17h00m .

Se nenhum dos autores premiados estiver presente na sessão de encerramento, o prémio será atribuído ao segundo classificado. Será atribuído Menção Honrosa ao 2º e 3º melhores Pósteres. Os restantes receberão um certificado de exposição e apresentação do poster no evento, enviado por email.

Para qualquer esclarecimento adicional queira, por favor, contactar-nos.

Com os melhores cumprimentos

Júri Pósteres

Prof. Dr. José DelAguila;

Prof.ª Dr.ª Maria Céu Marques;

Enf.ª Especialista Sandra Sapatinha

Com os melhores cumprimentos,

Maria Catarina Gomes Aranha

Presidente do Núcleo de Urgência de Elvas (NUE)

Enfermeiro Gestor Serviço de Urgência Hospital de Santa Luzia de Elvas, ULSAALE, EPE

Anexo IV - Certificado Curso SAV



Certifica-se que **Inês Lopes**, nascido(a) em 03/06/1987, com o número de identificação civil ****3807, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 20/05/2023 a 21/05/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 21 de maio de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 23034506

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Estabelecer prioridades nos cuidados de SBV entre a aplicação de compressões e a integração do DAE; reconhecer e iniciar o tratamento de imediato nas situações de peri-paragem que possam resultar em paragem cardíaca ou complicar a evolução da reanimação; atuar em situações de bradicardia ou taquicardia; reconhecer uma situação de paragem cardíaca e atuar até ao retorno da circulação espontânea, transferência para o próximo nível de cuidados ou cessação da reanimação; aplicar o algoritmo de SAV, como executante e como líder de equipa; identificar a dor torácica de origem isquémica e agilitar os cuidados ao utente com síndrome coronário agudo; reconhecer outras situações clínicas potencialmente fatais tais como o AVC e aplicar os cuidados iniciais necessários; demonstrar boa comunicação como membro ou líder de uma equipa de reanimação e reconhecer o impacto da dinâmica da equipa sobre o seu desempenho.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Avaliação inicial de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida	60 min.
// Paragem respiratória	60 min.
// Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa	60 min.
// Conceito de ressuscitação em equipa	60 min.
// Paragem cardíaca (FVTV sem pulso)	120 min.
// Síndrome coronário agudo	60 min.
// Acidente vascular cerebral	60 min.
// Bradicardia estável e instável	60 min.
// Paragem cardíaca (assistolia e atividade elétrica sem pulso)	120 min.
// Taquicardia estável e instável	60 min.
// Avaliação teórica e de competências	240 min.
Total:	16 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
 Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
 Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
 info@ocean-medical.com | www.ocean-medical.com

OM-045-2104/21

Anexo V - Certificado Curso ITLS



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Inês Guerra Lopes, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

4/23/2023

course site

Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-11 LS-P2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTroubleIndex>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

369125-51505

Inês Guerra Lopes, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 4/23/2023 Expiration Date 04/2026

Course Number 51505

Course Location

Anexo VI - Certificado Congresso Internacional Emergência 2023



Anexo VII - Certificado Poster: “Preparação das equipas perante um evento nuclear”



Certifica-se para os devidos efeitos que o poster: ***Preparação das equipas perante um evento nuclear*** participou na Apresentação de Pósteres do Congresso Internacional Emergência'23 da Ocean Medical que decorreu nos dias 25 e 26 de maio de 2023 no Centro de Congressos do Taguspark.

Autor(es) do trabalho: Inês Lopes; Alice Ruivo; Daniel Viera; Jorge Marques; Soraia Martins

A Presidente do Congresso,

Sónia Sousa

O Diretor da Ocean Medical,

Pedro Caldeira

Anexo VIII - Certificado “Gestão e Liderança em Emergência e Catástrofe”



Certifica-se que Inês Guerra Lopes, nascido(a) em 03/06/1987, com o número de identificação civil ****3807, participou no Webinar

// GESTÃO E LIDERANÇA EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CASTÁSTROFE

que decorreu em 29/01/2024, com a duração de 8 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 29 de janeiro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 240222317

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR



ESTRUTURA CURRICULAR

PROGRAMA:	Nº MINUTOS
// Sessão de abertura	15 min.
// Liderança na abordagem ao doente crítico no pré-hospitalar	45 min.
// Estratégias de Gestão intra-hospitalar de recursos nas urgências	45 min.
// Gestão e liderança na abordagem à pessoa em situação crítica	70 min.
// Gestão da pessoa em situação crítica em ações humanitárias	45 min.
// Gestão e liderança em situações de exceção	45 min.
// Resposta Hospitalar à Catástrofe Externa	45 min.
// Gestão da Triagem em contexto de Catástrofe	45 min.
// Liderança nos vários cenários de emergência	45 min.
// Encerramento	40 min.
Total:	8 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
Teguspark, Edifício Qualidade CI, Piso C | 2740-298 Porto Salvo | Portugal
Capital Social 60.000 Euros | NIPC 512 106 086 CHC Porto Delgada
info@ocean-medical.com www.ocean-medical.com

04-184-2000223

Anexo IX - Certificado “Controlo de Hemorragia em Trauma”



Certifica-se que **Inês Guerra Lopes**, nascido(a) em 03/06/1987, com o número de identificação civil ****3807, concluiu com aproveitamento o seminário

// CONTROLO DE HEMORRAGIA EM TRAUMA

que decorreu em 11/03/2024, com a duração de 3 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de março de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 240619196

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Controlo de hemorragias em cuidados pré-hospitalares civis	60 min.
// Controlo de hemorragias no campo de batalha	60 min.
// Controlo de hemorragia em Israel - Experiências no contexto militar e no serviço de emergência médica	60 min.
Total:	3 horas

Blue Ocean Medical, Lda.

Taguspark, Edifício Qualidade Cl. Piso C | 2740-296 Porto Salvo | Portugal

Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 086 CRC Fonte Delgada

info@ocean-medical.com

www.ocean-medical.com

Anexo X - Certificado “SIV: Protocolo Alterações da Glicémia e Hipoglicémia ”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SIV - Protocolo Alterações de Glicemia e Hipoglicemia

Certifica-se que

Inês Guerra Lopes

realizou a formação de atualização do Protocolo SIV Alterações de Glicemia e Hipoglicemia com aproveitamento, em 19 de Janeiro de 2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado n.º u8H4bK9eD1
Válido até

Mod. INEM 454.1





SIV - Protocolo Alterações de Glicemia e Hipoglicemia

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Conceito de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Protocolo Alterações de Glicemia;
- Protocolo de Hipoglicemia;
- Os critérios de pedido de apoio médico.

DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

Verifique a validade deste certificado em: https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php

Anexo XI - Certificado “SIV: Protocolo Alterações Gastrointestinais ”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SIV - Protocolo Alterações Gastrointestinais

Certifica-se que

Inês Guerra Lopes

realizou a formação de atualização do Protocolo Alterações Gastrointestinais
com aproveitamento, em 19 de Janeiro de 2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado n.º. bgV6y/aZ8
Válido até

Mod. INEM 454.1





SIV - Protocolo Alterações Gastrointestinais

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Sinais e sintomas das alterações gastrointestinais;
- Sinais de gravidade nas alterações gastrointestinais;
- Protocolo Alterações Gastrointestinais;
- Os critérios de pedido de apoio médico.

DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

Verifique a validade deste certificado em: https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php

Anexo XII - Certificado “SIV: Protocolo Avaliação e Abordagem”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SIV - Protocolo de Avaliação e Abordagem

Certifica-se que

Inês Guerra Lopes

realizou a formação de atualização do Protocolo SIV Abordagem e Avaliação com aproveitamento, em 19 de Janeiro de 2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado nº gdGa83dZqV
Válido até

Mod. INEM 454.1





SIV - Protocolo de Avaliação e Abordagem

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Avaliação do cenário;
- Abordagem ABCDE;
- Procedimentos e terapêutica;
- Critérios de pedido de apoio médico.

DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

Verifique a validade deste certificado em: https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php

Anexo XIII - Certificado “SIV: Protocolo Convulsão e Convulsão na Grávida”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SIV - Protocolo Convulsão e Convulsão na Grávida

Certifica-se que

Inês Guerra Lopes

realizou a formação de atualização do Protocolo SIV - Convulsão e Convulsão na Grávida
com aproveitamento, em 1 de março de 2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado n.º ThJ00TOBp7
Válido até

Mod. INEM 454.1





SIV - Protocolo Convulsão e Convulsão na Grávida

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Os critérios para intervenção farmacológica
- O protocolo de convulsão
- O protocolo de convulsão na grávida;
- Os critérios de pedido de apoio médico.

DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

Verifique a validade deste certificado em: https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php

Anexo XIV - Certificado “SIV: Protocolo Dor Torácica e Síndrome Coronário Agudo”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SIV - Protocolo Dor Torácica e Síndrome Coronário Agudo

Certifica-se que

Inês Guerra Lopes

realizou a formação de atualização do Protocolo SIV Dor Torácica e Síndrome Coronário Agudo com aproveitamento, em 19 de Janeiro de 2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado n.º FJRpfutp3U
Válido até

Mod. INEM 454.1





SIV - Protocolo Dor Torácica (ou Equivalente) e Síndrome Coronário Agudo

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Critérios para realizar ECG 12;
- Protocolo da dor torácica ou (equivalente);
- Protocolo síndrome coronário agudo.

DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

Verifique a validade deste certificado em: https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php

Anexo XV - Certificado “SIV: Protocolo Hemorragia Digestiva”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SIV - Protocolo Hemorragia Digestiva

Certifica-se que

Inês Guerra Lopes

realizou a formação de atualização do Protocolo SIV Hemorragia Digestiva
com aproveitamento, em 19 de Janeiro de 2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado nº 2BdQ8qL4rm
Válido até

Mod. INEM 454.1





SIV - Protocolo Hemorragia Digestiva

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Sinais de gravidade na hemorragia digestiva;
- Diferenciação entre hemorragia digestiva alta (HDA) e baixa (HDB);
- O Protocolo de Hemorragia Digestiva;
- Os critérios de pedido de apoio médico.

DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

Verifique a validade deste certificado em: https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php

Anexo XVI - Certificado “SIV: Protocolo Hipertensão”

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SIV - Protocolo Hipertensão

Certifica-se que

Inês Guerra Lopes

realizou a formação de atualização do Protocolo SIV Hipertensão
com aproveitamento, em 19 de Janeiro de 2024

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado n.º 7C/WCSx15s
Válido até

Mod. INEM 454.1





SIV - Protocolo Hipertensão

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Protocolo Hipertensão;
- Diferença entre urgência e emergência hipertensiva;
- Os critérios de pedido de apoio médico.

DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

Verifique a validade deste certificado em: https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php

Anexo XVII - Formação em Serviço “Prevenção e Controlo de Infecção: Ambiente Clínico”



FORMAÇÃO EM SERVIÇO:

Prevenção e Controlo de Infeção: Ambiente Clínico

Dia: 23/06/2023

Hora: 14h30

Formandos: Assistentes Operacionais do
SU


ULSNA, E.P.E.
MARIA CATARINA GOMES ARANHA
Enfermeira Gestor



Formação em Serviço

Prevenção e Controlo de Infecção: Ambiente Clínico



Data: 23.06.2023

Hora: 14h30

Formandos: Assistentes Operacionais do SU + Enlx

Local: Sala de Pausa (SU)

ULSNA (E.P.E.)
MARIA CATARINA GOMES ARAÚJA
Entrenhadora Gestor