



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA
GARANTIA DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

***SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN ENSURING
THE SAFETY OF CRITICALLY ILL PATIENTS DURING
INTRAHOSPITAL TRANSPORT***

Ana Filipa Dias Lemos

Almada

2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA
GARANTIA DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

***SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN ENSURING
THE SAFETY OF CRITICALLY ILL PATIENTS DURING
INTRAHOSPITAL TRANSPORT***

Ana Filipa Dias Lemos

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Mestre Diana
Vareta

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso.
Não importa quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma
inabalável determinação, conseguiremos superá-los.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

À Professora Mestre Diana Vareta, um agradecimento especial, pela sua compreensão, cooperação e motivação ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores, pelo amável acolhimento, motivação e partilha de conhecimentos.

À professora Mestre Célia Tavares por toda a amizade, disponibilidade, carinho e atenção nos momentos de incerteza.

À minha mãe, pela força e encorajamento para dar este passo e terminar com sucesso.

Aos meus sogros por toda a ajuda nos momentos mais difíceis de gerir o tempo.

Ao meu filho Gonçalo, por todo o amor, carinho e admiração, apesar das ausências.

E por último, ao meu marido Filipe, pela presença, apoio constante e motivação. De tudo o que ganhei nesta profissão e na vida, nada se compara ao privilégio de te ter a meu lado.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Egas Moniz School of Health and Science.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ANZCA - Australian and New Zealand College of Anaesthetists

APA - American Psychological Association

BO – Bloco Operatório

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS -Direção-Geral da Saúde

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EE – Enfermeiro Especialista

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

EEMI- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMCPSC - Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

MS – Ministério da Saúde

n.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS -Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PiCCO - Pulse Contour Cardiac Output

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUG – Serviço de Urgência Geral

TIH – Transporte Intra-hospitalar

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UL-PPCIRA - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica demandam uma elevada especialização, conseqüentemente os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, são essenciais na resposta às complexas necessidades que emergem em contextos de instabilidade clínica. O transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica é uma prática recorrente e suscetível à ocorrência de eventos adversos, não só pelo transporte em si, mas pela vulnerabilidade que acresce à pessoa.

Compete ao enfermeiro especialista o planeamento, implementação e avaliação de estratégias para garantir a segurança da pessoa em situação crítica, fundamentando a sua prática em evidências científicas, protocolos institucionais e diretrizes, contribuindo desta forma para a redução dos riscos associados e para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados no transporte intra-hospitalar.

Visando investigar e identificar as evidências científicas atuais acerca desde problemática, elaboramos uma scoping review, com base na metodologia de Arksey e O'Malley.

Para a elaboração do presente relatório adotámos por uma abordagem metodológica descritiva, reflexiva e crítica centrada nas experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo, evidenciando o desenvolvimento de competências, essenciais à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem. O estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos, numa Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Do ponto de vista concetual, o percurso formativo foi sustentado pelo referencial teórico da Teoria da Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem de Rozzano Locsin e suportado pelos Regulamentos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e às Competências de Grau de Mestre em Enfermagem, segundo os descritores de Dublin.

Palavras-chave: transporte intra-hospitalar, pessoa em situação crítica, segurança do doente, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Nursing care provided to critically ill patients demands a high level of specialization, consequently, specialist nurses in Medical-Surgical Nursing, particularly in the area of Critical Care Nursing, are essential in responding to the complex needs that arise in contexts of clinical instability. Intra-hospital transport of critically ill patients is a frequent practice and susceptible to adverse events, not only due to the transport itself but also because of the patient's vulnerability.

It is the responsibility of the specialist nurse to plan, implement, and evaluate strategies to ensure the safety of the critically ill patient, grounding their practice in scientific evidence, institutional protocols, and guidelines. In doing so, they contribute to reducing associated risks and promoting the quality and safety of care during intra-hospital transport.

To investigate and identify current scientific evidence regarding this issue, we conducted a scoping review based on the Arksey and O'Malley methodology.

For the preparation of this report, we adopted a descriptive, reflective, and critical methodological approach centered on the experiences lived throughout the training process, highlighting the development of competencies essential to obtaining the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Critical Care Nursing, as well as a Master's degree in Nursing. The internship was completed in an Intensive Care Unit, a Local Unit of the Program for Prevention and Control of Infections and Antimicrobial Resistance, and an Emergency Medical and Resuscitation Vehicle.

From a conceptual standpoint, the training pathway was supported by the theoretical framework of Rozzano Locsin's Technological Competency as Caring in Nursing Theory, and grounded in the Common Competency Regulations for Specialist Nurses, the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Critical Care Nursing, and the Master's Degree Competencies in Nursing, according to the Dublin descriptors.

Keywords: intrahospital transport; critically ill patients; patient safety; nursing care

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 18 |
| 1.1. TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA..... | 18 |
| 1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GARANTIA DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR | 19 |
| 1.3. TEORIA DA COMPETÊNCIA TECNOLÓGICA COMO CUIDAR EM ENFERMAGEM | 24 |
| 2. CONTEXTO CLÍNICO | 28 |
| 2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS..... | 28 |
| 2.2. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO | 31 |
| 2.3. UNIDADE LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS | 33 |
| 3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 35 |
| 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM | 35 |
| 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM..... | 46 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 57 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |

APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo da Revisão Scoping

Apêndice II - Objetivos de Estágio

Apêndice III - Evacuação da Pessoa em Situação Crítica em Situação de Emergência/Catástrofe

- Cartões de funções da equipa multidisciplinar

Apêndice IV - Jornal de Aprendizagem I

Apêndice V - Jornal de Aprendizagem II

Apêndice VI - Póster “A importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe: revisão scoping”

Apêndice VII – Folha de transferência de enfermagem

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença (Reunião do Projeto Stop-Infeção 2.0)

Anexo II - Certificado de presença (Curso Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico Ocean Medical)

Anexo III - Certificado de presença (Curso de Transporte da Pessoa em Situação Crítica Escola Superior de Saúde Egas Moniz)

Anexo IV - Certificado de presença (III Jornadas de Enfermagem - ONE HEALTH: Conquistas e Desafios)

Anexo V - Certificado de presença (Jornadas Medicina Intensiva da Península de Setúbal 2025)

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 Escala de verificação para transporte da PSC | 22 |
|---|----|

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio denominado *Intervenções de Enfermagem Especializada na Garantia da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Intra-Hospitalar* constituiu-se como etapa final do ciclo de estudos, desenvolvido na Unidade Curricular (UC) Opção I – Estágio e Relatório, inserido no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Egas Moniz School of Health and Science, visando a obtenção do grau académico de mestre e simultaneamente, do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Este relatório foi construído a partir de numa metodologia descritiva, reflexiva e crítica, onde pretendemos descrever o processo de desenvolvimento de competências, realizado durante o percurso formativo, indo ao encontro dos objetivos do mestrado da Egas Moniz School of Health and Science, das competências Comuns e Específicas do EEEMCPSC definidas pelo Regulamento número [n.º] 140/2019 e Regulamento n.º 429/2018) da OE (OE, 2019b) e das competências definidas para a atribuição do grau de Mestre, segundo os Descritores de Dublin, que qualificam o 2º ciclo de formação académica (Decreto-Lei n.º 65/2018). Paralelamente, descrevemos as experiências vivenciadas no âmbito do Serviço de Urgência Geral (SUG) durante o percurso profissional.

O relatório foca-se no estudo aprofundado de uma área do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica (PSC), partindo da identificação de um problema na prática de cuidados, a segurança da PSC durante o transporte intra-hospitalar (TIH).

A PSC é frequentemente sujeita ao transporte entre serviços ou instituições para assegurar “meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, página [p.] 19362), imprescindíveis para a sua estabilização e tratamento. Ao longo de todo o processo de transporte, a responsabilidade pela pessoa é assumida pelo enfermeiro, conseqüentemente o mesmo deve ter plena consciência das suas intervenções e do risco a que a PSC está sujeita.

Optamos por abordar o TIH por ser um procedimento que exige atenção especializada, planeamento rigoroso e recursos adequados. Investir nesta temática ambicionou aprofundar a compreensão sobre práticas, desafios e lacunas formativas no cuidado de enfermagem à PSC. Para além disso, devido a escassez de estudos nacionais acerca do TIH verificado através de pesquisa exploratória em bases de dados nacionais, acreditamos poder desenvolver contributos

para a atuação dos enfermeiros diante dos desafios deste procedimento, com intuito de salvaguardar a segurança da pessoa.

O TIH da PSC é justificado pela necessidade de acesso a um nível mais avançado de cuidados de saúde ou pela realização de exames complementares de diagnóstico e/ou intervenções terapêuticas que não podem ser realizados na unidade de origem (Santos et al., 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança como “um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, de forma consistente e sustentável, diminuem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando estes ocorrem” (OMS, 2023, p. 7).

Os incidentes de segurança na prestação de cuidados de saúde são uma realidade, tendo a OMS atualizado o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, com a implementação de estratégias, com o intuito de alcançar a máxima redução possível dos danos evitáveis decorrentes de cuidados de saúde. É da responsabilidade do enfermeiro, como um dos intervenientes dos cuidados prestados à pessoa, desenvolver e adotar estas estratégias com o objetivo de promover a melhoria da segurança do doente na prestação desses mesmos cuidados (OMS, 2023).

A crescente complexidade dos cuidados à PSC, bem como o interesse pessoal pelo tema do transporte da PSC, alicerçado à necessidade frequente de TIH no serviço onde desempenhamos funções, foi essencial para direcionar a temática de estudo. Para além disso, o transporte da PSC é uma intervenção com riscos e complicações, que devem ser antecipadas e prevenidas, considerando que durante o transporte o nível de cuidados deve ser idêntico ou até superior ao cuidado prestado no serviço de origem garantindo a segurança da PSC (Hu et al., 2021).

Durante o TIH existe uma grande probabilidade de se expor a PSC a eventos adversos, devido à sua condição de instabilidade clínica e elevada vulnerabilidade, pelo que o enfermeiro necessita de ter capacidade de identificar e antecipar potenciais focos de instabilidade, garantindo a qualidade dos cuidados prestados durante o mesmo. Em função destas necessidades, os EEEMCPSC devem estar habilitados para prestar cuidados “altamente qualificados (...) de forma contínua (...) permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p. 19362).

Observa-se na prática, o TIH, por ser efetuado em ambiente hospitalar, transmite uma falsa percepção de segurança à equipa multidisciplinar, assumindo que caso ocorra alguma intercorrência existem recursos para que seja rapidamente resolvida (Agiew et al., 2021). Esta desvalorização condiciona o planeamento eficaz na utilização de recursos humanos e materiais (Agiew et al., 2021).

Os cuidados de enfermagem especializados são fundamentais para assegurar o transporte da PSC e para isso os enfermeiros devem possuir uma base sólida de conhecimento que permita fundamentar a sua prática, assegurando a continuidade dos cuidados e a segurança da PSC ao longo de todo o processo.

Ao aprofundar o problema identificado nesta área do cuidados especializado à PSC, pretende-se demonstrar o processo de desenvolvimento de competências, suportado pelo modelo de Patrícia Benner (2001), que apresenta cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Este progresso no grau de competência possibilita ao enfermeiro deter conhecimento baseado na experiência profissional e assume que “(...) a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que se pode apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

Em conjunto, este percurso formativo foi sustentado e tem como referencial teórico a Teoria da Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem, assumida como teoria de médio alcance, de Rozzano Locsin (2001). Conforme referido pela mesma, a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, requer a utilização de recursos tecnológicos para garantir uma prática eficiente e segura. O avanço tecnológico nos cuidados de saúde tem assumido um papel determinante na melhoria dos cuidados, com um desempenho preponderante no TIH. Atualmente, o recurso ao uso de tecnologias é imprescindível, garantindo uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, possibilitando uma monitorização personalizada da pessoa e promovendo a humanização dos cuidados.

Assim, após o reconhecimento do TIH como uma área do cuidado especializado à PSC passível de melhoria, procedeu-se ao aprofundamento do conhecimento sobre o tema de estudo mediante o aporte teórico adquirido nas variadas UC do curso de mestrado, complementadas por formações específicas em transporte da PSC e pela elaboração de uma revisão scoping que fosse capaz de responder à questão de investigação “Quais são as intervenções de enfermagem na garantia da segurança da PSC no transporte intra-hospitalar?”

Este percurso contemplou estágios em três contextos diferentes: uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), uma Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos (UL-PPCIRA) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), compreendidos entre o período de 16 de setembro de 2024 a 20 de janeiro de 2025. A orientação pedagógica dos estágios esteve a cargo da Professora Mestre Diana Vareta.

Importa salientar que foi atribuída creditação na UC Estágio em contexto de Urgência, após reconhecimento e validação de competências adquiridas ao longo de sete anos de percurso profissional nas diferentes valências de um serviço de urgência médico-cirúrgica, com a realização de um portefólio. Este portefólio tinha como objetivo evidenciar a consolidação de saberes teóricos e práticos, adquiridos ao longo da experiência profissional, demonstrando a capacidade de prestar cuidados de enfermagem diferenciados à PSC em contexto de urgência.

Os objetivos de estágio foram estabelecidos com base nas competências do EEEMCPSC e no tema central do relatório:

- Garantir cuidados de enfermagem especializados seguros, baseados no respeito e na dignidade humana;
- Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados direcionados para a melhoria contínua da qualidade, através da definição e participação em projetos de melhoria contínua;
- Aprofundar conhecimentos na área do transporte da PSC, nomeadamente no TIH;
- Desenvolver competências de enfermagem no cuidado à PSC e à sua respetiva família;
- Desenvolver competências de enfermagem especializada na gestão de complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais associadas ao TIH;
- Prestar cuidados de enfermagem humanizados à PSC em ambientes tecnológicos;
- Conhecer e analisar os planos de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe;
- Desenvolver e atualizar conhecimentos na prevenção e controlo de infeção nos cuidados especializados exigidos à PSC.

Em relação à estrutura, o relatório organizado em cinco capítulos. O capítulo inicial aborda a presente introdução, onde apresentamos o relatório, o tema e a justificação do mesmo, definimos os objetivos, os principais conceitos mobilizados e apresentamos a filosofia de

cuidados que sustenta a nossa intervenção. No segundo capítulo, é apresentado o enquadramento teórico, que contextualiza a temática, fundamenta e envolve com os referências teóricos e os resultados da revisão scoping. No terceiro capítulo descrevemos onde decorreram os contextos clínicos, caracterizando o espaço físico, a equipa de enfermagem e a população assistida. No quarto capítulo detalhamos a análise e reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento de competências ao longo deste percurso assentes nas competências comuns do EE, nas específicas do EEEMCPSC e das competências definidas para a obtenção do grau de Mestre. Por último, encontram-se as considerações finais nas quais se evidencia o enriquecimento pessoal e profissional decorrente dos estágios realizados, seguida pelas referências bibliográficas utilizadas na construção do documento, os apêndices, com os projetos elaborados em estágio e os anexos, onde constam os certificados de formações frequentadas.

De referir que este relatório está redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, estruturado segundo as diretrizes do guia orientador para elaboração das teses de mestrado da Egás Moniz School of Health and Science e as referências bibliográficas pelo estilo da American Psychological Association (APA), sétima edição (APA, 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo encontra-se estruturado em três subcapítulos. No primeiro subcapítulo contemplaremos o conceito de TIH e de segurança da PSC. Posteriormente, no segundo subcapítulo atribuímos especial ênfase nas intervenções especializadas de enfermagem na garantia da segurança da PSC no TIH, conjugando com os resultados da revisão scoping realizada. Por último, no terceiro subcapítulo, apresentamos a aplicação da Teoria Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem de Locsin (2005), que suportou o desenvolvimento de competências inerentes ao EEEMCPSC, bem como para a elaboração deste relatório.

1.1. TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O início da valorização do transporte da PSC está associado a cenários de guerra quando se identificou a necessidade de garantir cuidados imediatos à sobrevivência das vítimas e à sua respetiva evacuação (Martim, 2001). Florence Nightingale, na Guerra da Crimeia (1854-1855), demonstrou o papel fundamental dos enfermeiros nos cuidados com à PSC e que o seu transporte comporta uma variedade de momentos desafiadores para a equipa de enfermagem (Martim, 2001).

Em Portugal, as recomendações para o transporte são apresentadas pela Ordem dos Médicos (OM) e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos (SPCI), tendo sido atualizadas em 2023 (OM & SPCI, 2023).

O transporte da PSC pode ser caracterizado consoante o seu local de origem, em primário e secundário. O transporte primário corresponde ao transporte efetuado em ambiente extra-hospitalar para uma unidade de saúde; enquanto o transporte secundário abrange o transporte entre unidades de saúde (OM & SPCI, 2023). Salienta-se a importância da existência do TIH, tradicionalmente não incluído nas duas categorias previamente mencionadas, que corresponde ao transporte da PSC dentro da instituição de saúde.

Nos dias de hoje a PSC é frequentemente submetida ao TIH devido à necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, procedimentos terapêuticos, ou transferência para o bloco operatório (BO) e para a UCI (Silva et al., 2017).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, entende-se por PSC aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). A experiência de TIH representa um período de maior vulnerabilidade para a PSC, com risco de compromisso da estabilidade clínica associada ao tempo de transporte, bem como à ocorrência de efeitos adversos e a limitações no acesso a equipamentos de monitorização e de suporte avançado de vida (SAV).

A concretização do TIH está dividida nas seguintes três fases: decisão, planeamento e efetivação (OM & SPCI, 2023). A primeira fase de decisão de transportar uma PSC é um ato exclusivo do médico, onde devem ser equacionados todos os riscos inerentes à pessoa e ao transporte (OM & SPCI, 2023).

O planeamento é executado pela equipa médica e de enfermagem do serviço de origem, sendo realizado de forma articulada com o serviço de destino. Este processo inclui a avaliação da distância e do tempo estimado de deslocação, a seleção da equipa de transporte mais adequada, a definição dos recursos necessários de monitorização; a determinação de objetivos fisiológicos a serem durante o percurso, a eleição apropriada dos equipamentos e da terapêutica, bem como a antecipação e prevenção das possíveis complicações (OM & SPCI, 2023).

A efetivação do TIH é da responsabilidade da equipa de transporte, garantindo o acompanhamento e a vigilância da pessoa até esta ser delegada aos profissionais do serviço recetor, ou no caso de realização de exames complementares de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, até ao retorno da pessoa ao serviço de origem (Hu et al., 2021; OM & SPCI, 2023).

É nestas duas últimas fases que se ressalva a importância do enfermeiro na preparação e concretização de um transporte seguro com vista à minimização de riscos para a PSC.

1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GARANTIA DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

O TIH está associado a diversas complicações significativas, relacionados com alterações fisiológicas da pessoa, tais como hipotensão arterial grave ou alteração do estado de consciência (Sharafi et al., 2020), bem como relacionados com a falha de equipamentos ou de dispositivos

médicos, como a exteriorização de sondas nasogástricas ou tubos orotraqueais (Putra et al., 2022), falha de oxigénio ou perda de autonomia dos monitores de monitorização de parâmetros vitais (An et al., 2022; Hu et al., 2021).

Para diminuir o risco de complicações para a pessoa, o transporte deve ser planeado de forma organizada e sistemática, e efetuado com monitorização, equipamento e equipa adequados. Do mesmo modo, o uso de métodos de transferência de informação sistemáticos e padronizados, com recurso a listas de verificação e mnemónicas de comunicação como o ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) devem ser garantidos (Powell et al., 2020).

Em Portugal, as orientações mais recentes da OM e SPCI (2023) para o TIH, são as seguintes:

- **Monitorização**

Durante o transporte, a PSC deve ser monitorizada de forma contínua por meio de eletrocardiografia, oximetria de pulso, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, pressão da via aérea e capnografia, nas pessoas sob ventilação mecânica invasiva (VMI). Devem ser ajustados os alarmes conforme a situação clínica e objetivos terapêuticos individuais da PSC.

É recomendado um monitor com capacidade de memória para monitorização contínua e registo periódico de parâmetros vitais invasivos e não invasivos (Australian and New Zealand College of Anaesthetists [ANZCA], 2024; Intensive Care Society, 2019).

- **Equipamento**

A escolha do equipamento deve ter em consideração a duração do transporte, o diagnóstico e o nível de instabilidade da PSC, nomeadamente monitor de transporte com desfibrilhador, pás multifunções, fonte de oxigénio (O_2 necessário = $[(20 + V_{min}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] \times 50\%$), ventilador de transporte, seringas e bombas de perfusão, tantas quanto necessário.

A equipa de transporte deve ter consigo a mala de transporte com fármacos de ressuscitação, medicação de perfusão, medicações de urgência adicionais, material de intubação endotraqueal, entre outro material definido em protocolo institucional para responder a qualquer intercorrência. Todos os equipamentos devem ter os visores posicionados de forma

bem visível para os elementos da equipa que acompanham a PSC durante todo o percurso (Intensive Care Society, 2019; OM & SPCI, 2023).

- **Profissionais que acompanham a PSC**

A equipa de transporte deve possuir domínio técnico sobre os equipamentos utilizados, bem como sobre possíveis complicações associadas ao transporte perante a condição clínica da pessoa (ANZCA, 2024).

No transporte da PSC, o enfermeiro para além da experiência profissional, formação e treino direcionado deve ser detentor do curso de SAV e SAV em trauma e realizar formação contínua na área do transporte da PSC (ANZCA, 2024; OM & SPCI, 2023).

O nível de monitorização, vigilância e cuidados prestados ao longo do transporte deve, no mínimo, equiparar-se ao do serviço de origem (Hu et al., 2021; OM & SPCI, 2023). É primordial que exista um correto planeamento do transporte e que a PSC se encontre hemodinamicamente estável, pois esta é a condição necessária para evitar complicações, salvo se a estabilização só for possível na unidade recetora, por necessidade de intervenção especializada (Intensive Care Society, 2019; OM & SPCI, 2023).

Para que a segurança do TIH seja garantida, é fundamental avaliar e estabilizar a PSC antes do mesmo. Os três momentos de maior vulnerabilidade para a ocorrência de eventos adversos são os primeiros 5 minutos do transporte, a transferência da pessoa e o transporte superior a 30 minutos (OM & SPCI, 2023).

A implementação de checklists é recomendada como essencial na melhoria da qualidade do TIH, tanto na gestão dos equipamentos, como na comunicação entre equipas, diminuindo a incidência de eventos adversos e aumentando a segurança da PSC (An et al., 2022; OM & SPCI, 2023).

Os cuidados de enfermagem à PSC durante o TIH exige das equipas um elevado rigor na fase de preparação, uma monitorização contínua da pessoa, cooperação e articulação entre os elementos da equipa de forma a assegurar a estabilização e segurança da pessoa.

A OM e a SPCI (2023) recomendam a aplicação de escala de verificação para o transporte da PSC, preenchida pelo médico e enfermeiro, onde o resultado determina o nível de equipamento, monitorização e a equipa necessários (Figura 1).

| | | | |
|--|-------------|--|-------------|
| 1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente) | 0 1 2 | 8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário) | 0 1 2 |
| 2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14/ min FR entre 15 e 35/ min Apneia ou FR < 10/ min ou FR > 35/ min ou respiração irregular | 0 1 2 | 9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8 | 0 1 2 |
| 3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenioterapia) Sim (Ventilação Mecânica) | 0 1 2 | 10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico | 0 1 2 |
| 4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável | 0 1 2 | | |
| 5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15ml/ min) Instável (inotrópicos ou sangue) | 0 1 2 | | |
| 6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável) | 0 1 2 | | |
| 7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h) | 0 1 2 | TOTAL ... | |

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

| Pontos | Nível | Acompanhamento | Monitorização | Equipamento |
|---------------------------------------|-------|---------------------|---|---|
| 0-2 (apenas com O2 e linha EV) | A | Auxiliar | Nenhum | Nenhum |
| 3-6 (sem nenhum item com pontuação 2) | B | Enfermeiro | Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva | Insuflador manual + Máscara + Guedel |
| ≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2 | C | Médico + Enfermeiro | Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado | Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada. |

Figura 1 - Escala de verificação para transporte intra-hospitalar da PSC (OM & SPCI, 2023)

Segundo o Parecer n.º 09/2017 determinado pela OE acerca dos profissionais que realizam o transporte da PSC, “verificamos que o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes de doente crítico ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente

o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.” (2017, p. 2). Assim, o EEEMCPSC é o elemento de eleição na equipa de enfermagem, dado o domínio das competências específicas, o treino avançado e a capacitação técnica, que o habilitam a antecipar potenciais complicações e a identificar precocemente focos de instabilidade clínica.

No início deste percurso, explorámos a temática em estudo com a construção de uma revisão scoping (Apêndice I), tendo em consideração a evidência científica produzida visando dar resposta à questão de investigação: “Quais são as intervenções de enfermagem na garantia da segurança da PSC no transporte intra-hospitalar?”.

A pesquisa inicial, conduzida nas base de dados científica PubMed e a plataforma EBSCOhost, resultou na identificação de 186 artigos, sendo que apenas 7 cumpriram os critérios de inclusão previamente definidos. Após análise dos resultados, identificámos quatro categorias que deram resposta à questão de investigação, nomeadamente: a formação contínua (Akrami et al., 2019; Hu et al., 2021; O’Leary et al., 2018; Putra et al., 2022; Williams et al., 2019; Sharafi et al., 2020); a implementação de checklists de TIH (Akrami et al., 2019; Hu et al., 2021; O’Leary et al., 2018; Nisha e Sariga, 2022; Putra et al., 2022; Williams et al., 2019); a comunicação eficaz (Sharafi et al., 2020; Williams et al., 2019) e o conhecimento dos eventos adversos mais frequentes (Hu et al., 2021; Nisha e Sariga, 2022; Putra et al., 2022; Sharafi et al., 2020).

Assim como as competências técnicas são importantes, é fundamental valorizar as competências não técnicas, tais como atitudes e habilidades interpessoais que respondem às necessidades da PSC, promovendo um transporte seguro, centrado na pessoa, adequado às características individuais (Ferreira et al., 2021).

É essencial reconhecer que o TIH, pode ser uma vivência desafiadora e angustiante, visto que a PSC se encontra vulnerável e rodeada de equipamentos, sons desconhecidos e movimentações técnicas, muita vezes sem espaço para diálogo, acolhimento ou esclarecimento (Ferreira et al., 2021).

É necessário que a PSC permaneça como sujeito de direitos, sentimentos, medos e perceções que merecem atenção. Cuidar de forma humanizada implica ver além da condição física, considerando a pessoa como um todo e mantendo a comunicação clara, proporcionando conforto e garantindo que todas as ações transmitam segurança, empatia e presença (Ferreira et al., 2021).

Destacamos ainda, a relevância da comunicação eficaz entre os elementos da equipa de transporte para garantir segurança, eficiência e qualidade no cuidado prestado. O uso sistemático de estratégias como o *briefing* e *debriefing* tem-se mostrado fundamental para promover a segurança da pessoa, prevenir eventos adversos e melhorar o trabalho em equipa. O *briefing* permite uma preparação estruturada antes do transporte, alinhando informações clínicas, desempenho de funções e possíveis intercorrências. Enquanto no *debriefing*, realizado após o procedimento, favorece a reflexão sobre as ações executadas, identificando aspetos positivos e outros com oportunidades de melhoria (Skoglund et al., 2024).

O TIH é um momento de risco elevado para a PSC, no qual a comunicação ineficaz pode originar diversos efeitos adversos graves. A utilização da técnica de comunicação ISBAR, neste contexto, contribui para a continuidade dos cuidados, a redução de falhas de comunicação entre as equipas e padroniza a passagem de informação relevante para o cuidados seguro da PSC (Lazzari, 2024).

Tendo em consideração as intervenções que abordamos neste enquadramento concluímos que cabe ao EEEMCPSC a implementação das categorias referidas anteriormente. Estas categorias constituem um recurso fiável que transmite segurança à prática dos profissionais de enfermagem, promovendo uma atuação precoce e prevenindo incidentes críticos em todas as etapas do procedimento do TIH.

1.3. TEORIA DA COMPETÊNCIA TECNOLÓGICA COMO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Rozzano Locsin desenvolveu uma teoria de médio alcance, ou seja, uma teoria com menos abstração, onde se aborda fenómenos ou conceitos específicos e reflete a prática, a teoria da Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem (*Technological Competency as Caring in Nursing*). A teoria propõe que a competência tecnológica representa uma expressão do cuidar, ao possibilitar o conhecimento aprofundado e integral do outro enquanto ser humano único, com especificidades próprias e em constante transformação (Locsin, 2005). Esta é fundamentada na teoria de Enfermagem como Cuidar (*Nursing as caring*) de Anne Boykin e Savina Schoenhofer (2013).

A teoria da Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem foi desenvolvida com o intuito de evidenciar a competência tecnológica como um benefício no cuidar em enfermagem,

onde a tecnologia entre a pessoa e o enfermeiro é um elo de ligação sustentado por uma relação de vulnerabilidade mútua e de partilha de conhecimento entre os mesmos, aproximando-os continuamente. Assim, a verdadeira essência da teoria centra-se na premissa de que a competência tecnológica pode ser assumida como uma própria expressão do cuidar em enfermagem (Locsin, 2005).

É ainda considerado que a tecnologia não se limita apenas a dispositivos ou equipamentos avançados, aumenta os benefícios para a enfermagem ampliando a capacidade de o enfermeiro oferecer um cuidado mais seguro, eficaz e humanizado.

O enfermeiro deve aliar a tecnologia como um elemento potencializador na integração dos cuidados, auxiliando na identificação de necessidades de saúde da pessoa e, posteriormente, na execução de intervenções baseadas nessas mesmas necessidades, sempre com o objetivo de uma abordagem holística do cuidar (Júnior et al., 2023)

Os enfermeiros que utilizam esta teoria na sua prática passam a integrar, de forma consciente e reflexiva, o uso da tecnologia com as dimensões ética, relacional e técnica do cuidado.

A Teoria Competência Tecnológica como cuidar em enfermagem apresenta cinco pressupostos:

- As pessoas cuidam em virtude da sua humanidade (Boykin & Schoenhofer, 2013). Todos os envolvidos no cuidado são cuidadores como parte integrante das suas características inatas. Esta perspetiva abrange as pessoas doentes e os seus familiares como participantes dos cuidados (Locsin, 2005);
- As pessoas são inteiras e completas em cada momento (Boykin & Schoenhofer, 2013). O enfermeiro cuida da pessoa como um ser único e vive uma experiência compartilhada com a pessoa que está a ser cuidada, em vez de se centrar apenas em tratar a condição clínica da pessoa (Locsin, 2001, 2005);
- Conhecer as pessoas é um processo contínuo que permite a valorização das mesmas, momento a momento, como participantes dinâmicos no cuidado humano (Locsin, 2005);
- A tecnologia é usada para conhecer a pessoa como um todo (Locsin, 2005). Os enfermeiros através das tecnologias de saúde são capazes de conhecer a pessoa plenamente num momento, como contributo ativo nos seus cuidados;
- A enfermagem é uma disciplina e uma profissão (Boykin & Schoenhofer, 2013).

A Enfermagem é considerada uma disciplina por deter conhecimentos próprios que resultam de pesquisas científicas rigorosas que fornecem o saber para a prática de enfermagem (Locsin, 2017). Para Locsin e Purnell (2015), a operacionalidade do processo de enfermagem, com vista a conhecer o outro, vai ao encontro dos padrões de conhecimento em enfermagem: *knowing* (conhecimento de pessoa cuidada através das revelações da tecnologia), *designing* (processo multidimensional de conhecer a pessoa, num cuidado sensível às vontades e necessidades da mesma), *participation in association* (envolve uma prática partilhada de atividades, com adaptação num conhecimento contínuo) e *verifying knowledge* (processo contínuo e circular que reflete a natureza dinâmica, evolutiva e em permanente transformação do conhecimento em enfermagem).

A pessoa deve ser considerada um ser individual, singular e vulnerável, sendo um elemento ativo na relação de cuidado e na mudança na sua condição de saúde (Locsin, 2005).

Segundo Locsin (2017), conhecer a pessoa num contexto de cuidados tecnicamente exigente constitui uma expressão de conhecimento intencional, deliberado e autêntico, que integra de forma articulada a especialização teórico-prática com a dimensão humana do cuidar. Neste sentido, o contributo teórico de Locsin deve constituir uma referência fundamental para os profissionais de enfermagem que prestam cuidados à PSC, seja nos SUG, nas UCI, no BO ou em contextos de transporte da mesma, pois a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC implica, de forma crescente, o recurso à tecnologia como elemento fundamental para assegurar uma prática eficiente e segura.

O avanço tecnológico na área da saúde tem desempenhado um papel crucial na melhoria dos cuidados prestados, assumindo-se, atualmente, como um recurso indispensável para garantir a qualidade na prestação dos mesmos. (Rubeis, 2020). Contudo, a utilização destas tecnologias deve ser realizada de forma criteriosa e orientada por objetivos claros, de modo a prevenir a desvalorização e a desumanização do cuidado em enfermagem, evitando que a ênfase na tecnologia prejudique o enfoque centrado na pessoa (Rubeis, 2020).

Esse mesmo avanço tecnológico em conjunto com o desenvolvimento de competências por parte do EEEMCPSC, permitem uma melhoria significativa da segurança da pessoa, bem como da continuidade dos cuidados humanizados, com especial importância no TIH, onde a capacidade de adaptar os recursos tecnológicos às características individuais da PSC pelo EEEMCPSC, garante uma identificação precoce de fatores de instabilidade e uma atuação perante as necessidades da pessoa.

A condição clínica da PSC determina, orienta e define as intervenções de enfermagem, as quais se caracterizam por serem cuidados altamente qualificados, direcionados a responder às necessidades da pessoa, assegurando a manutenção das funções vitais, prevenindo complicações, minimizando incapacidades e, sempre que possível, potencializando a sua recuperação (OE, 2018).

Assim, o recurso à tecnologia permitem aumentar qualidade dos cuidados prestados, bem como a sua segurança, uma vez que todos os recursos utilizados estão ajustados e parametrizados às características individuais da pessoa e à situação crítica da mesma. Este cuidado permite a identificação precoce de sinais de alerta e complicações, possibilitando a sua prevenção e intervenção eficaz.

A incorporação da tecnologia na prática de enfermagem promove a valorização do ser humano, reconhecendo-o não apenas como objeto dos cuidados, mas como um participante ativo no processo de cuidado. O impacto efetivo desta tecnologia só se concretiza mediante a busca contínua de compreender a pessoa na sua totalidade, reconhecendo-a como um ser humano imprevisível e em constante transformação (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Conhecer a pessoa no contexto de uma prática de enfermagem tecnicamente exigente, demonstra um conhecimento consciente, intencional e autêntico, que integra de forma harmoniosa a dimensão teórico-prática especializada com a dimensão humana do cuidado (Locsin, 2017).

Em síntese, a integração entre a experiência adquirida com a prática e as competências desenvolvidas pelo EEEMCPSC, aliada à utilização individualizada dos recursos tecnológicos, constitui um contributo significativo para o aprimoramento da tomada de decisão, sustentada na evidência científica, possibilitando a identificação precoce de sinais de instabilidade e a implementação oportuna de intervenções adequadas.

Essa complementaridade promove a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, com especial destaque para o TIH, onde são frequentes os efeitos adversos. Assim, essa sinergia revela-se essencial para garantir a segurança e excelência dos cuidados no contexto do TIH.

2. CONTEXTO CLÍNICO

No decurso do curso de Mestrado EMC-PSC foi realizado um estágio curricular numa Unidade Local de Saúde (ULS) na Margem Sul do Tejo no contexto da área da PSC. Este estágio decorreu em três contextos distintos num total de 360 horas, distribuídos por UCI de nível III, VMER e por último, UL-PPCIRA.

No presente capítulo será apresentada uma descrição dos contextos de estágio, incluindo uma caracterização do serviço em termos da sua etiologia, bem como dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

Os objetivos de estágio definidos e as respetivas atividades propostas encontram-se no apêndice II.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A área da medicina intensiva é multidisciplinar e diferenciada, priorizando a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave, nas pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais (Ministério da Saúde [MS], 2013).

A UCI onde realizámos o estágio,

“presta cuidados a pessoas doentes em estado crítico, ou seja, aquelas que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas do seu organismo, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica. A Unidade recebe também pessoas sujeitas a cirurgias difíceis e arriscadas, nas quais atua para manter equilíbrios e prevenir disfunções no pós-operatório imediato. Na grande maioria dos casos, o internamento nesta Unidade termina com a transferência para outro serviço” (ULS, 2014).

Esta UCI localiza-se no piso 1, próximo do BO, do SUG e do Serviço de Radiologia, cumprindo assim as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e do MS em relação à localização e proximidade com os serviços de apoio (ACSS, 2013; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003a).

Encontra-se em atividade desde 16 de setembro de 1991 e é considerada uma UCI nível III, sendo constituída com “equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários” (MS, 2013, p. 58). E ainda, de acordo com a OE (2019a) os rácios enfermeiro/doente deverão ser de 1:1.

Tem capacidade de onze camas, das quais quatro são camas de cuidados intermédios em sistema de *open-space*, duas de isolamento respiratório e cinco de cuidados intensivos individualizadas em sistema de *box*. De momento, estão apenas disponíveis oito camas de cuidados intensivos, por escassez de recursos humanos.

Cada unidade para a PSC é composta por uma cama com capacidade para avaliar o peso da pessoa, um ventilador mecânico que permite a realização de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, monitor com monitorização hemodinâmica, traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressão venosa central, oximetria de pulso, capnografia, monitorização hemodinâmica invasiva (Sistema PiCCO: *Pulse Contour Cardiac Output*) e neuromonitorização (*Bispectral Index*). Assim como bombas de nutrição entérica e equipamento de oxigenoterapia de alto fluxo. Os equipamentos para realização de terapias de substituição renal disponíveis são dois e são móveis, podendo ser instituídos em qualquer unidade. Existem três carros de emergência posicionados em locais estratégicos e acessíveis e um equipamento para análises gasométricas.

Durante o decurso deste estágio, foi igualmente possível efetuar registos de enfermagem através da aplicação do método ISBAR no sistema de informação e comunicação denominada *B-Simple – PatientCare*[®]. Este programa permite visualizar em tempo real a terapêutica em perfusão, a monitorização hemodinâmica contínua e os resultados de gasimetrias, análises clínicas, exames complementares de diagnóstico bem como o histórico de saúde. Este tipo de tecnologia permite não só prevenir complicações, com uma observação mais criteriosa, mas também adaptar o plano de cuidados de forma personalizada.

A equipa é composta por seis médicos assistentes contratados, na qual se inclui o diretor de serviço e cerca de dez a quinze médicos externos em regime de prestação de serviços, trinta e dois enfermeiros, catorze assistentes operacionais e uma técnica administrativa.

A equipa de enfermagem contempla a enfermeira coordenadora (enfermeira especialista na área de enfermagem de reabilitação) e uma enfermeira especialista na área de EMC-PSC, que atua em colaboração com a enfermeira coordenadora na gestão do serviço. Os restantes elementos encontram-se divididos por cinco equipas, cada uma composta por um chefe de

equipa EEEMCPSC e que é o responsável na ausência da enfermeira coordenadora, mas que presta cuidados diretos.

Foi emanado pela OE, no regulamento n.º 743/2019 referente ao cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, que 50% da equipa enfermagem em funções na UCI deve ser especializada em EMC-PSC em permanência nas 24 horas, visto tratar-se de pessoas que exigem um nível de cuidados de elevado grau de complexidade e de conhecimento (OE, 2019b).

Na unidade existem oito EE na área de EMC-PSC, dois EE em EMC na área de Intervenção em enfermagem à Pessoa Idosa e sete EE em enfermagem de Reabilitação. O trabalho de enfermagem está organizado em 3 turnos diários, manhã (das 8h00 às 16h00), tarde (das 15h30 às 23h30) e noite (das 23h30 às 8h30). Em cada turno estão presentes no mínimo quatro enfermeiros, correspondendo a um rácio de 1:2 (enfermeiro/doente).

O chefe de equipa é responsável pela gestão da equipa na prestação de cuidados e realiza a distribuição dos doentes internados pelos elementos da equipa para cada turno.

No que concerne ao método individual de trabalho adotado nesta UCI, segue-se o modelo conceptual de Nancy Roper. O enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados aos doentes atribuídos em cada turno, tendo como objetivo primordial a promoção e manutenção das 12 atividades da vida diária, conforme delineadas pela teórica, durante períodos de incapacidade física ou cognitiva, sem comprometer a colaboração e o trabalho em equipa (Williams, 2015).

Em termos de técnicos auxiliares de saúde, a equipa é composta por catorze elementos, dois em regime fixo, sendo um responsável pelo *Ekanban*[®] (reposição de material) e outro dedicado à prestação de cuidados. Os restantes encontram-se distribuídos por cinco equipas, com mínimo de dois elementos por turno.

A completar a equipa, a assistente administrativa encontra-se disponível nos dias úteis das 8 às 17 horas, responsável pelas funções burocráticas do serviço.

Para além da equipa referida anteriormente, existem outros profissionais de saúde de diferentes categorias que colaboram quando solicitados, como médicos de outras áreas de especialidade, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, farmacêuticos, assistente social, e outros técnicos da área de equipamentos, logística e manutenção.

De acordo com os dados estatísticos disponibilizados no portal da ULS, em 2024 foram admitidos 277 doentes na UCI. Destacou-se a sua proveniência, sendo que 96.5% derivam de serviços da própria ULS, nomeadamente 43% provenientes do BO, 38% do SUG, 15.5% de outros serviços, enquanto cerca de 3.5% foram transferidos de outras instituições para a área de residência. Do total de admitidos, 71.1% dos doentes foram transferidos para outros serviços, 6% teve alta hospitalar e 22.5% faleceram. Relativamente aos dias de internamento verifica-se uma média de 9.1 dias e com uma taxa de ocupação de 85%.

A equipa da UCI integra ainda a equipa de Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), criada em 2022. É composta por um médico, um enfermeiro e um assistente operacional e visa dar resposta às emergências que decorrem no espaço intra-hospitalar, incluindo visitantes e profissionais na área envolvente do hospital e pessoas que se encontrem internados noutros serviços, adultos ou pediátricos.

A ativação da equipa depende de critérios específicos enumerados na Norma n.º 15 (DGS, 2010). Conforme os dados fornecidos pelo serviço, em 2024 registaram-se 135 ativações. As intervenções de enfermagem mais frequentes incluíram a administração de fármacos (49.63%) e de oxigenoterapia (35.56%). Em relação ao destino dos doentes 32.85% permaneceram no serviço, 12.87% foram encaminhados para o SUG, 13.87% foram encaminhados para a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA), 8.76% para a UCI da instituição, 5.11% para UCI fora da instituição, 20.44% faleceram e 5.11% tiveram outro destino.

2.2. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

A VMER constitui um meio de intervenção no contexto da emergência pré-hospitalar, sendo tripulada por um médico e um enfermeiro. Tem como finalidade a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte da PSC, incluindo vítimas de trauma ou doença súbita em situações de emergência, dispondo de equipamento para SAV (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2017).

É composta por um coordenador de enfermagem e um coordenador médico. A equipa de enfermagem é constituída por vinte enfermeiros, dos quais onze são elementos que pertencem à instituição, os restantes encontram-se em regime de prestação de serviços. Dos enfermeiros que pertencem à instituição oito têm a especialidade em EMC-PSC. O trabalho de enfermagem

está organizado em 3 turnos diários, manhã (das 8h00 às 16h00), tarde (das 16h00 às 23h00) e noite (das 23h00 às 8h00).

A equipa médica é constituída por vinte e três elementos, estando a maioria em regime de prestação de serviços.

De acordo com a informação fornecida pelo enfermeiro coordenador no respetivo ano de 2024, tiveram um total de 2433 ativações, sendo uma média de 202 por mês. As ativações da VMER são da responsabilidade do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), após a triagem e identificação da prioridade por parte do mesmo. A ativação é efetivada primeiramente através do rádio, posteriormente pelo telemóvel com indicação do algoritmo de triagem e a morada da ocorrência e, por último, no computador portátil, com informação complementar. Contudo, apesar da ativação nestes três dispositivos, se for necessário esclarecer e complementar a informação é realizado contacto telefónico diretamente com o CODU.

A VMER está equipada com diversos equipamentos tecnológicos que permitem melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, tais como um monitor multifunções com capacidade de realização de eletrocardiogramas com envio direto para o CODU, um compressor torácico mecânico designado por LUCAS, permitindo realizar compressões mais eficazes em caso de paragem cardiorrespiratória, bem como, permitir que os profissionais possam ficar disponíveis para intervir noutras áreas, um ventilador portátil com modos ventilatórios invasivos e não invasivos, um videolarinoscópio, que permite realizar uma laringoscopia de forma mais rápida e segura, e ainda uma máquina de gasimetrias, para uma abordagem e intervenção mais individualizada e eficaz.

Durante o transporte até à instituição a equipa assegura a continuação dos cuidados, monitorizando os parâmetros vitais, ajustando intervenções, permitindo a transferência da PSC com maior segurança e eficácia possível, prevenindo a deteriorações durante o mesmo, aumentando as hipóteses de sobrevivência e recuperação.

2.3. UNIDADE LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

Em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), reconhecendo-se as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) como um indicador relevante da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2013). A PPCIRA orienta a sua intervenção, entre outras áreas, na redução das taxas de IACS, tanto hospitalares como comunitárias, bem como para a diminuição da prevalência de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Adicionalmente, foca-se na vigilância contínua das infeções hospitalares, no consumo de antibióticos e na incidência de microrganismos multirresistentes (DGS, 2013).

A UL-PPCIRA encontra-se no 3º piso, num gabinete com 2 áreas, a área de trabalho e uma sala de reuniões. Tem por missão implementar uma abordagem estruturada multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo de IACS, de prevenção e controlo das resistências aos antimicrobianos, com políticas de intervenção a nível nacional como o Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica, Campanha Nacional de Precauções Básicas de Controlo de Infecção e vigilância epidemiológica de IACS, de consumo de antibióticos e de resistência aos antimicrobianos (DGS, 2017).

A unidade é constituída por um grupo multidisciplinar, nomeadamente por um médico coordenador, médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Existe uma enfermeira responsável e ainda duas enfermeiras em dedicação exclusiva com horário fixo em dias úteis (das 8h00 às 16h00).

A UL-PPCIRA desempenha um papel fundamental na transmissão de orientações mais recentes, consultoria, divulgação de resultados de auditorias, aquisição de equipamentos, formação aos diversos profissionais de saúde sobre medidas de prevenção e controlo de IACS, que consequentemente conduzirão a uma melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Surgiu em 2013 o programa STOP-infeção, uma iniciativa por parte da Fundação Calouste Gulbenkian e do MS em reduzir 50% a incidência das infeções hospitalares adquiridas nas pessoas internadas, em cerca de doze hospitais, num período de três anos. A primeira fase teve início em 2015. As infeções alvo de intervenção foram as infeções da corrente sanguínea associadas ao catéter vascular central, infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação, pneumonias associadas à intubação endotraqueal em UCI e às infeções do local

cirúrgico (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). Em 2018, o projeto estendeu-se por mais 19 hospitais.

Em outubro de 2022 iniciou-se uma nova iniciativa do PPCIRA e da DGS, novamente em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, o STOP-Infeção 2.0, com o alargamento a mais doze instituições hospitalares, com o principal objetivo de reduzir 50% a incidência dos quatro tipos de infeção já referidos anteriormente até outubro de 2025.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro durante o percurso profissional deverá desenvolver um conjunto de competências intrínsecas à profissão, distinguindo-se pela formação que realiza e pela abordagem que adota, assumindo como base os princípios éticos e deontológicos para a sua prática profissional (Nunes, 2018).

O conceito de competência é definido pela OE como “os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão” (OE, 2019, p. 4745).

O desenvolvimento de competências do enfermeiro fundamenta-se no reconhecimento das necessidades individuais de cada um. No decorrer da sua vida profissional, o enfermeiro aprende a identificar o que é relevante em diferentes situações e a extrair o essencial para a melhoria do seu desempenho. Assim, as competências surgem quando um enfermeiro adquire uma habilidade profissional fundamentada no conhecimento, com base na evidência científica mais recente, indo desse modo mais além que uma simples aplicação técnica (Benner, 2001).

Este capítulo visa contribuir para a identificação e análise reflexiva das atividades relacionadas com o cuidado à PSC, possibilitando a aplicação dos conhecimentos adquiridos nas diversas UC, bem como a integração das múltiplas experiências vivenciadas ao longo dos estágios e do percurso profissional.

Dessa forma, procedemos à análise e reflexão acerca do desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EE em EMC-PSC, assim como das competências de mestre em enfermagem, de forma simultânea.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências comuns dos EE “são 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. 4745). Assim, as competências referidas abrangem quatro domínios: “A - Responsabilidade profissional, ética e legal; B - Melhoria contínua da qualidade; C - Gestão dos cuidados e D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019b, p. 4745).

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, p. 4745).

Neste domínio de competências incluímos a competência de mestre que refere à capacidade para integrar conhecimentos, gerir situações complexas e tomada de decisão, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A conduta ética, a responsabilidade profissional e a adesão à legislação são bases fundamentais na prática de enfermagem, exigindo ao enfermeiro uma conduta ética em relação aos direitos da pessoa, refletindo esses valores nos cuidados prestados. Assim, o EE deve basear a sua conduta com base nos quatro princípios éticos: princípios da autonomia, da justiça, da beneficência e da não-maleficência (OE, 2015a, 2015b, 2019a).

Considerámos desta forma pertinente a leitura de documentos, tais como, o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015c), o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015b), os Padrões de Qualidade do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2001) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em PSC (OE, 2015a), com vista a garantir uma prática profissional segura, responsável e de qualidade.

Com a prática diária, decorrente da experiência profissional no SUG, torna-se premente a leitura dos documentos anteriormente mencionados, bem como a reflexão sobre os mesmos, uma vez que nos deparamos com uma realidade multicultural, com variadas crenças religiosas e valores culturais, e o nosso papel como enfermeiros é prestar os cuidados respeitando essas mesmas crenças e valores.

Para além disso, o SUG trata-se de um serviço desafiante não só pelas condições estruturais, bem como, pela afluência de pessoas, que inevitavelmente ultrapassa a capacidade máxima do

serviço, conferindo uma preocupação/atenção reforçada pela manutenção da privacidade das pessoas.

Para dar resposta a esta problemática foram de extrema importância os conhecimentos adquiridos na UC “Ética e Deontologia”, onde realizámos um trabalho com a temática “A Privacidade na Proteção de Cuidados de Enfermagem ao Doente Crítico no Serviço de Urgência”, refletindo acerca de vários aspetos, como os principais momentos de exposição da privacidade física da pessoa, onde foram incluídos a prestação de cuidados de higiene e conforto, a realização de procedimentos técnicos invasivos, a abordagem em situações de emergência, e também nas visitas de familiares e de fornecimento de informações clínicas.

Em contexto de UCI, estando a mesma estruturada com unidades em sistema de *box*, existe uma maior facilidade na manutenção da privacidade da pessoa em relação a sistemas de *open-space*. Contudo, nessa área estão disponíveis cortinas descartáveis com limitação total da zona envolvente, não existindo incompatibilidade para manter a privacidade física. A passagem de turno era realizada num local em frente às unidades, não colocando em risco o cumprimento desta premissa.

Em contexto do percurso profissional relativamente ao respeito pelas crenças da PSC, destacamos uma situação de recusa de administração de derivados de sangue por uma PSC testemunha de Jeová. Tratava-se de uma vontade expressa pela pessoa na presença de familiares aquando do internamento na UCI. Posteriormente, quando estava sozinho na unidade questionou a possibilidade de ser realizada a transfusão e de não ser comunicado à família. A sua decisão foi respeitada, e para garantir o sigilo, a informação foi comunicada de forma protegida durante as passagens de turno a toda a equipa para que não houvesse qualquer falha.

Diante da situação anteriormente mencionada, entendemos que foram respeitados os direitos à autonomia e à liberdade da pessoa, na medida em que lhe foi assegurada a possibilidade de decidir sobre o próprio tratamento. Ademais, foi garantido o direito ao sigilo, como respeito pelas suas crenças e sem a emissão de juízos de valor.

Ao longo de todos os procedimentos realizados na UCI, observou-se uma prática profissional alicerçada nos princípios estabelecidos pelo Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015c), com pleno respeito pelos direitos humanos, dignidade, privacidade, autonomia e individualidades da PSC e da sua família.

Evidenciou-se uma preocupação constante com a qualidade e segurança dos cuidados, assim como o respeito pelas crenças religiosas e valores culturais da pessoa, promovendo a sua autonomia ao longo do processo de transição saúde-doença.

A obtenção do consentimento informado e a comunicação clara e adequada sobre os cuidados prestados foram elementos essenciais na salvaguarda dos direitos da pessoa, garantindo o respeito pela sua vontade, a confidencialidade da informação e a promoção da sua dignidade.

Concluindo, o respeito pelos princípios éticos do Código Deontológico do Enfermeiro são essenciais para a prática de um cuidado verdadeiramente humanizado. Em contextos altamente tecnológicos, como a UCI, onde o foco por vezes se volta para os equipamentos, protocolos e intercorrências, é precisamente a adesão a esses princípios, que garante que a pessoa continue a ser vista como um ser humano integral, e não apenas como um corpo a ser tratado.

Desta forma consideramos ter alcançado o objetivo de desenvolver as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como as competências de mestre anteriormente referidas.

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, p. 4745).

Neste domínio de competências incluímos também a competência de mestre “saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resposta a problemas de novos acontecimentos em contexto de equipa multidisciplinar, relacionado com o seu âmbito de estudo” (Decreto-Lei n.º 65/2018).

O EE deve atuar como um agente dinamizador na conceção e implementação de projetos institucionais na área da qualidade, reconhecendo que a melhoria contínua implica a avaliação das práticas e, conforme os resultados obtidos, a eventual revisão das mesmas e a

implementação de programas de melhoria contínua e garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

A segurança do doente é considerada “uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais” (DGS, 2020, p. 3). Como tal, foi utilizado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes como orientador da nossa prática. Este tem como principal objetivo promover e fortalecer a segurança na prestação de cuidados de saúde, sendo suportado por cinco pilares a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e as práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021).

Com esta preocupação e na procura de evidência científica mais recente, elaborámos a revisão scoping intitulada “Intervenções de Enfermagem Especializada na garantia da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar: Revisão Scoping”, que permitiu mapear e analisar as intervenções de enfermagem especializada na garantia da segurança da PSC no transporte intra-hospitalar (Apêndice I). O desenvolvimento desta revisão scoping tornou possível a incorporação de diretrizes nacionais e de conhecimentos fundamentados com a mais recente evidência científica, desenvolvendo intervenções no sentido de garantir a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC no TIH.

Durante o estágio na UCI, após reunirmos com a Enfermeira responsável, foi identificada a pertinência de participar na elaboração do procedimento de “Evacuação da pessoa em situação crítica em situação de emergência e catástrofe”, através da elaboração de cartões de funções com os papéis que cada um dos elementos da equipa multidisciplinar deve assumir, definindo de forma concisa as tarefas específicas que competem a cada elemento durante uma evacuação (Apêndice III).

A conceção e sistematização dos cartões anteriormente referidos possibilita a uniformização dos procedimentos em situação de exceção, favorecendo uma atuação coordenada, estruturada e eficaz por parte de toda a equipa multidisciplinar. Esta abordagem padronizada contribui significativamente para uma resposta mais célere, segura e eficiente em contextos caracterizados por elevados níveis de stress.

Em síntese, a elaboração e implementação dos cartões de funções traz múltiplos contributos, na medida em que, para além de reforçarem a segurança da pessoa e dos profissionais, promovem o trabalho em equipa e fomentam a comunicação. Na medida em que clarificam os

papeis e responsabilidades, reforçam a responsabilização e o *feedback*, e previnem conflitos. Adicionalmente, constituem uma ferramenta válida para a formação e treino, facilitando a preparação dos elementos para cenários de emergência e exercícios de simulacro de evacuação.

Os registos de enfermagem são executados de forma completa, sistemática e individualizada, na plataforma B-Simple[®], uma ferramenta de apoio à informação, segundo a mnemónica ISBAR. Com objetivo de garantir uma comunicação eficaz é mantida esta orientação da metodologia ISBAR entre os elementos da equipa de enfermagem na passagem de turno e também nos diferentes serviços, no sentido de se normalizar e manter uma estratégia de transmissão de informação dentro da instituição. Conforme anteriormente mencionado, foi aplicada a técnica de comunicação estruturada ISBAR no contexto do TIH, pois a mesma constitui uma mais-valia na promoção da segurança da pessoa e na continuidade dos cuidados, na medida em que esta mnemónica ao proporcionar uma transmissão de informação clara, concisa e padronizada, minimiza o risco de omissão, interpretações ambíguas ou erros durante a transição entre serviços ou unidades.

A tecnologia aparece na saúde, principalmente em contextos que prestam cuidados à PSC, como uma mais valia para a otimização do processo, registos dos cuidados, procedimentos desenvolvidos, bem como para o suporte artificial de órgãos, garantindo a continuação de cuidados, monitorização e armazenamento de dados para indicadores de saúde. Assim, a tecnologia não só melhora a eficácia e a segurança dos cuidados, como também promove um ambiente propício à análise, aprendizagem e evolução contínua da prática clínica tornando-se um elemento chave na melhoria contínua da qualidade em saúde.

Na ULS existe uma plataforma destinada à notificação de eventos adversos e à gestão de riscos, a qual possibilita a identificação e a gestão proativa dos riscos potenciais. Este sistema proporciona aos profissionais de saúde um meio estruturado para reportar incidentes e ao mesmo tempo, permite às instituições de saúde a realização de análises das notificações, visando a identificação das causas e a implementação de medidas preventivas. A notificação pode ser anónima e a mesma é encaminhada para o enfermeiro coordenador do serviço em questão, bem como para os elementos do grupo de gestão de risco, permitindo desta forma definir estratégias de melhoria dos cuidados.

No estágio na UL–PPCIRA foi-nos permitido desenvolver competências nas áreas do controlo de infeção, bem como, dos padrões de qualidade através da participação na dinâmica do serviço e nos projetos de melhoria da qualidade. Os projetos de melhoria, nos quais participamos,

basearam-se na introdução de dados de auditorias nas plataformas da DGS, na plataforma do projeto Stop-Infeção, na revisão de procedimentos e a implementação de outros, bem como na divulgação dos resultados.

Ainda foi permitido participar na reunião do Projeto Stop_Infeção 2.0, promovido pelo PPCIRA. O projeto constitui uma abordagem integrada de melhoria da qualidade, sustentado na aplicação de evidência científica, na formação contínua dos profissionais de saúde e na monitorização sistematizada, visando reforçar a segurança da pessoa e consolidar práticas clínicas eficazes, com o objetivo principal de reduzir a incidência das infeções hospitalares (Anexo I).

Os momentos de reflexão que existiram com a enfermeira orientadora e a participação nas reuniões, permitiram-nos a aquisição de saberes relativos não só ao projeto em si, mas também às estratégias a serem implementadas para se conseguir atingir os objetivos, fomentando o pensamento crítico e a prática dos cuidados diferenciados.

Destacamos um momento de reflexão com a enfermeira da UL-PPCIRA, sobre o nosso contexto profissional, sobre a recente colocação de dispositivos com solução antisséptica em todas unidades das pessoas internadas no SUG. Esta mudança permitiu um impacto significativo na qualidade dos cuidados e na prevenção de infeções, validada pelos resultados das auditorias efetuadas posteriormente. A acessibilidade ao desinfetante facilita a adesão à higiene das mãos, reduzindo as barreiras à sua prática frequente, sensibilizando e responsabilizando os profissionais para uma utilização consciente e consistente.

Após a reflexão apresentada consideramos que foram adquiridas e aprimoradas as competências comuns do EE no domínio da melhoria da qualidade, bem como as competências de mestre em enfermagem.

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, p. 4745).

Referente a este domínio inclui-se a competência de mestre em aplicar os conhecimentos, assim como a capacidade de compreender e responder a problemas de novos acontecimentos em contexto de equipa multidisciplinar, em consonância com o seu âmbito de estudo (Decreto-Lei n.º 65/2018).

O EE tem a responsabilidade de gerir tanto a prestação direta de cuidados como a organização dos cuidados realizados pela equipa, potencializando as respostas de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, com o objetivo de garantir a segurança e qualidade das funções atribuídas. Nesse sentido, o EEEMCPSC, destaca-se, pela complexidade do seu percurso formativo e pelo contexto exigente da sua prática profissional, como o elemento mais qualificado e preparado para assumir a gestão dos cuidados no seio da sua equipa.

No estágio de UCI, consideramos pertinente que a orientação do mesmo tenha sido por um EEEMCPSC que para além disso é chefe de equipa e responsável de turno, permitindo compreender e refletir sobre a responsabilidade acrescida na prática de cuidados. Desempenha um papel de referência na garantia da qualidade dos cuidados prestados pela equipa, bem como na capacidade de responder de forma eficaz às suas solicitações. Para tal, exige-se um elevado nível de conhecimentos e competências, nomeadamente na gestão de intercorrências e na resolução de conflitos. Como funções, este elemento tem doentes atribuídos, realiza a distribuição de trabalho dos enfermeiros e auxiliares, e por último, no fim do turno preenche uma *checklist* obtendo informações gerais sobre as pessoas internadas, inclusive se houve admissões, transferências, óbitos, pessoas com uso de VMI, e ainda informações acerca dos profissionais, se houve ausências, formações futuras e aspetos a melhorar.

A *checklist* tem um papel estratégico e organizacional, sendo uma ferramenta que promove a segurança da pessoa, a comunicação entre os responsáveis de turno, a melhoria contínua da qualidade e a gestão eficiente de recursos humanos e clínicos.

A enfermeira coordenadora reúne com a equipa de enfermagem no turno da manhã, posteriormente à passagem de turno, abordando situações que surgem e/ou necessidades da equipa, sendo possível discutir cuidados e apresentar propostas de melhoria, assumindo uma liderança democrática. Os enfermeiros gestores exercem uma influência significativa na promoção da segurança dos cuidados de saúde, nomeadamente ao fomentarem uma comunicação aberta na transmissão de informações relativas a eventos adversos e na gestão eficaz de conflitos (Correia et al., 2020).

A gestão de recursos humanos é frequentemente uma limitação em grande parte dos serviços. No entanto, neste momento a UCI está a procurar atingir o rácio adequado enfermeiro/pessoa, bem como a presença de um EEEMCPSC em cada turno e ainda as horas de cuidados diários de enfermagem de Reabilitação preconizados pela OE (OE, 2019a). A manutenção de um rácio adequado entre o número de enfermeiros e o número de pessoas internadas na UCI representa um fator essencial para a segurança da pessoa e para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A presença de um EEEMCPSC permite a prestação de cuidados altamente diferenciados e baseados na evidência, com a capacidade de identificar sinais precoces de deterioração e atuação imediata. Para além disso, contribui ativamente para a formação e o desenvolvimento profissional contínuo da equipa de enfermagem (OE, 2018).

A integração do enfermeiro de reabilitação na UCI potencia a qualidade dos cuidados, a recuperação funcional precoce, a prevenção de incapacidades e a redução de complicações associadas à permanência em cuidados intensivos (OE, 2019a).

Referente à UL-PPCIRA foi-nos bastante enriquecedor a orientação pela enfermeira responsável, permitindo-nos adquirir conhecimento do planeamento do dia a dia, da importância de analisar os dados recolhidos e da sua respetiva validação. Foi destacada a importância dos elos de ligação entre os serviços e esta comissão, onde se articulam em relação às auditorias, como a momentos formativos destinados a esclarecer dúvidas e questões relacionadas com normas e reforço do seu cumprimento.

A articulação entre os elementos de ligação e a restante equipa multidisciplinar constitui um elemento-chave na promoção da melhoria contínua dos cuidados e da sua gestão, ao favorecer a atualização constante do conhecimento e a implementação oportuna de intervenções adequadas.

Consideramos que, ao longo das situações vivenciadas, na gestão de cuidados devem ser reconhecidas as habilidades e capacidades dos diferentes elementos da equipa, promovendo um desenvolvimento de relações interpessoais e profissionais saudáveis, sempre com vista num ambiente favorável aos cuidados prestados à pessoa. Posto isto, consideramos o sucesso na aquisição das competências na área da gestão enquanto EE e Mestre em enfermagem.

D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

“D1- Otimiza o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)” (OE, 2019, p. 4745).

Referente a este domínio inclui-se a competência de mestre sobre adquirir uma aprendizagem contínua e autónoma (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A participação neste curso de mestrado constituiu-se num momento de desenvolvimento de competências na área de cuidados de enfermagem especializados à PSC, permitindo-nos vários momentos de reflexão em relação à prática diária e a aprendizagem de novos conhecimentos, atingindo outras perspetivas no olhar dirigido à PSC. Adicionalmente, foi proposta a elaboração de jornais de aprendizagem durante o estágio, segundo metodologia de Gibbs contribuindo para trabalhar a capacidade de análise crítica das situações experienciadas e o desenvolvimento do pensamento reflexivo (Apêndice IV e Apêndice V).

As vivências profissionais e pessoais no cuidado à PSC, em contexto de urgência, revelaram-se profundamente enriquecedoras, promovendo um processo contínuo de autoconhecimento e de desenvolvimento da assertividade. Estes aspetos tornaram-se alicerces essenciais ao longo do percurso formativo e, em particular, durante o estágio, sustentando a construção de uma prática mais consciente, crítica e humanizada.

Houve igualmente momentos de *debriefing* com o enfermeiro orientador, que permitiram aprofundar o autoconhecimento, reconhecer limitações e consolidar saberes, contribuindo significativamente para o nosso crescimento profissional e pessoal.

Ao longo dos três contextos clínicos foram vivenciadas várias experiências nos cuidados à PSC e família que enriqueceram significativamente as aprendizagens profissionais, bem como aos conhecimentos adquiridos nas UC's, tais como o curso SAV, SAV Trauma e aula de transporte de doente crítico.

A formação contínua deve constituir um elemento permanente na trajetória profissional dos enfermeiros, face à constante evolução tecnológica e ao avanço do conhecimento na área da enfermagem. A busca e aquisição de saberes devem ser inerentes à prática profissional, refletindo também um compromisso ético previsto na deontologia da enfermagem (OE, 2015c,2019).

Partindo desta premissa, foi elaborado um artigo científico, intitulado “Intervenções de Enfermagem Especializada na garantia da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar: Revisão Scoping”, que se encontra em fase de submissão em revista científica.

Acrescentamos como contributos para o aprofundar de conhecimento na área do cuidado à PSC, a participação em diferentes eventos científicos, nomeadamente:

- Curso Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico na Ocean Medical (Anexo II): o programa contemplou a sistematização da abordagem e avaliação do doente crítico; a definição das prioridades de intervenção e tratamento; o desenvolvimento de competências no planeamento e organização do transporte do doente crítico; e a sistematização da transmissão da informação clínica.
- Curso de Transporte da Pessoa em Situação Crítica na Egas Moniz School of Health and Science (Anexo III): o evento incluiu abordar e avaliar a PSC sujeita ao transporte, bem como identificar precocemente sinais de deterioração clínica e a respetiva atuação. Este possibilitou o treino de competências práticas através de simulação de alta fidelidade;
- III Jornadas de Enfermagem ESSEM: ONE HEALTH: Conquistas e Desafios (Anexo IV): foi possível assistir a várias partilhas em diferentes áreas de atuação, bem como apresentar um poster em conjunto com colegas, com o título de: “A importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe” (Apêndice VI);
- Participação no Exercício EU MODEX 2025: o evento incluiu experiências com equipas multidisciplinares de emergência e catástrofe; observação de cenários o mais realistas possível e a troca de conhecimentos e boas práticas com profissionais de diversos países, reforçando a preparação e a integração em contextos internacionais (aguardamos certificado);
- Jornadas Medicina Intensiva da Península de Setúbal 2025 (Anexo V): o programa incluiu os cuidados ao doente crítico, prevenção e gestão do risco, monitorização hemodinâmica, ventilação mecânica e plano de emergência.

A participação nos diversos eventos científicos descritos proporcionou a aquisição de mais conhecimentos com a partilha de experiências, com base na evidência científica mais recente. Esse contributo revelou-se determinante para a promoção da melhoria contínua da qualidade e

segurança dos cuidados prestados, garantindo um desempenho atualizado e fundamentado ao longo dos estágios.

A pesquisa bibliográfica com base na evidência científica mais recente, aliada à revisão dos conteúdos abordados nas UC's ao longo do curso de mestrado, a realização de trabalhos académicos e a participação em formações científicas permitiu aquisição de novos conhecimentos e o aperfeiçoamento de outros. Assim, concluímos que as competências comuns de EE supracitadas foram alcançadas.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo a OE são aquelas que decorrem “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019b, p. 4745).

A PSC é definida como “(...) aquela que a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC “(...) exigem observação, colheita e procura contínua, de forma metódica e sistematizada de dados, com os objetivos (...) de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE, 2018, p. 19362).

A OE definiu três competências específicas do EEEMCPSC: “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359).

As competências atribuídas ao grau de mestre alusivas às competências específicas consistem na aplicação dos conhecimentos adquiridos e na capacidade de compreender e responder a problemas emergentes em contextos de equipa multidisciplinar, relacionado com o seu âmbito de estudo; e ter a capacidade de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas ou a não especialistas, de forma clara e compreensível (Decreto-Lei n° 65/2018, 2018).

Em seguida apresentamos a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas e competências de mestre mencionadas anteriormente, as quais apresentam uma relação estreita entre si.

1. “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19359)

Para o processo de aquisição e desenvolvimento das competências anteriormente referidas, destaca-se a relevância da experiência profissional prévia, a qual proporcionou uma perspetiva mais profundada e crítica nesta área, fundamentada em conhecimentos da prática clínica diante da instabilidade hemodinâmica da pessoa, o que justificou a concessão de equivalência ao estágio em contexto de urgência através do processo de reconhecimento, validação e certificação de competências.

A mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo das diversas UC do curso de mestrado, aliada à pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e ao percurso formativo desenvolvido, revelou-se fundamental para a consolidação de uma prática clínica especializada, evidenciada ao longo dos estágios realizados.

No primeiro contexto, UCI, foi possível prestar cuidados à PSC em diferentes situações de instabilidade hemodinâmica, de forma personalizada e ajustada à pessoa. Assim, foram desenvolvidas competências no que respeita à execução de cuidados técnicos: cuidados de enfermagem na entubação e extubação endotraqueal; gestão da VMI e Ventilação Não Invasiva (VNI) e modos ventilatórios; oxigenoterapia de alto fluxo; realização e análise de gasometria arterial; cuidados à traqueostomia; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, incluindo o manuseamento de cateter PiCCO, avaliação de pressão venosa central e pressão intra-abdominal; colocação e monitorização do nível de consciência pelo índice bispectral (BIS);

manutenção e remoção de catéter arterial e venoso central; terapias de substituição renal; realização de pensos cirúrgicos complexos, como a terapia de vácuo e preparação e administração de alimentação parentérica e de variados fármacos.

Os protocolos do serviço, nomeadamente na gestão da dor, controlo de glicemia e administração de insulina, substituição de sistemas de catéter arterial, venoso central e terapia de substituição renal com citrato e heparina, foram tidos em atenção e foi assegurado o seu cumprimento sempre de acordo com as características da pessoa.

A proficiência técnica proporciona ao enfermeiro a segurança necessária para estabelecer um vínculo de confiança com a pessoa e a sua família, transmitindo tranquilidade num momento de vulnerabilidade extrema. O domínio dos recursos tecnológicos e protocolos institucionais possibilitam a antecipação e a prevenção de complicações, minimizando o sofrimento e promovendo o conforto físico e emocional da PSC.

Nesse contexto, os conhecimentos técnicos do enfermeiro constituem um elemento essencial para assegurar a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados, servindo de base sólida para uma prática clínica pautada pela humanização.

Foi possível acompanhar a equipa de EEMI e fornecer respostas adequadas às situações de urgência caracterizadas por instabilidade hemodinâmica, em pessoas que se encontravam nos serviços externos à UCI, tendo sido encaminhadas para o SUG posteriormente. Esta experiência possibilitou a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado, nomeadamente no que se refere à tomada de decisão, ao desenvolvimento do pensamento crítico, trabalho em equipa em contextos de elevada pressão, bem como na atuação e estabilização da PSC, com identificação precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica.

Durante o percurso de uma PSC, o qual descrevemos no Jornal de Aprendizagem (Apêndice III), que foi submetida a uma intervenção cirúrgica e posteriormente transferida para a UCI, não tendo sido informada a família sobre a situação clínica nem do momento da transferência, como tinha sido previamente definido. Esta omissão gerou um sentimento de angústia e preocupação acrescida da família, que se viu privada de informações num momento de elevada vulnerabilidade emocional. Este episódio evidencia a importância da comunicação como uma dimensão fundamental dos cuidados de enfermagem, principalmente em contextos de alta complexidade.

O processo de transição saúde-doença gera fragilidades significativas tanto para a pessoa como para a família, exigindo um planejamento cuidadoso e a implementação de estratégias de abordagem à família que contribuam para a minimização da ansiedade, medos, dúvidas e incertezas. Neste contexto, foi possível desenvolver e aperfeiçoar competências na área da relação terapêutica com a pessoa e a sua família.

Assim, procuramos sempre envolver a família no processo, nomeadamente em momentos em que a PSC se encontra com dispositivos invasivos, os quais limitam a comunicação. A experiência do enfermeiro revela-se fundamental na antecipação das necessidades da pessoa e na transmissão de informação, assegurando uma compreensão mútua. O principal objetivo consiste em capacitar a pessoa para compreender a sua condição clínica e tomar decisões informadas, alinhadas com as suas crenças, preferências e necessidades (Reis & Rabiais, 2020).

O EEEMCPSC é fundamental neste processo de forma a estabelecer uma relação terapêutica, dar resposta às necessidades da PSC e da sua família, proporcionando o máximo de disponibilidade, escuta e apoio.

Era da nossa pertinência e tivemos várias oportunidades de efetuar o acompanhamento da PSC durante o TIH para a realização de exames complementares de diagnóstico e transferências para o BO. Neste âmbito foi possível verificar o papel fundamental do EE, assegurando todos os recursos necessários para o mesmo e prevenindo focos de instabilidade e possíveis complicações. Para o cumprimento deste TIH com maior segurança e qualidade foi bastante enriquecedor e essencial o trabalho desenvolvido sobre a temática através da revisão scoping, bem como dos cursos de transporte de doente crítico realizados: Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico pela Ocean Medical e o Transporte da Pessoa em Situação Crítica pela Egas Moniz School of Health and Science.

Os conhecimentos adquiridos permitiram compreender melhor a importância do papel do EE no TIH. O domínio dos efeitos adversos mais comuns durante o transporte, baseados na evidência científica, bem como o planeamento e execução do mesmo, garantem uma atuação mais segura permitindo identificar e prevenir mais rapidamente e eficazmente focos de instabilidade, de forma individual e personalizada para cada pessoa.

Salientamos uma experiência significativa vivenciada em contexto de estágio, envolvendo o TIH de uma PSC para a realização de um exame complementar de diagnóstico. Todo o procedimento foi cuidadosamente planeado e executado de forma sistematizada. Durante o processo, foi dada especial atenção à instabilidade hemodinâmica apresentada pela pessoa, sobretudo durante

alterações de posicionamento. A avaliação contínua e os cuidados prestados ao longo do turno permitiram uma melhor compreensão do estado clínico da pessoa, possibilitando o ajuste e a configuração adequada dos limites dos parâmetros de monitorização contínua durante o TIH. Este controlo foi essencial para garantir uma atuação precoce e eficaz perante qualquer intercorrência. Esta experiência reforça a importância de conhecer profundamente a pessoa a quem se prestam cuidados, bem como a necessidade de desenvolver aptidões no manuseamento dos equipamentos de monitorização.

O conhecimento e as competências adquiridas ao longo do investimento no TIH, repercutiu na necessidade de alterar a folha de transferência da PSC que se encontrava neste momento em vigor no nosso contexto profissional, no SUG. A nova orientação incide inicialmente nos registos através da metodologia ISBAR no sentido de facilitar a informação transmitida à equipa recetora e posteriormente com avaliação da pessoa pela mnemónica ABCDE, com registos dos dispositivos invasivos, bem como terapêuticas e parâmetros vitais. Permite ainda que a equipa de transporte realize registos e registe intercorrências, caso se verifiquem, durante o mesmo. Após validação do documento pela enfermeira coordenadora encontra-se, neste momento, em validação por parte do gabinete de qualidade (Apêndice VII).

No contexto de estágio da VMER, existiram situações de pessoas em paragem cardiorrespiratória, nas quais foram iniciadas manobras de compressões torácicas manuais na proporção 30:2 e, posteriormente, usado o LUCAS. O LUCAS, como já referido, é um dispositivo portátil e automático que realiza compressões torácicas contínuas e eficazes em pessoas em paragem cardiorrespiratória. Por exemplo, participámos numa ativação da VMER para responder a uma situação de paragem cardiorrespiratória presenciada. À chegada ao local, procedemos de imediato à avaliação e monitorização da vítima, tendo-se verificado a presença de um ritmo de atividade elétrica sem pulso. Foram iniciadas de imediato as manobras de reanimação com compressões torácicas manuais. Posteriormente, foi colocado o dispositivo mecânico de compressão torácica LUCAS para garantir a continuidade e eficácia das compressões. Cumprimos rigorosamente o algoritmo de SAV, tendo sido administrada a primeira dose de adrenalina, a qual resultou na reversão da situação clínica. Importa referir que esta foi a nossa primeira experiência prática em que cumprimos o protocolo completo de SAV com recurso ao dispositivo LUCAS, o que constituiu uma oportunidade de aprendizagem significativa e enriquecedora. Foram mobilizados conhecimentos teórico práticos previamente aprendidos. A avaliação da pessoa seguia sempre a mnemónica ABCDE – *Airway* (Via Aérea), *Breathing* (Ventilação), *Circulation* (Circulação), *Disability* (Disfunção Neurológica), *Exposure*

(Exposição) e está padronizada para a avaliação primária à PSC. Essa abordagem é amplamente reconhecida como uma metodologia eficaz tanto para a definição de prioridades na abordagem da PSC quanto para a detecção precoce de lesões que representem risco iminente de morte. Além de permitir a identificação e organização dos problemas com maior gravidade, contribui para a otimização do desempenho da equipa, promovendo o uso de uma linguagem comum e uma atuação baseada em protocolos (INEM, 2020).

Desfrutamos ao máximo todas as ocorrências em que pudemos participar e posteriormente existiram momentos de reflexão e *debriefings* sobre cada uma delas com os enfermeiros orientadores. Foram partilhados conhecimentos e experiências, permitindo uma consolidação do conhecimento, desenvolvimento do pensamento crítico, aumento da confiança e autonomia, fortalecimento da comunicação e do trabalho em equipa e o incentivo para uma melhoria contínua no desenvolvimento profissional e pessoal.

Destacamos ao longo de todo o percurso, tanto profissional como em contexto de estágio, a importância do avanço tecnológico nos cuidados de saúde, onde a sua presença é uma constante inquestionável.

Os cuidados à PSC que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica exige não só respostas clínicas eficazes, como também uma abordagem sensível e humanizada, capaz de integrar a ciência, a técnica e o cuidado. A tecnologia apresenta-se não apenas como um instrumento de suporte à vida, mas também como um elemento facilitador do processo de cuidar. O EE está capacitado para integrar, de forma crítica e consciente, os recursos tecnológicos disponíveis, assegurando, simultaneamente, a centralidade da pessoa no processo de prestação de cuidados. A sua prática clínica exige um equilíbrio entre o domínio técnico-científico e a preservação da dimensão humana do cuidar.

Quando integrada de forma crítica e consciente à prática de enfermagem em UCI, a tecnologia não só potencializa a monitorização e a capacidade de resposta clínica, como também contribui significativamente para a segurança e a qualidade do cuidado da pessoa (Smith & Simpson, 2020).

Nesta linha de pensamento, indo ao encontro do referencial supramencionado, o uso competente da tecnologia permite ao enfermeiro aceder a informações complexas e essenciais sobre o estado da PSC no momento, facilitando decisões clínicas mais seguras e fundamentadas, sem comprometer a empatia, a presença e o vínculo terapêutico.

Face ao descrito anteriormente, consideramos que a competência foi adquirida e desenvolvida.

2. “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação” (OE, 2018, p. 19359)

As organizações de saúde, independentemente do seu nível de complexidade ou área de atuação, devem proceder à realização de um diagnóstico estruturado, sistemático e devidamente planificado da sua capacidade de resposta em situações de emergência. Tal diagnóstico deve contemplar a análise de cenários potenciais que possam gerar desequilíbrios entre os recursos e competências disponíveis e as necessidades emergentes imprevistas, de forma a assegurar uma resposta eficaz e sustentada (DGS, 2010b; INEM, 2012).

Espera-se que o EE, perante situações de emergência, exceção ou catástrofe, seja capaz de intervir de forma imediata, planificada e sistematizada, assumindo a criação, gestão e coordenação da resposta, com vista à maximização da eficácia e da eficiência da atuação. Simultaneamente, deverá assegurar a preservação de vestígios e indícios que possam constituir prova de eventual prática criminosa, conforme preconizado pela OE (OE, 2018).

Inserido na UC de “Situação de emergência, exceção e catástrofe” realizámos um póster com o título “A importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe: revisão scoping”, onde se concluiu que a prática simulada permite a melhoria da tomada de decisão, aprimoramento da coordenação da equipa, identificação de lacunas e oportunidades de melhoria.

A aquisição desta competência específica foi sustentada pelas aprendizagens desenvolvidas na UC anteriormente referida, particularmente no que se refere à conceção e elaboração de planos de emergência e de catástrofe. Importa referir que, durante os períodos de estágio, não ocorreram situações de catástrofe decorrentes de eventos com múltiplas vítimas, que possibilitassem a sua aplicação prática em contexto real. Foram revistos os Planos Internos de Emergência e Catástrofe da ULS, no entanto no que concerne ao plano de evacuação interno da UCI estava em falha. Contudo, aquando da realização do estágio a elaboração desse mesmo plano era uma das prioridades da enfermeira coordenadora e dos enfermeiros responsáveis do grupo. Neste sentido, foi pedida a minha colaboração na pesquisa baseada na evidência científica mais recente acerca da evacuação da PSC numa UCI, e posteriormente à construção

de cartões de funções de equipa multidisciplinar, com base na pesquisa efetuada, que ficaram em análise pela Enfermeira coordenadora, de forma a serem anexados ao plano interno após elaboração do mesmo.

Para a aquisição desta competência foi também importante a participação nas Jornadas de Medicina Intensiva da Península de Setúbal 2025, onde foram discutidos temas relativos aos planos de evacuação e catástrofe noutros centros hospitalares, permitindo conhecer e refletir acerca de outras realidades e formas de atuar, bem como assistir à apresentação da elaboração do plano de evacuação interno, por parte dos enfermeiros da UCI onde realizei o estágio, com menção aos cartões de funções por mim elaborados.

Tivemos oportunidade de participar no Simulacro EU MODEX em Almada, organizado pelo INEM em coorganização com a Guarda Nacional Republicana, com a participação de mais de 1200 elementos de diferentes países, nomeadamente da Alemanha, Croácia, Espanha, Itália, Países Baixos e Portugal. O cenário central do exercício baseou-se na simulação de um sismo de magnitude 8.5 na escala de Richter, que resultou no colapso de diversos edifícios, incluindo unidades hospitalares e centros de saúde, bem como na destruição de infraestruturas rodoviárias e na interrupção generalizada das redes de eletricidade e comunicações. Na sequência do sismo, ocorreu um tsunami que atingiu a zona costeira, causando, nas primeiras horas, um balanço estimado de 50 mil mortos, 500 mil feridos e 240 mil desaparecidos. Face à magnitude e severidade da catástrofe, foi declarado o estado de emergência e acionado o Mecanismo de Proteção Civil da União Europeia (MPCUE), mobilizando todas as forças nacionais e solicitando o envio de equipas especializadas em busca e salvamento em contexto de catástrofe, bem como equipas de emergência médica.

Atuamos enquanto vítimas em vários níveis de gravidade, tendo sido possível observar o encaminhamento das mesmas, a função de cada elemento e a atuação perante as vítimas. Foi uma experiência bastante enriquecedora onde pudemos analisar e refletir os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado e consciencializar da importância do EE na gestão de situações de catástrofe e multivítimas, assim como a postura assumida, a assertividade e a calma são pontos fundamentais nestas situações.

No que respeita à preservação de vestígios e indícios relacionados com a prática de atos criminosos, destaca-se a ocorrência de uma situação envolvendo um caso de homicídio, em que o alegado autor do crime foi conduzido ao SUG, sob escolta da Polícia de Segurança Pública e da Polícia Judiciária, para receber cuidados médicos. Previamente a qualquer intervenção clínica,

procedeu-se à recolha e adequada preservação de todos os seus pertences pessoais, em conformidade com os princípios fundamentais da cadeia de custódia, assegurando a integridade da prova e colaborando eficazmente com as autoridades competentes envolvidas no processo de investigação. Neste contexto, os enfermeiros constituem o primeiro grupo profissional a prestar atendimento às vítimas durante o processo de triagem, assumindo a responsabilidade de preservar vestígios que possam ter relevância médico-legal (Donaldson, 2020). No âmbito da sua competência, o EE presta cuidados de enfermagem que visam à preservação de vestígios e indícios relacionados à prática de crimes, identifica situações suspeitas e assegura o encaminhamento adequado às autoridades competentes (OE, 2018).

Atendendo ao descrito anteriormente, crê-se ter adquirido e desenvolvida a competência específica acima mencionada.

3. “Otimiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359)

De acordo com a OE, as IACS “são uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (OE, 2017, p. 11).

De acordo com o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), as IACS são definidas como aquelas adquiridas durante a prestação de cuidados num ambiente hospitalar ou em outras instituições de saúde. Presume-se que a maioria dessas infeções poderia ser evitada através da implementação eficaz de programas de prevenção, controlo de infeções e da promoção de estratégias voltadas para a qualidade e segurança dos cuidados (ECDC, 2021).

Estudos internacionais recentes, como o “Estudo de prevalência das infeções associadas a cuidados de saúde e uso de antimicrobianos em hospitais de cuidados agudos europeus” publicado na revista “Associação Nacional de Controlo de Infeção (ANCI)” realizados pela ECDC entre 2022 e 2023, onde foram incluídos a nível nacional 120 unidades, abrangendo 20367 pessoas, sendo que após validação de resultados, obteve-se uma prevalência de IACS de 9.9% (ANCI, 2024).

Durante o estágio realizado na UL-PPCIRA, foi enriquecedor colaborar com a EE responsável pelo serviço na conceção e execução diária das atividades relacionadas com a implementação das ações necessárias para a prevenção e controlo de infeções. Participou-se na elaboração de planos estratégicos, no planeamento de ações de formação, sensibilização e aconselhamento dirigidas aos profissionais dos diversos serviços hospitalares. Além disso, a realização de auditorias aos cuidados, a fim de avaliar o cumprimento das boas práticas, a execução da vigilância epidemiológica e a divulgação dos resultados das intervenções do grupo a toda a instituição, têm como objetivo primordial a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, bem como a prevenção e controlo da infeção cruzada.

Dessa forma, tornou-se evidente o papel fundamental do enfermeiro na prevenção e controlo das IACS, assim como a importância do isolamento adequado, da correta identificação das vias de transmissão e do rigoroso cumprimento das normas estabelecidas pela DGS e pela UL-PPCIRA.

Participamos na reunião do Projeto Stop-Infeção 2.0 com os elos de ligação dos vários serviços do hospital, onde foi abordado os dados recorrentes do ano 2024, análise desses dados e da necessidade de desenvolver estratégias para que fosse possível atingir os objetivos. Verificou-se grande dificuldade no cumprimento da entrega de dados por parte dos profissionais responsáveis muitas das vezes pelo excesso de trabalho e falta de profissionais. Mas no geral foi observado uma grande preocupação e interesse em obter melhores resultados.

No contexto da UCI, observou-se que a prestação de cuidados de saúde à PSC, associada às patologias de base, comorbilidades, ao uso frequente de dispositivos invasivos e à realização de diversos procedimentos invasivos, incrementa significativamente o risco de desenvolvimento de IACS. São vários os projetos implementados pelos diferentes grupos de trabalho com realização e revisão das normas, protocolos e procedimentos e auditorias mensais com o objetivo de diminuir a taxa de infeção e garantir a segurança da PSC. Deste modo, atuámos sempre em conformidade com as *bundles* para o controlo de infeção, nomeadamente os feixes de intervenção de prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, da infeção do local cirúrgico, da pneumonia associada à ventilação e da infeção relacionada com o cateter venoso central.

A sensibilização da família e visitantes para adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção durante as visitas foram sempre tidas em atenção.

O EEEMCPSC, devido às suas competências específicas, desempenha um papel central na prevenção e controlo das IACS. Deve constituir-se como um elemento de referência para a equipa multidisciplinar, promovendo estratégias eficazes para a prevenção e redução das taxas de incidência dessas infeções, garantindo a qualidade e a melhoria contínua da prestação de cuidados, bem como os ganhos em saúde da população assistida.

Para além dos conhecimentos obtidos durante os estágios, também foi possível mobilizar as aprendizagens adquiridas na UC “Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde”, proporcionando uma compreensão sobre a importância da prevenção e do controlo das IACS, assim como das políticas de segurança durante a prestação de cuidados à PSC.

Posto isto, acreditamos ter desenvolvido competências que os objetivos estabelecidos para a aquisição desta competência, garantindo a implementação de práticas eficazes de controlo de infeção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente complexidade das condições de saúde, aliada à elevação contínua dos padrões de qualidade exigidos nos cuidados prestados, impõe a necessidade de profissionais altamente qualificados, aptos a intervir de forma atualizada, eficaz, segura e centrada na pessoa.

Neste contexto, o EEEMCPSC assume um papel central na prestação de cuidados diferenciados, sustentados na melhor evidência científica disponível. O seu contributo revela-se indispensável não apenas na resposta clínica imediata e segura às necessidades emergentes da PSC, mas também nas vertentes de formação contínua, gestão dos cuidados e desenvolvimento da investigação em saúde, sendo reconhecido como um agente essencial na promoção da qualidade e segurança dos cuidados em contextos de elevada complexidade.

As experiências vivenciadas ao longo dos estágios, bem como a elaboração deste relatório, proporcionaram uma análise crítica e reflexiva das competências comuns e específicas do EEEMCPSC e de mestre em enfermagem. Estes processos contribuíram significativamente para a aquisição de novas competências e conhecimentos, promovendo o desenvolvimento profissional e o aprimoramento da qualidade dos cuidados prestados.

Foi possível desenvolver uma reflexão aprofundada a partir da análise crítica realizada, alicerçada na evidência científica disponível e enquadrada pelo referencial teórico da Teoria da Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem, proposta por Rozzano Locsin.

A utilização da tecnologia como instrumento ao serviço do cuidar constitui uma realidade inevitável e permanente nos contextos de cuidados à PSC, exigindo ao enfermeiro competências técnico-científicas avançadas, bem como uma abordagem humanizada em relação à pessoa cuidada.

O TIH constituiu uma prática recorrente nos hospitais, sendo habitualmente requerido quando a PSC necessita de exames complementares de diagnóstico, intervenções terapêuticas ou transferência para unidades que disponham de recursos adequados à continuidade dos cuidados. Apesar de ser um procedimento frequente, implica riscos significativos, dado que representa uma alteração do ambiente e expõe a PSC a múltiplos fatores de descompensação clínica. Neste sentido, torna-se imprescindível a realização de uma avaliação rigorosa prévia, que contemple a gravidade e o estado clínico da pessoa, as necessidades específicas de monitorização e suporte, bem como os recursos humanos e materiais disponíveis. A equipa de

enfermagem, em particular o EE, desempenha um papel central neste processo, assumindo a responsabilidade pelo planeamento, coordenação e implementação de medidas que assegurem a qualidade e continuidade dos cuidados diferenciados.

A importância da monitorização, do equipamento adequado aliado aos profissionais que acompanham a PSC proporcionam à pessoa maior alcance de continuidade do atendimento e minimizam as complicações potenciais do TIH.

Na elaboração deste relatório, procurou-se desenvolver diversas estratégias e atividades que resultaram na sensibilização dos profissionais acerca desta problemática, incentivando a adoção de novas práticas que, certamente, contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A realização da scoping review constituiu uma oportunidade valiosa não apenas para o aprofundamento do conhecimento sobre a temática em estudo, mas também para o fortalecimento das competências em investigação. Esta experiência reforçou o compromisso para contribuir para o desenvolvimento da enfermagem, através da produção de conhecimento sustentado na investigação. Assim, com o acompanhamento e orientação da Professora Mestre Diana Vareta, a scoping review encontra-se em processo de publicação numa revista científica.

Consideramos que os objetivos estabelecidos para o estágio, bem como para a elaboração deste relatório, foram plenamente alcançados. O percurso que culminou na redação deste documento revelou-se exigente e repleto de desafios, mas simultaneamente altamente enriquecedor. Este processo permitiu a aquisição, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de competências, promovendo uma prática profissional mais segura, fundamentada em evidências e orientada para a excelência na qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Portugal: Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Agizew, T. B., Ashagrie, H. E., Kassahun, H. G., & Temesgen, M. M. (2021). Evidence-Based Guideline on Critical Patient Transport and Handover to ICU. *Anesthesiology Research and Practice*. <https://doi.org/10.1155/2021/6618709>
- Akrami, S., Sargazi, G., Safabakhsh, L., & Mofrad, Z. (2019). Assessing the Effect of Training the Safe Transfer Checklist on the Quality of Intrahospital Patient Transfer: An Interventional Study. *Med Surg Nurs J.*, *8(4)*, 1-7. <https://doi.org/10.5812/msnj.99593>
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- An, Y., Tian, Z., Li, F., Lu, Q., Guan, Y., Ma, Z., Lu, Z., Wang, A., & Li, Y. (2022). Establishment of a simplified score for predicting risk during intrahospital transport of critical patients: A prospective cohort study. *Journal of Critical Nursing*, *32*, 1125-1134. <https://doi.org/10.1111/jocn.16337>
- Australian and New Zealand of Anaesthetists. Guideline for transport of critically ill patients. (2024). [https://www.anzca.edu.au/getContentAsset/a4542b62-9b7c-4e0d-91ed-03baa3b11d87/80feb437-d24d-46b8-a858-4a2a28b9b970/PG52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-2024-\(PILOT\).PDF?language=en&view=1](https://www.anzca.edu.au/getContentAsset/a4542b62-9b7c-4e0d-91ed-03baa3b11d87/80feb437-d24d-46b8-a858-4a2a28b9b970/PG52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-2024-(PILOT).PDF?language=en&view=1)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Editora Quarteto.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett. *Ebook*. <https://nursology.net/wp-content/uploads/2018/09/nursing-as-caring-pdf.pdf>
- Correia, T.S., Martins, M. M., & Forte, E. C. (2020). Gestão em enfermagem: estratégias para a segurança do cliente e do profissional. *Millenium*, *2 (11)*, 73–80. <https://doi.org/10.29352/mill0211.08.00264>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: I série, n.º60. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO: Programa Nacional de Controlo da Dor. Portugal: Direção-Geral da Saúde. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012: Precauções Básicas para o Controlo de Infecção. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 029/2012 - Precauções Básicas para o Controlo de Infecção. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.minsaude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Donaldson, A. E. (2020). New Zealand emergency nurses knowledge about forensic science and its application to practice. *International Emergency Nursing*, 53, 100854. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100854>
- Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(2), 29–38. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.55>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). Stop Infecção Hospitalar. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients: a survey of emergency nurses. *Nurs Crit. Care.*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). O que é uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)? <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao-vmr/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica e Gabinete de Marketing e Comunicação. <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Intensive Care Society. (2019). Guidelines for the transport of the critically ill adult. <https://ics.ac.uk/resource/transfer-critically-adult.html>
- Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing: a model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing,
- Locsin, R. (2001). *The culture of technology: defining transformation in nursing, from "the lady with a lamp" to "robonurse"?* *Holistic Nursing Practice*, 16 (1), 1-4. https://journals.lww.com/hnpjjournal/citation/2001/10000/the_culture_of_technology__defining_transformation.4.aspx
- Locsin, R. C. (2017). The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64, 160-164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>

- Locsin, R., & Purnell, M. (2015). Advancing the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing: The Universal Technological Domain. *International Journal for Human Caring*, 19, 51-54. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.2.50>
- Júnior, F., Sousa, V., Anjos, S., & Falcão, E. (2023). Tecnologias da Informação e Comunicação no cuidado de enfermagem pós-moderno: perspectivas filosóficas. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97. [https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97- n.\(esp\)-art.1654](https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97- n.(esp)-art.1654)
- Martin, T. (2001). *Handbook of Patient Transportation*. Londres: Greenwich Medical Media Limited.
- Ministério da Ciência. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. Diário da República: I serie, n.º 60/2006. https://www.nms.unl.pt/Portals/0/Docs/Legislacao/Ensino%20Superior/Decreto-Lei%20n.º%2074_2006.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. https://www.acss.minsaude.pt/publicacoes/Cuidados_Intensivos/Relatório%20de%20Avaliação%20da%20Situação%20Nacional%20das%20UCI%202013.pdf
- Nisha, S., & Sariga, J. (2022). Risk Factors and Adverse Events During Intra Hospital Transportation Among Critically Ill with a View to Develop Patient Transport Checklist. *Inter. J. Nur. Education*, 14(3), 111-117. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18361>
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. 2ª edição. Lusodidacta.
- O’Leary, R., Marsh, B., V & O’Connor, P. (2018). Transfer of critically ill adults – assessing the need for training. *Ir. J. Med. Sci.*, 187, 585-591. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1737-x>
- Organização Mundial de Saúde.(2023). WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021–2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República: II série, n.º 123 , p. 17240-17243. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017) Parecer do Conselho de Enfermagem nº 09/2017 Transporte da Pessoa em Situação Crítica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: II série, n.º 184, p. 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República: II Série, nº 26, p. 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 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 peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: II série, n.º 135, p. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versão-março-2023-final-II_CEMI_OM.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2020). Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Australian College of Critical Care Nurses*. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.004>
- Putra, K.R., Wulandari, I., Suharsono, T., & Hany, A. (2022). Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: an observational study. *Cent. Eur. J. Nurs. Midw.*, 13(3), 699-706. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2022.13.0012>
- Reis, D., & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Caderno de Saúde, Vol. 12*, pp. 109-110. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287>
- Rubeis, G. (2020). Guardians of humanity? The challenges of nursing practice in the digital age. *Wiley*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/nup.12331>
- Santos, B., Karine, C., Bueno, S., Schenkel, T., Bizinelli, Q., & Ribeiro, E. R. (2019). A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar : uma revisão integrativa. *Revista espaço para a saúde, 20 (2)*, 90–101. <https://doi.org/10.22421/151771302019v20n2p90>
- Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., & Ghafourifard, M. (2020). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nurs Crit. Care.*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>

- Silva, R., Amante, L.N., Salun, N.C., Martins, T., & Minatti, F. (2017). Visibility of intrahospital transport in an intensive care unit: a descriptive study. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, *38*(3), 1–6. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0048>
- Skoglund, K., Bescher, M., Ekwall, S., & Hammar, L. (2024). Intrahospital transport of critically ill patients: Nurse anaesthetists' and specialist ICU nurses' experiences. *Nursing in Crit. Care.* *29* (5), 1142-1150. <https://doi.org/10.1111/nicc.13053>
- Williams, P., Karuppiah, S., GreenTree, K., & Darvall, J. (2019). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Crit. Care.*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>

APÊNDICES

Titulo: Intervenções de enfermagem especializadas na garantia da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar: Protocolo de Revisão Scoping

Autoras: Ana Filipa Dias Lemos¹ and Diana Vareta ²

¹ Estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Enfermeira no Serviço de Urgência Geral na Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho

² Professora Mestre na Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Resumo: O transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica está associado a complicações significativas, não só pelo transporte em si, mas também pela vulnerabilidade da pessoa aos eventos adversos, pelo que é necessário desenvolver intervenções de enfermagem especializadas no sentido de promover a garantia da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar.

Objetivo: Identificar as intervenções especializadas dos enfermeiros na garantia da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar.

Metodologia: Revisão scoping segundo Arksey & O'Malley (2005), utilizando as bases de dados científicas PubMed, e a plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane central Register of controlled Trials).

Palavras-chave: Transporte intra-hospitalar; pessoa em situação crítica; segurança do doente; cuidados de enfermagem

Enquadramento teórico

A pessoa em situação crítica é frequentemente sujeita ao transporte intra-hospitalar (THI) pela necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico, procedimentos terapêuticos, transferência para o bloco operatório ou para a unidade de cuidados intensivos (Silva et al., 2017). Deste modo, é necessário que a coordenação do transporte seja rápida, eficiente e segura para a pessoa, com o intuito de evitar complicações (Australian and New Zealand of Anaesthetists [ANZCA], 2024).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021) a segurança do doente define-se como a redução ao mínimo aceitável do risco de qualquer dano desnecessário relacionado com os

cuidados de saúde. O ponto principal é focar na ausência dos danos produzidos pelos cuidados de saúde, mais do que o próprio benefício desses cuidados.

Os incidentes de segurança na prestação de cuidados de saúde são uma realidade, tendo a Organização Mundial de Saúde atualizado o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, com a implementação de estratégias referentes a sete objetivos com o intuito de alcançar a máxima redução possível dos danos evitáveis recorrentes de cuidados de saúde inseguros. É da responsabilidade do enfermeiro como um dos intervenientes dos cuidados prestados à pessoa, desenvolver e adotar estas estratégias com o objetivo de promover a melhoria da segurança na prestação desses mesmos cuidados.

A pessoa em situação crítica está frequentemente sujeita ao transporte intra-hospitalar, muitas vezes para áreas onde a possibilidade de atuação em situação de emergência é inadequada (Silva et al., 2017).

O transporte da pessoa em situação crítica pode ser dividido em primário e secundário. O transporte primário corresponde ao realizado em ambiente extra-hospitalar para uma unidade de saúde; enquanto o transporte secundário abrange o transporte entre unidades de saúde. Salienta-se a importância da existência do transporte intra-hospitalar classicamente não englobado nas duas categorias anteriores, que compreende o transporte do doente crítico dentro da instituição de saúde (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos [OM & SPCI], 2023).

O TIH está dividido nas seguintes três fases: decisão, planeamento e efetivação. A primeira fase de decisão de transportar uma pessoa em situação crítica é um ato exclusivo do médico em concordância com o chefe de equipa, sendo necessário averiguar todos os riscos inerentes à pessoa e ao transporte. O planeamento é executado pela equipa médica e de enfermagem, tendo em consideração a escolha e o contato com o serviço de destino, avaliando a distância e o tempo de trajeto estimado; a escolha da equipa de transporte; a seleção dos meios adequados de monitorização; as recomendações de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; a escolha adequada dos equipamentos e da terapêutica bem como a previsão das possíveis complicações. A efetivação do TIH é da responsabilidade da equipa de transporte, garantindo a vigilância da pessoa até esta ser entregue ao serviço recetor, ou no caso de realização de exames complementares de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, quando a pessoa retorna ao serviço de origem (OM & SPCI, 2023).

Knight et al. (2015) abordam que o TIH está associado a complicações significativas, e para diminuir o risco o transporte deve ser bem organizado, eficiente e acompanhado de monitorização, equipamento e acompanhamento adequados.

O nível de monitorização, vigilância e cuidados, durante o transporte, deve ser no mínimo, igual ao do serviço de origem e o insucesso na preparação, quer da pessoa e/ou da equipa de transporte, pode levar a uma diminuição do rigor no nível de cuidados prestados à pessoa (OM & SPCI, 2023).

Durante o TIH da pessoa em situação crítica os eventos adversos mais frequentes são a extubação endotraqueal, a exteriorização de acessos venosos periféricos, o aporte inadequado de oxigénio, a avaria do ventilador de transporte, a exteriorização ou clampagem de drenos e/ou a falta de bateria dos equipamentos (OM & SPCI, 2023)

Para que a segurança do TIH se mantenha é importante que a pessoa em situação crítica seja avaliada e estabilizada antes do mesmo (ANZCA, 2024). Os primeiros 5 minutos do transporte, a passagem da pessoa e o transporte prolongado (>30 minutos) estão mencionados como os momentos de maior risco de eventos adversos (OM & SPCI, 2023).

No transporte da pessoa em situação crítica o enfermeiro tem um papel fundamental na garantia da qualidade e eficácia do mesmo. Pela instabilidade e risco imediato de compromisso de uma ou mais funções vitais desta população devem ser asseguradas as condições necessárias para que o transporte seja seguro e antecipar e detetar precocemente possíveis complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, esta revisão tem como objetivo identificar as intervenções especializadas dos enfermeiros na garantia da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar.

Metodologia

Irá procedee-se à realização de uma revisão scoping segundo a metodologia de Arksey e O'Malley (2005).

A questão de investigação foi delineada segundo a mnemónica PCC, que assenta nos termos de População (P), Conceito (C) e Contexto (C), formulando a seguinte questão de investigação: Quais são as intervenções de enfermagem especializadas na garantia da segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar?

De acordo com a mnemónica PCC foram definidos os seguintes critérios de inclusão para dar resposta à questão de investigação:

Participantes: Pessoa em situação crítica;

Conceito: Cuidados de enfermagem para garantir a segurança da pessoa em situação crítica;

Contexto: Estudos realizados no âmbito do transporte intra-hospitalar.

A revisão irá incluir estudos qualitativos e quantitativos com foco nos cuidados especializados em enfermagem para garantir a segurança da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar. Os estudos incluídos devem ser redigidos em inglês, português ou espanhol, com texto integral disponível e publicados entre 2018 e janeiro de 2024.

Todos os documentos que não abordem os critérios referidos anteriormente serão excluídos.

Estratégias De Pesquisa

A pesquisa bibliográfica será realizada utilizando as bases de dados científicas PubMed, e a plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane central Register of controlled Trials).

Foram definidos os descritores e posteriormente validados na plataforma descritores em Ciências da Saúde e *Medical Subject Heading*. Definidos os descritores, foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”, resultando a seguinte equação booleana (*critically ill patient OR critical illness*) AND (patient safety) AND (*Patient transfer OR intrahospital transport*).

Seleção de Artigos

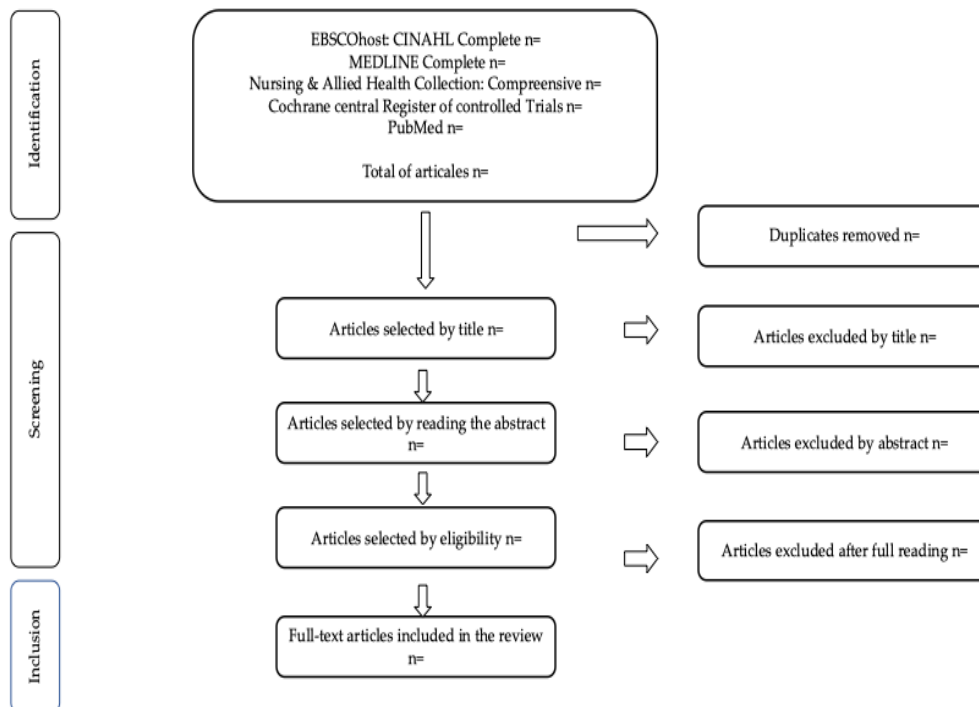


Figura 1. Fluxograma PRISMA

Extração e Síntese de dados

Visando dar resposta à questão de investigação formulada, os resultados dos artigos científicos incluídos, serão sintetizados numa tabela elaborada para o efeito, organizada de acordo com o título, a identificação dos autores, ano e país da publicação, objetivo de estudo, metodologia e intervenções ou fenómenos de interesse principais de cada um deles.

| Autores, Ano, Título, País | Objetivo | Metodologia | Intervenções |
|----------------------------|----------|-------------|--------------|
| | | | |

Tabela 1. Tabela de apresentação de resultados

Referências Bibliográficas

Arksey, H.; O'Malley, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.* 2005, 8, 19-32. Retrieved from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>

Akrami, S.; Sargazi, G.; Safabakhsh, L.; Mofrad, Z. Assessing the Effect of Training the Safe Transfer Checklist on the Quality of Intrahospital Patient Transfer: An Interventional Study. *Med Surg Nurs J.* 2019, 8(4), 1-7. <https://doi.org/10.5812/msnj.99593>

Australian and New Zealand of Anaesthetists. Guideline for transport of critically ill patients. 2024, 1–15. Retrieved from:

[https://www.anzca.edu.au/getContentAsset/a4542b62-9b7c-4e0d-91ed-03baa3b11d87/80feb437-d24d-46b8-a858-4a2a28b9b970/PG52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-2024-\(PILOT\).PDF?language=en](https://www.anzca.edu.au/getContentAsset/a4542b62-9b7c-4e0d-91ed-03baa3b11d87/80feb437-d24d-46b8-a858-4a2a28b9b970/PG52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients-2024-(PILOT).PDF?language=en)

Bergman, L.; Pettersson, M.; Chaboyer, W.; Carlström, E.; Ringdal, M. Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: a critical incident study. *Australian Critical Care.* 2018, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1560247>

Chang, Y.; Chou, L.; Lin, H.; Huang, S.; Shih, M.; Wu, M.; Wu, C.; Chen, P.; Chaou, C. An interprofessional training program for intrahospital transport of critically ill patients: model build-up and assessment. *J. Interprof. Care.* 2019, 1-4. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1560247>

Farnoosh, L.; Hossein-nejad, H.; Beigmohammadi, M.; Seyed-Hosseini-Davarani, S. Preparation and Implementation of Intrahospital Transfer Protocol for Emergency Department Patients to Decrease Unexpected Events. *Adv. J. Emerg Med.* 2018; 2(3): e29, 1-6. <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.50>

Hu, Y.; Shi, D.; You, L.; Li, W. Intrahospital transport of critically ill patients: a survey of emergency nurses. *Nurs Crit. Care.* 2021, 1-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>

Intensive Care Society. Guidelines for the transport of the critically ill adult. 2019. Retrieved from: <https://ics.ac.uk/resource/transfer-critically-adult.html>

Knight, P. H.; Maheswari, N.; Hussain, J.; Scholl, M.; Hughes, M.; Papadimos, J.T.; Guo, A.W.; Cipolla, J.; Stawicki, P.S.; Latchana, N. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *Int. J. Crit. Illness and Injury Science.* 2015, 5(4), 256–264. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>

Nisha, S.; Sariga, J. Risk Factors and Adverse Events During Intra Hospital Transportation Among Critically Ill with a View to Develop Patient Transport Checklist. *Inter. J. Nur. Education.* 2022, 14(3), 111-117. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18361>

O’Leary, R.; Marsh, B.; O’Connor, P. Transfer of critically ill adults – assessing the need for training. *Ir. J. Med. Sci.* 2018, 187, 585-591. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1737-x>

Ordem dos Enfermeiros. Available online: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf> (accessed on 20 May 2024)

Ordem dos Enfermeiros. Available online: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf> (accessed on 20 May 2024)

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Available online: https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versão-março-2023-final-II_CEMI_OM.pdf (accessed on 30 May 2024)

Organização Mundial de Saúde. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705> (accessed on 15 May 2024)

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. <https://doi:10.1136/bmj.n71>

Putra, K.R.; Wulandari, I.; Suharsono, T.; Hany, A. Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: an observational study. *Cent. Eur. J. Nurs. Midw.* 2022, 13(3), 699-706. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2022.13.0012>

Silva, R.; Amante, L.N.; Salun, N.C.; Martins, T.; Minatti, F. Visibility of intrahospital transport in an intensive care unit: a descriptive study. *Rev. Gaúcha de Enferm.* 2017, 38(3), 1–6. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/19831447.2017.03.2017-0048>

Sharafi, R.; Ghahramanian, A.; Sheikhalipour, Z.; Ghafourifard, M. Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nurs Crit. Care.* 2020, 1-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>

Tolentino, J.; Schadt, J.; Bird, B.; Yanagawa, F.; Zanders, T.; Stawicki, S. Adverse Events during Intrahospital Transfers: Focus on Patient Safety. *Vignettes in Patient Safety.* 2018, Volume 3, 107-124. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2022.13.0012>

Williams, P.; Karuppiyah, S.; GreenTree, K.; Darvall, J. A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Crit. Care.* 2029, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>

Apêndice II - Objetivos de estágio

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**
2.º Ano 1.º Semestre

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Opção I – Estágio e Relatório

OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Ana Filipa Dias Lemos, N.º 117649

Professora Mestre Diana Vareta

Monte da Caparica

Setembro, 2024

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Opção I – Estágio e Relatório, contemplada no 2º Ano – 1º Semestre, do Plano Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), respeitante ao ano letivo de 2024/2025.

O estágio decorre no período de 16 de setembro a 31 de janeiro, comportando um total de 360 horas. Irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e na Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a supervisão e orientação da docente Professora Mestre Diana Vareta e de um Enfermeiro Especialista em EMCPSC, complementando, concomitantemente, o mesmo, com a realização de turnos em contexto de emergência pré-hospitalar.

De seguida irei apresentar os objetivos e atividades a desenvolver de acordo com os diferentes domínios das comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC. Assim como as competências conferentes do grau de Mestre, tal como enunciado nos Descritores de Dublin.

Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica - área de enfermagem à pessoa em situação crítica

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

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

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

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

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

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

Descritivo:

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de Competência:

A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos;

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

Objetivos:

- Participar no processo de tomada de decisão, assente em princípios e valores éticos e deontológicos;
- Respeitar os direitos humanos no exercício da prática de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na UC de Ética e Deontologia;
- Consultar documentos que regem a prática de enfermagem: Código Deontológico dos Enfermeiros, integrado no estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE);
- Adotar, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, uma prática baseada nos princípios legais e ético-deontológicos que orientam a profissão de enfermagem;
- Consultar protocolos e normas de procedimentos na UCI;
- Validar a existência e validade do consentimento informado à pessoa ou procurador de cuidados de saúde, bem como a Diretiva Antecipada de Vontade;
- Valorizar costumes, crenças, valores, escolhas e preferências da pessoa;
- Partilhar informação com a pessoa/família sempre que necessário ou solicitado;
- Incluir a pessoa/família nos processos de tomada de decisão;
- Participar na construção de tomada de decisão em equipa;
- Fundamentar a tomada de decisão no conhecimento dos princípios, deveres e legislação;
- Promover o princípio da confidencialidade, dever de sigilo profissional, segurança e autonomia da pessoa;

- Garantir a dignidade da pessoa nos momentos de intervenção profissional;
- Realizar reflexão crítica sobre a prestação dos cuidados e das decisões éticas envolvidas.
- Refletir no período de estágio pré-hospitalar a importância da tomada de decisão na pessoa em situação crítica.

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

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

- B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;
- B1.2 - Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

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

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

- B2.1 - Avalia a qualidade das práticas clínicas;
- B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua;
- B2.3 - Lidera programas de melhoria contínua.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

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

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

Objetivos:

- Colaborar nos projetos institucionais em desenvolvimento na UCI;
- Desenvolver práticas de enfermagem de qualidade à pessoa/família;
- Promover um ambiente terapêutico e seguro à pessoa/família.

Atividades a desenvolver:

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na UC Gestão e Administração de Serviços em Enfermagem;
- Conhecer documentos institucionais sobre protocolos e indicadores de qualidade na UCI e em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Recolher informação sobre organização do serviço: recursos humanos, recursos materiais/físicos e produção de cuidados junto da equipa e através de consulta de documentação disponível;
- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre temas com pertinência e necessidade de atualização e aprofundamento de conhecimentos;
- Avaliar a pertinência da temática escolhida com o docente orientador;
- Conhecer os protocolos e projetos implementados na UCI;
- Conhecer os projetos de melhoria contínua de qualidade relativamente à gestão do risco e segurança do doente;
- Identificar situações de risco no ambiente e prestação de cuidados à pessoa;
- Conhecer o sistema para a participação de riscos e incidentes críticos;
- Colaborar no desenvolvimento de estratégias de garantia de segurança da pessoa e equipa;
- Proporcionar um ambiente terapêutico seguro;
- Proporcionar medidas farmacológicas e não farmacológicas que promovam o controlo da dor e o bem-estar da pessoa;

- Envolver a pessoa/família no processo terapêutico;
- Propor a elaboração de uma checklist do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, no decorrer do estágio, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados.

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

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

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

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

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

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

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

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

Objetivos:

- Desenvolver competências na gestão de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Adquirir competências de liderança e gestão dos recursos face às situações e contextos vivenciados.

Atividades a desenvolver:

- Mobilizar conhecimentos da UC Gestão e Administração de Serviços em Enfermagem;
- Caracterizar a equipa de enfermagem e restantes recursos humanos da UCI;
- Compreender a organização, dinâmica da equipa multidisciplinar e dinâmica da UCI;
- Compreender a intervenção do enfermeiro responsável de turno;
- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas promovendo a segurança e qualidade dos cuidados;
- Compreender os processos de liderança e gestão de recursos humanos, estruturais e materiais na UCI;
- Adequar os recursos às necessidades identificadas;
- Realizar observação sobre a organização e coordenação da equipa na prestação de cuidados;
- Colaborar na gestão dos cuidados e dos recursos do serviço;

D - Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

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

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

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

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

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

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

Objetivos:

- Desenvolver autoconhecimento e assertividade;
- Desenvolver pensamento crítico e reflexivo;
- Promover e fundamentar a prática clínica assente na evidência científica atual.

Atividades a desenvolver:

- Mobilizar conhecimentos lecionados na componente teórica do Mestrado;
- Refletir sobre as competências e os limites pessoais e profissionais relevantes à prática de cuidados especializados;
- Relacionar Modelos e Teorias de Enfermagem em contexto de UCI;
- Atuar de forma célere e eficaz perante situações críticas;
- Reconhecer e gerir situações geradoras de conflito;
- Realizar pesquisa bibliográfica nos temas onde são reconhecidos défices ou fragilidade;
- Desenvolver pensamento crítico e reflexivo;
- Promover a mudança de comportamentos no contexto de prática clínica, baseada na evidência científica atual;
- Colaborar nos projetos que estejam a decorrer no serviço;
- Participar em ações formativas que visem o desenvolvimento de competências: Suporte Avançado de Vida, Transporte do doente crítico, entres outros;
- Reunir com o enfermeiro orientador para transmissão das atividades e competências a desenvolver no decorrer do estágio;
- Desenvolver conhecimentos em contexto da prática clínica através de partilha de experiências com o Enfermeiro Orientador.

Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica - área de enfermagem à pessoa em situação crítica

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

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

1.2 - 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

1.4 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

1.5 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica

1.6 - Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

Objetivos:

- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de UCI;
- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica;
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.

Atividades a desenvolver:

- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UCI;
- Conhecer a constituição da equipa multidisciplinar, funções dos diferentes elementos e método de distribuição de trabalho;

- Consultar normas e protocolos existentes;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos nas aulas, tanto de componente teórica como prática do Mestrado;
- Conhecer o circuito da pessoa desde a admissão na UCI até à sua transferência;
- Colaborar no acolhimento da pessoa/família;
- Estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa/família;
- Identificar possíveis focos de instabilidade e atuar na sua prevenção ou resolução;
- Colaborar no transporte da pessoa em situação crítica;
- Colaborar com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Realizar pesquisa bibliográfica sobre evidencia científica atual referente a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Demonstrar conhecimentos e competências em Suporte Avançado de Vida e em situações de Trauma na pessoa em situação crítica;
- Aplicar escalas de avaliação e monitorização da dor existentes na UCI;
- Garantir a gestão da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Adaptar técnicas de comunicação facilitadoras da comunicação com a pessoa/família;
- Garantir uma relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica;
- Discutir com o enfermeiro orientador sobre o desempenho e identificação dos aspetos a melhorar;
- Integrar a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) composta por médico e enfermeiro durante o período de estágio, sempre que possível;
- Participar no curso de “Suporte Avançado de Vida”;
- Participar no curso: “Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Critico”, bem como o “Curso de Transporte da Pessoa em Situação Crítica”.
- Realizar estágio em emergência pré-hospitalar com intuito de permitir a aplicação dos conteúdos e conhecimentos ao longo do mestrado, com identificação precoce de focos de instabilidade.

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

Descritivo:

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da

sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Unidades de Competência:

2.1-Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe

2.2-Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe

2.3-Planeia resposta à situação de catástrofe

2.4- Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe

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

Objetivos:

- Conhecer o plano de emergência e catástrofe hospitalar da Unidade de Saúde Local do Arco Ribeirinho (ULSAR), bem como o plano emergência interno da UCI;
- Compreender a dinâmica da UCI em situações de catástrofe ou incidente com multivítimas;
- Desenvolver competências especializadas na resposta a situações de emergência.

Atividades a desenvolver:

- Mobilizar conhecimentos adquiridos na UC Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe;
- Conhecer o Plano de Emergência e Catástrofe Hospitalar do CH;
- Adquirir conhecimento do plano de emergência interno da UCI;
- Demonstrar capacidade de gestão e liderança da equipa perante uma situação de emergência;
- Atuar de acordo com protocolos existentes, de forma a prestar cuidados eficientes em situações de emergência multivítima/catástrofe;
- Demonstrar conhecimentos acerca dos princípios de atuação em situações de catástrofe, assegurando condições de segurança e meios de evacuação e transporte;
- Compreender a importância da formação e simulação de situações de catástrofe e emergência multivítimas.

3 - Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da 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

Descritivo:

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

Unidades de Competência:

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

3.2-Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Objetivos:

- Desenvolver competências na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) no doente crítico;
- Refletir sobre a adoção de práticas de controlo de infeção e a sua importância na prática de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Mobilizar conhecimentos da UC Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde;
- Reconhecer a importância da problemática das infeções associadas aos cuidados de saúde em contexto de UCI;
- Conhecer o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e as diretrizes do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA);
- Demonstrar conhecimento sobre a prevenção e controlo das Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), precauções básicas de controlo de infeção e medidas de isolamento;

- Incentivar ao cumprimento de medidas de isolamento no controlo de infeção;
- Prestar cuidados de enfermagem assentes no cumprimento das medidas de Precauções Básicas do Controlo de Infeção e Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão.
- Conhecer a unidade do GCL-PPCIRA e a sua dinâmica.

Desenvolvimento de competências de Mestre, segundo Descritores de Dublin

De acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, Artigo 15º, p.2246, “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização”. Para a concretização deste curso será necessário a aquisição das competências de mestre, visto o curso ser um mestrado em enfermagem com a especialidade médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica integrada. Assim sendo, as competências de mestre a adquirir são:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos obtidos do 1º ciclo, permitindo o seu uso e aplicação em contexto de investigação;
- Saber aplicar os conhecimentos, demonstrar capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas na sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades;
- Ser capazes de comunicar as suas conclusões a especialistas e não especialistas, de uma forma clara;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Assim, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pretende-se a concretização das atividades planeadas e descritas anteriormente, nos âmbitos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC. Bem como, a elaboração e publicação de um artigo científico. Por último, a realização de um projeto e relatório de estágio, explanando o mesmo, todo o trabalho desenvolvido no decorrer do percurso académico e do estágio, sendo posteriormente submetido a provas públicas para aprovação.

Apêndice III - Evacuação da Pessoa em Situação Crítica em Situação de Emergência/Catástrofe - Cartões de funções da equipa multidisciplinar

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

2.º Ano 1.º Semestre

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Opção I – Estágio e Relatório

**Evacuação da Pessoa em Situação Crítica em Situação de Emergência/Catástrofe –
Cartões de funções da equipa multidisciplinar**

Ana Filipa Dias Lemos, N.º 117649

Professora Mestre Diana Vareta

Monte da Caparica

Janeiro, 2025

EVACUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - CARTÃO DE FUNÇÕES

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO:

1. Identificar e validar a situação de emergência;
2. Avaliar segurança do ambiente;
3. Contactar o número de emergência interno (2323);
4. Priorizar ordem de evacuação: visitas, pessoal não essencial e pessoa em situação crítica, segundo fluxograma de triagem de catástrofe em vigor na Unidade Cuidados Intensivos: P1, P2, P3 ou P4;
5. Transmitir orientações à equipa multidisciplinar: tipo de evacuação, vias de evacuação, e zonas de refúgio;
6. Dirigir e controlar as evacuações;
7. Contactar zona de refúgio e comunicar o início da evacuação.

EVACUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - CARTÃO DE FUNÇÕES

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:

1. Garantir a correta identificação da pessoa em situação crítica;
2. Avaliar o grau de prioridade de evacuação estabelecida pelo fluxograma de triagem de catástrofe em Unidade Cuidados Intensivos: P1, P2, P3 ou P4;
3. Remover dispositivos não essenciais ao suporte vital da PSC (ex: técnica dialítica, meias de compressão mecânica, mantas de aquecimento);
4. Suspender alimentação entérica e colocar sonda nasogástrica/orogástrica em drenagem passiva;
5. Garantir adequada fixação dos acessos venosos;
6. Preparar terapêutica indispensável ao suporte vital da pessoa em situação crítica, devidamente identificada para, no mínimo, 3h;
7. Equipamento necessário ao procedimento de evacuação:
 - Monitor de transporte
 - Ventiladores de transporte
 - Insuflador manual com válvula peep;
 - Fonte de oxigénio portátil [(20 + Vmin) x FiO2 x tempo de transporte mínimo] +50 %
 - Seringas/bombas infusoras, com respetivos cabos de alimentação;
 - Mala de medicação de transporte (EEMI);
 - Lanternas, walkie-talkies/telefones, canetas/marcadores.
8. Colocar o monitor e ventilador de transporte de forma visível;
9. Manter a vigilância hemodinâmica contínua da pessoa em situação crítica;
10. Acompanhar impresso de registos de enfermagem para registo de alguma intercorrência;
11. Aguardar a confirmação de evacuação pelo Enfermeiro Responsável de turno;
12. Acompanhar e realojar a pessoa em situação crítica.

EVACUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA -CARTÃO DE FUNÇÕES

MÉDICO:

1. Acompanhar e realojar a pessoa em situação crítica com prioridade P2, P3 ou P4;
2. Assistência médica à pessoa em situação crítica durante a evacuação;
3. Assistência à pessoa em situação crítica evacuada nas zonas de refúgio;
4. Elaborar registos clínicos de cada pessoa em situação crítica após evacuação, registando eventuais intercorrências.

EVACUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA -CARTÃO DE FUNÇÕES

TÉCNICO AUXILIAR DE SAÚDE:

1. Reunir todo o material existente na unidade da pessoa em situação crítica;
2. Ajudar no transporte da pessoa em situação crítica, dispositivos e material clínico;
3. Acompanhar e realojar a pessoa em situação crítica;
4. Garantir assistência nos cuidados à pessoa em situação crítica.

EVACUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA -CARTÃO DE FUNÇÕES

TÉCNICO ADMINISTRATIVO:

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Association of Anaesthetists. Quick Reference Handbook. Section 4-3: Emergency evacuation.2018.

https://rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2019-11/qrh_complete_august_2019.pdf

Cork University Hospital. Major Incident Action Cards CUH. (2011).

https://emed.ie/Administration/MajorIncident/Maj_Inc_Action_Cards_CUH.php

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>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). de Doentes Críticos. (Comissão da Competência em Emergência Médica), 1–30. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao CEMI_OM_3.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>

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
2º Ano 1º Semestre

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Opção I – Estágio e Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente:

Ana Filipa Lemos, Nº 117649

Docentes:

Profª Mestre Diana Vareta

Almada

Outubro 2024

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Opção I – Estágio e Relatório, contemplada no 2ºAno – 1º Semestre, do Plano Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), respeitante ao ano letivo de 2024/2025.

Foi proposto a realização de um jornal de aprendizagem segundo a metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs, criado por Graham **Gibbs** em 1988, estruturado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Este jornal de aprendizagem tem como objetivo refletir sobre uma situação vivenciada em contexto de estágio com intuito de, a partir da reflexão individual, transformar-se num momento de aprendizagem.

A situação descrita neste trabalho garante a confidencialidade e o sigilo profissional.

CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

1ª Etapa: DESCRIÇÃO

Nesta primeira etapa objetiva-se a descrição do evento de forma simples, sem juízos de valor, de forma a dar resposta à pergunta: o que aconteceu? (Gibbs, 2013).

Durante a realização do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), deparei-me com uma situação relacionada com a preocupação e acolhimento da família por parte da equipa de enfermagem. A situação vivenciada está relacionada com uma doente de sexo feminino de 87 anos de idade, Sra. A., autônoma nas atividades de vida diárias, a residir com os 2 filhos. Como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, doença renal crónica, anemia crónica, glaucoma e síndrome depressivo. Teria realizado colonoscopia em agosto com identificação de aos 75 cm da margem anal uma neoplasia volumosa, extensa, ulcerada e estenosante. Foram colhidas 2 biopsias que revelaram, respetivamente, adenocarcinoma invasivo de baixo grau e adenoma tubular com displasia de baixo grau.

A Sra. A. foi admitida na UCI no período da manhã, já com vaga reservada, após ter sido internada eletivamente para realização de hemicolectomia direita em contexto de neoplasia do cego pré-oclusivo, sob anestesia balanceada. Encontrava-se hemodinamicamente estável. Sem queixas algicas. Foi extubada endotraquealmente ainda no recobro, sem intercorrências, estando a realizar oxigenoterapia com óculos nasais a 1 L/min. Apresentava sonda nasogástrica em drenagem passiva a drenar conteúdo aquoso, cateter venoso periférico no membro superior direito com soroterapia em curso, cateter epidural com DIB (*disposable infusion* balloon) de ropivacaína e sonda vesical com baixo débito urinário de urina clara. Apresentava penso na região abdominal com sistema de terapia de pressão negativa (PICO). Na abordagem encontrava-se sonolenta, facilmente despertável, com discurso coerente e orientada em todas as vertentes, mas com amnesia para o acontecimento. Foram esclarecidas todas as suas dúvidas, incluindo que o horário da visita do seu familiar seria ainda nesse mesmo dia.

No período da tarde pelas 17h são permitidas as visitas dos familiares na UCI, sendo que a primeira vez o acolhimento é realizado pelo enfermeiro responsável pela doente. A pessoa que se deslocou à visita e posteriormente definida como pessoa significativa foi a filha, a Sra. S. Encontrava-se bastante ansiosa e preocupada porque não tinham realizado o contacto com a mesma para informar acerca da situação da mãe e do término da cirurgia, como tinha sido previamente combinado, tendo sido necessário, que a mesma realiza-se o contacto, de forma a

obter informações, tendo tido nesse momento conhecimento que a mãe se encontrava nos cuidados intensivos e teria de aguardar pelo horário das visitas, às 17h.

A vaga nos cuidados intensivos já estava reservada para a Sra. A., no sentido de ser realizado o pós-operatório com uma maior vigilância e monitorização. Foi explicado a situação em que a Sra. A. se encontrava, e que apesar de todo o equipamento e monitorização que se encontrava à sua volta, a cirurgia tinha decorrido sem intercorrências, que se encontrava estável, apenas com soroterapia e analgesia em esquema, bem como, que o cateter de epidural ajudava no controlo da dor e na manutenção do conforto da doente, e ainda, que Sra. A. apresentava um penso na região abdominal com um sistema de aspiração contínua que fazia parte do processo de recuperação pós-cirúrgico. A filha ficou aliviada por saber que a cirurgia tinha decorrido de acordo com o previsto e sem intercorrências e que poderia agora estar com a sua mãe. Agradeceu toda a atenção e acolhimento que tinha sido realizado naquele momento que se encontrava tão ansiosa, assumindo que já iria estar com a mãe numa forma mais tranquila e calma.

2ª Etapa: SENTIMENTOS

Na segunda etapa desta metodologia, procede-se à descrição dos sentimentos e reações experienciadas perante a situação, sem os analisar, procurando dar resposta à questão: quais foram as reações/sentimentos? (Gibbs, 2013).

No decurso da situação, experienciei inúmeras emoções. Senti empatia pela filha da Sra. A. que estava visivelmente ansiosa e angustiada pela incerteza do quadro clínico da mãe. A tranquilidade por pudermos transmitir a estabilidade clínica da Sra. A. A admiração pelo meu enfermeiro orientador demonstrar disponibilidade, segurança e atenção ao esclarecer todas as dúvidas que surgiram e explicar toda a dinâmica no ambiente onde se encontrava a Sra.A.

Por outro lado, preocupação, angústia e impotência como enfermeira no serviço de urgência geral (SUG), com o excesso de trabalho e o elevado número de doentes acabo por em muitos momentos não interagir no acolhimento inicial da família na primeira visita.

3ª Etapa: AVALIAÇÃO

Na terceira etapa de avaliação, pretende-se a descrição dos aspetos positivos e negativos no evento descrito, efetivando julgamentos, de maneira a dar resposta à pergunta: o que foi bom e mau na experiência? (Gibbs, 2013).

Analisando a situação com um olhar crítico, verifico que existem fatores positivos e negativos a concluir.

Como fatores positivos, identifico em primeiro lugar, a pertinência da realização do primeiro acolhimento da família por parte do enfermeiro responsável pela pessoa, numa sala específica para o acolhimento, e antes do contacto da família com a pessoa, permitindo a privacidade dos mesmos. Como segundo aspeto positivo, o enfermeiro conseguiu criar um ambiente seguro e acolhedor, proporcionando espaço para que a família expressasse os seus sentimentos e dúvidas. Por último, a postura empática e disponibilidade do enfermeiro permitiu transmitir segurança à família, fortalecendo a confiança na equipa que se encontra responsável pela pessoa. Existiu um cuidado de se relacionar com a família, comunicar, apoiar e incluí-la neste processo de saúde-doença da pessoa internada.

Como aspeto negativo desta situação identifico o contacto que não foi realizado com a filha da Sra. A. após terminar a cirurgia com o objetivo de informar e incluir a família no processo. Devido ao facto desse mesmo contacto não ter sido realizado, como tinha sido previamente combinado, acabou por gerar preocupações e angústia por parte da família, tendo a mesma a necessidade de realizar o contacto para o hospital, ficando apenas a ser informada do local onde se encontrava a pessoa e a hora da visita, criando ainda maior preocupação e dúvidas.

4ª Etapa: ANÁLISE

Segue-se a etapa de análise, onde se pretende encontrar sentido nas experiências, combinando ideias e pensamentos às experiências. Nesta fase, procura-se dar resposta à questão: que sentido podemos encontrar na situação? (Gibbs, 2013).

Segundo Mendes (2019), o conceito de família traduz-se em elementos que se encontram emocionalmente conectados entre si, isto é, a família pode ser nuclear tradicional (cujos componentes se resumem a pais e filhos), alargada (constituída por indivíduos de várias gerações) ou estender-se à comunidade em sua volta.

Já o Regulamento dos Padrões de Qualidade de Enfermagem de Saúde Familiar, define família como um grupo de seres humanos que constitui uma unidade social composta por elementos conectados através de consanguinidade, laços emocionais ou parentesco legal, incluindo outras pessoas que possam ser importantes para o utente (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Sá (2023, p.4) refere que cuidar é “(...) *uma exigência da humanidade, pois significa debruçar-se sobre a vida e dar atenção à vida. Através do cuidado, o ser humano coexiste e não apenas existe na sua relação com o mundo*”. Segundo a mesma autora, o cuidado de enfermagem é mais do que “cuidar”, visto que requer competências específicas associadas a uma profissão, bem como uma conduta ética que vá de encontro ao “outro”, assegurando e preservando a sua singularidade, assente numa base de respeito e acompanhamento com vista à proteção e manutenção da sua qualidade de vida.

Sá (2023) refere ainda que, a inclusão da família na prática diária constitui um dever ético e deontológico dos enfermeiros, visto que, a evidência demonstra o impacto significativo que a mesma tem na saúde e bem-estar dos seus elementos.

Choi et al. (2020) enaltecem, a importância em manter a saúde física e mental das famílias, permitindo às mesmas continuar o papel de cuidadores após a alta dos seus familiares internados em UCI.

Oliveira (2020), enaltece a importância de um acolhimento adequado à família, uma vez que é na primeira visita que se torna evidente as necessidades da família, sendo o impacto visual um dos maiores fatores geradores de stress. Cabe desta forma, ao enfermeiro, orientar as suas intervenções, no sentido de reduzir a ansiedade, o medo e o stress do familiar, reforçando a sua atenção na adaptação ao ambiente da UCI e equipamentos, na comunicação do estado atual da pessoa e na explicação de instruções de como proceder junto da mesma. Assim, recorrendo a uma comunicação eficaz e assertiva, é da competência do enfermeiro, o esclarecimento de dúvidas em relação à pessoa em situação crítica e ao serviço em si, promovendo a confiança e tranquilidade da família. Segundo a mesma autora, o enfermeiro assume um papel preponderante desde o primeiro momento em que acolhe os familiares, pois é nesta primeira visita que estes tendem a formular opiniões relativas aos profissionais, permitindo que as primeiras impressões criadas, não sejam negativas.

Conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a família é “composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (CIPE, 2015). Deste modo, quando um membro da família enfrenta uma situação de doença aguda, o impacto desta estende-se para além da pessoa, afetando toda a família. A preocupação, o stress e a ansiedade podem ser sentidos pela família e a dinâmica familiar pode mudar significativamente em resposta à crise.

Esta experiência vivenciada contrasta com a minha realidade a nível profissional, o que torna a mesma bastante pertinente para mim, uma vez no SUG onde exerço funções deparo-me com a inexistência desta abordagem de inclusão da família no processo do cuidar da pessoa em situação crítica, com o cuidado de proporcionar um acolhimento à família. No serviço onde exerço funções dispomos de uma unidade de cuidados intermédios, onde prestamos cuidados de elevado grau de complexidade a pessoas em situação crítica, sem contudo, conseguimos assegurar este tipo de cuidado/acolhimento para com os familiares. Inúmeras vezes a família é confrontada com a situação apenas quando entra em contacto com a pessoa, acabando por ficar ansioso, triste e angustiado com a situação que encontra para a qual não estava preparado.

5ª Etapa: CONCLUSÃO

Na fase da conclusão, apresenta-se a conclusão da análise realizada dando resposta à pergunta: o que posso concluir? (Gibbs, 2013).

Após este processo refletivo conclui-se que os profissionais de enfermagem são fundamentais junto da pessoa em situação crítica e das suas famílias, pois são os profissionais de saúde com maior capacidade de criar uma relação empática e prestar cuidados de saúde em proximidade direta com as pessoas e as suas respetivas famílias.

A oportunidade de observar as intervenções realizadas por parte do enfermeiro responsável pela pessoa junto da família nesta experiência vivenciada aliada à evidência científica fundamentada anteriormente permitiu-me concluir que as intervenções que englobam a família no foco dos cuidados podem favorecer a redução de sentimentos como o medo, a ansiedade, a angústia e incerteza, bem como melhorar os níveis de satisfação tanto da pessoa como dos seus familiares, promovendo uma maior adesão ao processo terapêutico.

À luz do Regulamento das Competências do Enfermeiros Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica, podemos afirmar que a experiência vivenciada permitiu-me desenvolver competências no âmbito do cuidado à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica: geririndo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e assistindo a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (OE, 2018).

Ou seja, a família é vista como uma parte integrante da abordagem holística do processo de cuidar e a resposta às suas necessidades em contexto de cuidados intensivos torna-se diversas vezes, um desafio para os enfermeiros (Sá, 2023).

6ª Etapa: PLANEAMENTO DA AÇÃO

Na última etapa, procura-se projetar o acontecimento num futuro próximo, incentivando a reflexão sobre a ação e os passos a seguir em caso de experienciar um evento semelhante. Procura-se responder à questão: o que devo fazer se a situação ocorrer novamente? (Gibbs, 2013).

Face à situação ocorrida, acredito que a existência da área de acolhimento e da primeira abordagem ser realizada pelo enfermeiro, dá ênfase à preparação prévia da família sobre o contexto em que irá vivenciar com a primeira visita da pessoa em situação crítica, minimizando o impacto negativo do embate inicial com a realidade dos cuidados intensivos, facilitando o processo adaptativo da família com o ambiente de UCI e com a respetiva equipa de profissionais de saúde.

Assim, para situações futuras é crucial estarmos sensibilizados para a importância do suporte da família e estarmos dispostos a fazer os contactos necessários em situações que assim o exigem.

Assumo com a evidência científica referida anteriormente que ao promover uma relação de confiança com a equipa de saúde, o acolhimento à família favorece a transição do processo saúde-doença e reduz sentimentos como o medo, angústia, impotência, uma vez que é desenvolvida uma assistência humanizada que abrange a pessoa e a sua família.

Quanto à minha atuação em situações idênticas futuramente, para além da preocupação com todo o processo que rodeia a pessoa em situação crítica, será importante também valorizar a presença da família na primeira visita após admissão no SUG, formando-se uma oportunidade para atuar junto dos familiares, estabelecendo uma relação terapêutica e minimizando o impacto negativo que estas circunstâncias podem gerar na família.

CONCLUSÃO

O presente jornal de aprendizagem surge como o culminar do processo de reflexão estruturado desta experiência vivenciada, baseado no ciclo reflexivo de Gibbs.

A família deve ser vista como um pilar fundamental na estrutura emocional da pessoa em situação crítica e que a sua presença e participação nos cuidados a prestar, podem fazer a diferença no processo de recuperação da pessoa.

A admissão da pessoa em situação crítica na UCI e o próprio ambiente físico destas unidades, rodeadas de equipamentos e ruídos estranhos à família, são propícios a desencadear sentimentos de preocupação, ansiedade, medos, receios e angústia. Importa assim, entender as necessidades dos familiares, demonstrando disponibilidade e preocupação em construir uma relação terapêutica com base na confiança e empatia, envolvendo a família no centro dos cuidados de uma forma holística e humanizada.

Deste modo torna-se possível promover o envolvimento dos familiares no cuidado à PSC, retirando daí vantagens de ambas as partes, já que a família se vai sentir útil no processo de recuperação da pessoa, e esta, por sua vez, vai sentir segurança e apoio na presença dos seus familiares.

Considera-se que o ponto de partida para o início deste processo junto das famílias, é o acolhimento no primeiro contacto com o ambiente da UCI e com a pessoa em si, constituindo-se esta, uma oportunidade para iniciar uma relação terapêutica com a família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Choi, J., Tate, J. A. & Son, Y. (2020). Challenges Experienced by Family Caregivers of the Adult Intensive Care Unit Patients in Korea: An Integrative Review. *Clinical Nursing Research*, 1-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1054773820918>

CIPE. (2015). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2015*. Lisboa: Lusodidacta. https://futurosenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf

Gibbs, G. (2013). *Learning by doing* (1ª ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons.

Mendes, A. P. (2019). Transição Crítica Saúde-Doença na Família: Intervenção de Enfermagem na Experiência Vivida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 154-161. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0616>

Oliveira, S. M. C. (2020). A Pessoa em Situação Crítica Internada em Cuidados Intensivos: Necessidades Sentidas Pelos Familiares na Primeira Visita. Universidade do Minho –Escola Superior de Enfermagem. <https://hdl.handle.net/1822/72119>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 124(29 de junho de 2015), pp. 17384-17391. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2ª Série – Nº135 - 16 de julho de 2018.

Sá, F. G. (2023). *A Família da Pessoa em Situação Crítica - Desocultando o Cuidado de Enfermagem*. Sabooks.

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
2º Ano 1º Semestre

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Opção I – Estágio e Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente:

Ana Filipa Lemos, N.º 117649

Docentes:

Prof.ª Mestre Diana Vareta

Almada

Dezembro 2024

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Opção I – Estágio e Relatório, contemplada no 2º Ano – 1º Semestre, do Plano Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, relativamente ao ano letivo de 2024/2025.

Este jornal de aprendizagem rege-se pela metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs, criado por Graham **Gibbs** em 1988 e pretende que exista um momento de reflexão e consequentemente um momento de aprendizagem.

Encontra-se estruturado por seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação, permitindo assim a análise de uma experiência vivenciada de forma sistematizada.

O trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e da norma de referência *American psychological Association, APA, 7ª Edição*.

De referir que foi realizado de acordo com o guia orientador para a realização de trabalhos escritos da Egás Moniz School of Health and Science.

CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

1. DESCRIÇÃO: O que aconteceu?

A situação por mim vivenciada decorreu durante o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), quando colaborava com uma enfermeira do serviço na entubação orotraqueal a uma pessoa com uma hemorragia a nível da cavidade oral.

Após o médico responsável pela pessoa ter entubado orotraquealmente a mesma, procedi à insuflação do cuff, para o médico confirmar a posição do tubo através da auscultação, e posteriormente avaliei a pressão do mesmo.

Logo após a confirmação por mim efetuada da pressão, o médico realizou palpação manual do cuff, requerendo que se insuflasse mais, uma vez que tinha assumido essa necessidade a seguir à dita palpação. Insuflei o cuff e seguidamente à estabilização da pessoa, a enfermeira com quem tinha colaborado, procedeu à avaliação da pressão novamente, informando que se encontrava hiperinsuflado, com pressão na ordem dos 55 cmH2O.

2. SENTIMENTOS: Quais foram as reações/sentimentos?

A situação vivida contribuiu para um sentimento de desconforto, insegurança e desvalorização/descredito.

O desconforto sentido esteve relacionado com o facto de ter confirmado o valor da pressão do cuff e o mesmo não ter sido considerado pelo médico.

A insegurança foi relativa aos meus cuidados e conhecimentos, levando-me a questionar se teria realizado algo incorretamente ou se não tinha assimilado os valores de referência da pressão do cuff.

E por último, como mencionado anteriormente, um sentimento de desvalorização/descredito, por me encontrar na posição de estudante de Mestrado e criar a sensação de que não era viável, por parte do medico, aceitar a informação transmitida.

3. AVALIAÇÃO: O que foi bom e mau na experiência?

Como aspecto positivo decorrente da vivência desta situação saliento apenas a reflexão que a mesma possibilitou.

Por outro lado, como aspecto negativo identifico os sentimentos, que foram explanados anteriormente, sentidos face à situação, e de ter colocado em questão todos os conhecimentos adquiridos/assimilados no decurso do meu trajeto académico, baseados em evidência científica, aquando da atitude do médico, exigindo insuflar mais o cuff, sem nenhuma explicação com base científica para sustentar o seu pedido.

4. ANÁLISE: Que sentido podemos encontrar nesta situação?

Com esta situação senti necessidade de pesquisar e confirmar as últimas orientações para este procedimento no sentido de garantir os melhores cuidados à pessoa em situação crítica.

A entubação orotraqueal consiste na introdução de um tubo na traqueia, de forma a garantir o oxigénio à via aérea. O tubo apresenta na sua extremidade distal um cuff, que garante a selagem das vias aéreas. A pressão do cuff deve ser avaliada periodicamente e a sua insuflação deve impedir a fuga de ar, possibilitando todo o oxigénio aos pulmões, para além disso, impede a passagem de conteúdo supra ou infraglótico, permitindo a diminuição do risco de pneumonia (Fagundes et al, 2019).

Para minimizar os riscos de infeções associadas à entubação da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos, devem ser selecionadas medidas preventivas da pneumonia associada à intubação incluindo medidas definidas em “bundle”. A pneumonia associada à intubação é uma infeção grave que surge em pessoas entubadas por mais de 48 horas (Direção Geral de Saúde, 2022).

Segundo Franco et al. (2021) a verificação da pressão do cuff permite que a pessoa receba os parâmetros ventilatórios definidos, impede microaspirações das secreções, bem como o risco broncoaspiração aquando da utilização da alimentação entérica e que não ocorra lesão traqueal e isquemia por hipertensão.

A monitorização da pressão do cuff devem ser realizadas sempre que ocorram alterações como sinais de fuga de ar, alterações do posicionamento, necessidade de realização de higiene oral e antes da aspiração de secreções.

A pressão inferior a 20 mmHg pode originar broncoaspiração e acima de 30 mmHg pode originar lesões na parede da traqueia (Franco et al., 2021).

A monitorização diária da pressão de insuflação do cuff do tubo orotraqueal, bem como a compreensão por parte dos enfermeiros relativamente aos riscos associados a pressões incorretas do cuff na pessoa submetida a entubação orotraqueal, tem como intuito a prevenção e redução das complicações inerentes ao aumento ou à redução da mesma.

5. CONCLUSÃO: O que posso concluir?

Em relação à situação exposta, o que mais me incomodou, naquele momento de estabilização da pessoa, foi ter sido exigido pelo médico insuflar mais o cuff, apesar de eu já ter realizado o procedimento e ter verificado a pressão. Embora ter a certeza do que estava a realizar deixou-me bastante desconfortável.

Após o sucedido senti a necessidade de partilhar com o enfermeiro orientador a situação ocorrida, tendo o mesmo referido que não era a primeira vez que existiam situações idênticas com este médico, questionando a avaliação da pressão do cuff e exigindo a sua reinsuflação, baseando o seu pedido na palpação manual, apesar de já lhe ter sido explicado as orientações/recomendações.

Nesta situação, de forma a não prolongar o procedimento de entubação orodotraqueal, bem como com o intuito de estabilizar a pessoa, não foi considerado ir contra o pedido por parte do médico. No entanto, posteriormente, foi tomada a decisão de colocar a pressão correta do cuff por parte do enfermeiro, uma vez, o mesmo detinha o conhecimento mais atualizado, baseado na evidência, relativamente ao procedimento, em conformidade com as orientações mais recentes.

À luz do Regulamento das Competências do Enfermeiros Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro é um profissional que “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, II série, Nº 26 de 6/02/2019, pág. 4745). Nesta linha de pensamento exaltamos que, o Enfermeiro Especialista, “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” e, como tal, deve ter segurança nas intervenções que implementa como parte dos planos de cuidados que elabora.

6. PLANEAMENTO DA AÇÃO: O que devo fazer se a situação ocorrer novamente?

Face à situação ocorrida, acredito que a forma mais correta de atuação é prevenir que a mesma ocorra, através da formação da equipa multidisciplinar, com o intuito de adquirir/ assimilar os conhecimentos e protocolos mais recentes, baseados na evidência científica, bem como na uniformização dos cuidados prestados, através da criação e implementação de checklist com os pressupostos dos feixes de intervenções mais recentes emanados pela Direção Geral de Saúde, pois o não cumprimento de certas orientações podem ter consequências graves para a pessoa a quem prestamos cuidados.

Como referido anteriormente e à Luz do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista, “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnosticando as necessidades formativas.

Uma vez que o Enfermeiro Especialista deve adaptar o tipo de liderança ao local de trabalho de forma a melhorar a resposta do grupo e dos indivíduos, reconhecendo as funções e papéis de cada elemento, fomentando um ambiente positivo e facilitador, deve favorecer a aprendizagem não só dos enfermeiros, bem como de toda a equipa multidisciplinar, sabendo qual o seu papel no seio da equipa.

Para além da prevenção da situação através da formação como exposto anteriormente, e como abordado nas vertentes teóricas do mestrado, bem como em cursos frequentados na escola ao longo do meu percurso académico, o “debriefing” também seria uma ferramenta essencial para ultrapassar esta situação, pois ao ser dado oportunidade de toda a equipa multidisciplinar envolvida no procedimento poder partilhar o seu ponto de vista do ocorrido, permitiria iniciar o processo de mudança.

CONCLUSÃO

O presente jornal de aprendizagem baseado no ciclo reflexivo de Gibbs. aparece como resultado de um processo de reflexão organizado desta experiência vivenciada.

Os enfermeiros possuem responsabilidades pelos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e o seu conhecimento é imprescindível, na medida em que os seus cuidados podem fazer diferença na recuperação da pessoa.

Existe necessidade dos enfermeiros consolidarem, atualizarem e dilatarem os seus conhecimentos na área, no entanto a equipa multidisciplinar deve acompanhar esta evolução.

E nós, como Enfermeiros Especialistas temos um papel preponderante na aquisição e transmissão dos conhecimentos mais atualizados, não só para os enfermeiros, bem como para todos os elementos da equipa multidisciplinar que prestaram cuidados diretos à pessoa em situação crítica, com o objetivo máximo de melhorar os cuidados prestados e individualizados a cada pessoa em questão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral DE Saúde. (2022). "Feixes de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação. Norma nº 021/2015 de 30/05/ atualizada a 17/11/2022. Disponível em https://normas.dgs.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigeida_marco_2023.pdf

Fagundes, C. R., Lopes, C. D. S., Rabuske, M., & Seus, T. L. (2019). Mensuração das pressões intra-cuff de vias aéreas artificiais de pacientes internados em uma uti geral adulta. *Revista inspirar*; 49(19), 1-14. Disponível em <https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2019/04/af656.pdf>

Franco, H., Fernandes, R., Oliveira, M., Mestrinho, J., Freitas, A., Ferreira, B., Oliveira, N., & Costa, R. (2021). *Aprendizagens em contexto simulado. Volume VI. Departamento de Enfermagem ESS | IPS.* Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34909/1/ACSVI_ebook_2021_ISBN.pdf

Gibbs, G. (2013). *Learning by doing* (1ª ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.a Série — Nº26 — 6 de Fevereiro de 2019*

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2ª Série – Nº135 - 16 de julho de 2018*

Quinteiro, C., Cunha, M. (2021). Pressão de insuflação do balão de controlo do cuff do tubo endotraqueal: Conhecimentos dos enfermeiros. *Servir, 2(1), 109-121.* <https://doi.org/10.48492/servir0201.25728>

Apêndice VI - Póster “A importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe: revisão scoping”



EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE



A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA SIMULADA DOS ENFERMEIROS NA RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE: REVISÃO SCOPING

Ana Filipa Lemos^{1,2}, Ana Margarida Peres^{1,2}, Bruno Alexandre Macedo^{1,2}, Catarina Couto^{1,2}, Dora Ladislau³ e Sara Silva^{1,2}

¹ Estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Monte da Caparica.

² Enfermeiros na Urgência Geral da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho

³ Professora Assistente – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Introdução

A história de Portugal é marcada por eventos catastróficos, como o terramoto de 1755, os incêndios rurais de 2017 e 2018, e a pandemia de COVID-19⁴. Esses dados enfatizam a necessidade de planos de emergência, investimento na educação, planeamento e preparação adequada, juntamente com o treino e formação contínua dos profissionais de saúde. A prática simulada é uma ferramenta vital para a preparação e resposta eficaz em situações de emergência, exceção e catástrofe. Compreender os benefícios e aplicar métodos de simulação pode aprimorar a capacidade dos profissionais de saúde em lidar com cenários complexos e desafiadores.



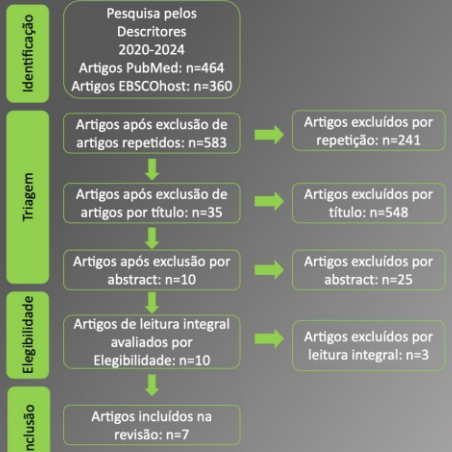
Objetivo

Evidenciar a importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe.

Metodologia

Revisão scoping orientada pela questão de investigação PCC, segundo as recomendações da JBI²: "Qual é a importância da prática simulada dos enfermeiros na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe?"

A pesquisa foi realizada na base de dados científica PubMed e na plataforma EBSCOhost. Foram definidos os descritores e elaborada a seguinte equação booleana: (Disaster preparedness) AND (Hospitals) AND (Training).



Resultados

A prática simulada de situações de emergência, exceção e catástrofe permite:

Melhoria da tomada de decisão

- Permite que os profissionais pratiquem a avaliação rápida e decisões críticas em ambiente controlado, preparando-os para responder efetivamente sob pressão durante emergências reais^{2,3,4}.

Aprimoramento da coordenação da equipa

- Promove a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, fortalecendo a comunicação e a sincronização de esforços durante situações de crise^{2,5,6}.

Identificação de lacunas e oportunidades de melhoria

- Identifica falhas nos protocolos de resposta, permitindo ajustes e refinamentos para garantir uma melhor preparação para futuras emergências^{1,3,7}.

Conclusão

Os estudos demonstram que a prática simulada na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe é essencial para que os serviços de saúde e os seus profissionais se encontrem capacitados, garantindo uma resposta eficaz e coordenada, visando salvar o maior número possível de vítimas e minimizar danos causados. Os mesmos estudos evidenciam que gerir os recursos disponíveis, comunicar de forma clara e coordenar as equipas é fundamental na prestação de cuidados adequados. A intervenção do enfermeiro especialista é crucial na promoção da prática simulada ao organizar e liderar exercícios de simulação, familiarizando a equipa com os procedimentos e protocolos específicos para essas situações.

Referências Bibliográficas:



Apêndice VII – Folha de transferência de enfermagem

FOLHA DE TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM
SERVIÇO URGÊNCIA GERAL

SERVIÇO DE DESTINO : _____

| | |
|----------------------------|------------------------|
| I IDENTIFICAÇÃO | Vinheta identificativa |
| S SITUAÇÃO ATUAL | |
| B ANTECEDENTES | |
| A AVALIAÇÃO | |
| R RECOMENDAÇÕES | |



| AVALIAÇÃO DO DOENTE | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|----|----|---|---------------------------|--|--|--|--|
| A – VIA AÉREA | | | | | | | | | |
| Via Aérea Espontânea | Secreções – características: _____ | | | | | | | | |
| Adjuvantes da via aérea | Tubo Nasofaríngeo nº _____ | | | | Máscara Laríngea nº _____ | | | | |
| | Tubo Orofaríngeo nº _____ | | | | Outro : _____ | | | | |
| Via Aérea Definitiva | Tubo Endotraqueal nº _____, nível _____, Colocado ____/____/____ | | | | | | | | |
| | Traqueostomia nº _____ Colocado ____/____/____ | | | | | | | | |
| B – VENTILAÇÃO | | | | | | | | | |
| Ventilação Espontânea | O ₂ suplementar (___l/min) | ON | MF | MV | MAD | | | | |
| Ventilação Suplementar | Ventilação Não Invasiva (VNI) | | | BIPAP – EPAP ___ IPAP ___ FR ___ FIO ₂ ___ | | | | | |
| | Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) | | | MODO: _____ | | | | | |
| Drenagem Torácica nº _____ | Parâmetros Ventilatórios: FR ___ PEEP ___ PRESSÃO ___ VOLUME ___ FIO ₂ ___ | | | | | | | | |
| C – CIRCULAÇÃO | | | | | | | | | |
| Dispositivos Médicos | Linha Arterial, via _____ colocada ____/____/____ | | | | | | | | |
| | CVC ___ Luméns, via _____ colocado ____/____/____ | | | | | | | | |
| | CVP ____, via _____ colocado ____/____/____ | | | | | | | | |
| Hemoderivados | Suporte Transfusional _____ | | | | | | | | |
| Eliminação Vesical | Algália nº _____ colocada ____/____/____ troca ____/____/____ | | | | | | | | |

| D – NEUROLÓGICO | | | |
|---|--|---------------------------------|----------------------|
| Consciente | | Sedado | Agitação Psicomotora |
| | | Convulsões na última hora _____ | |
| E – EXPOSIÇÃO | | | |
| Imobilização cervical | | Fraturas | Queimaduras |
| | | Feridas | Pensos |
| | | | |
| SOG/ SNG nº ____ colocada ____/____/____ troca ____/____/____ | | | |
| Data última dejeção ____/____/____ | | | |

| SINAIS VITAIS | | | | | |
|---------------|----|----|----|------------------|-----|
| HORA | TA | FC | FR | SpO ₂ | DOR |
| SAÍDA | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| CHEGADA | | | | | |

| PERFUSÕES | | |
|-----------|---------|-------|
| HORA | FÁRMACO | RITMO |
| | | |
| | | |
| | | |

| OUTROS FARMACOS ADMINISTRADOS | | |
|-------------------------------|---------|------|
| HORA | FÁRMACO | DOSE |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| REGISTO DE INCIDENTES | | |
|-----------------------|--------|--------------|
| HORA | EVENTO | INTERVENÇÕES |
| | | |
| | | |
| | | |

DATA: _____ HORA: _____

ENFERMEIRO: _____ Nº MECANOGRÁFICO: _____

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Presença (Reunião do Projeto Stop Infecção 2.0)

ULS
ARCO
RIBEIRINHOPrograma de Prevenção e Controle de Infecções
e de Resistência aos Antimicrobianos
Unidade Local

Declaração

A Enf.ª Ana Filipa Dias Lemos, a exercer funções na Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho (ULSAR), com o número mecanográfico 33508, Aluna da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, participou, no dia 10 de janeiro de 2025, em reunião do Projeto Stop Infecção 2.0, promovido pelo Programa de Prevenção e controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) na Direção-Geral de Saúde, em colaboração com a Fundação Calouste Gulbenkian e o *Institute for Healthcare Improvement* de Boston.

A reunião mencionada integrou-se nas iniciativas de preparação da 2ª Sessão de Aprendizagem Colaborativa presencial do Projeto, tendo sido desenvolvidos alguns temas do domínio da ciência da melhoria e aspetos práticos da mesma temática, os quais viriam a merecer destaque naquela Sessão.

A iniciativa de participar na reunião, demonstrada pela Enf.ª Ana Filipa Lemos e à qual a UL-PPCIRA naturalmente anuiu, foi exemplo do interesse que revelou pelas matérias do domínio da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, durante o seu estágio de observação, traduzindo postura proactiva e dinâmica do exercício profissional, que nos permitimos enaltecer.

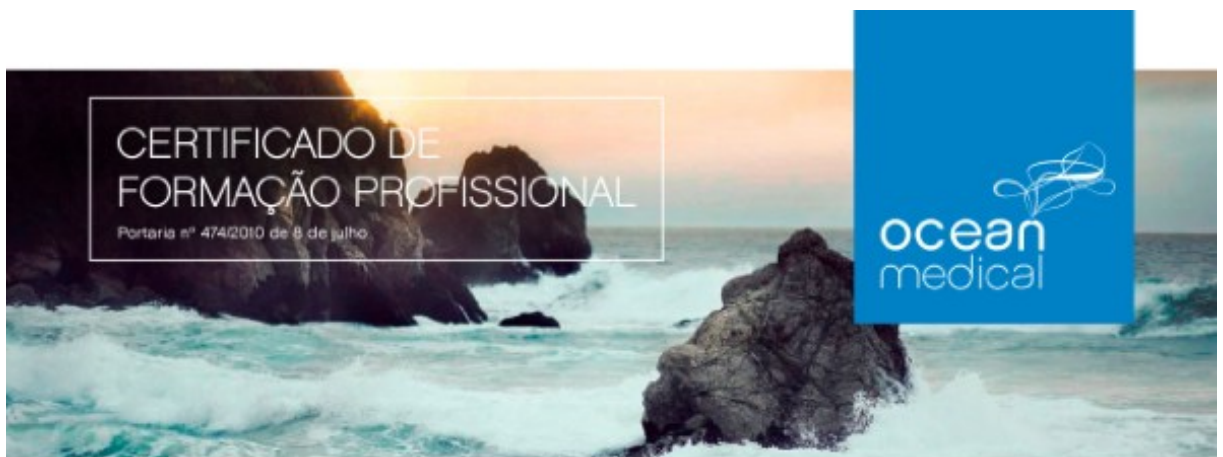
Barreiro, 1 de fevereiro de 2025

O Coordenador da UL-PPCIRA



Dr. Paulo André Fernandes

Anexo II - Certificado de presença (Curso Abordagem, Transporte e
Segurança do Doente Critico Ocean Medical)



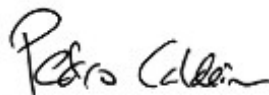
Certifica-se que **Ana Filipa Dias Lemos**, nascido(a) em 20/11/1994, com o número de identificação civil ****1836, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// ABORDAGEM, TRANSPORTE E SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO

que decorreu em 17/08/2024, com a duração de 9 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 17 de agosto de 2024

O coordenador pedagógico



Pedro Caldeira



Certificado nº 24166901

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

Anexo III - Certificado de Presença (Curso de Transporte da Pessoa em
Situação Crítica Escola Superior de Saúde Egas Moniz)

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Ana Filipa Dias Lemos** participou com aproveitamento no
Curso de Transporte da Pessoa em Situação Crítica

Objetivos:

Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre o transporte primário e secundário da pessoa em situação crítica, promovendo a melhoria contínua da qualidade de cuidados com base no conhecimento científico dos profissionais da saúde.

Conteúdos programáticos:

Abordar a constituição e organização de equipas dedicadas ao transporte; Sistematizar a abordagem e avaliação da pessoa em situação crítica; Identificar precocemente sinais de deterioração clínica; Prevenir complicações relacionadas com o transporte; Estabelecer prioridades de intervenção e tratamento da pessoa em situação crítica; Desenvolver competências no planeamento e gestão do transporte da pessoa em situação crítica; Sistematizar a transmissão da informação clínica e assegurar a continuidade dos cuidados; Aprofundar conhecimentos sobre a implementação de programas de monitorização e auditoria do transporte da pessoa em situação crítica; Refletir sobre a segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte; Treino de competências na tomada de decisão e resolução de problemas em situações de prática simulada.

Coordenador: Diana Filipa Alves Varetta

Duração: 26 Horas

Créditos: 2 ECTS

Lisboa, 01 de outubro de 2024



Professor Doutor Miguel Correia
Diretor da ESSEM



ESSALCOITÃO
Escola Superior de Saúde



ESS
Escola Superior de Saúde
LISBOA



Ahed.
Advanced Health Education

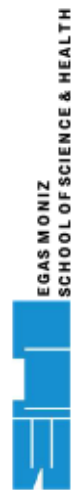


PRR
Portugal
República Portuguesa



Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU

Anexo IV - Certificado de Presença (III Jornadas de Enfermagem - ONE
HEALTH: Conquistas e desafios)



CERTIFICADO

Ana Filipa Lemos

Declarar-se que participou nas "III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios", que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

C. de Sá

Presidente da Comissão Científica

A. da Silva

Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



Anexo V - Certificado de presença (Jornadas Medicina Intensiva da
Península de Setúbal 2025)

4-5
ABRIL'25
HOTEL TRYP LISBOA
CAPARICA MAR

MIPS

JORNADAS '25

JORNADAS
DE MEDICINA
INTENSIVA
DA PENÍNSULA
DE SETÚBAL

CERTIFICA-SE QUE

Ana Filipa Dias Lemos

PARTICIPOU NAS JORNADAS DE MEDICINA INTENSIVA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL QUE SE REALIZARAM NO HOTEL TRYP LISBOA CAPARICA MAR, NOS DIAS 4 E 5 DE ABRIL DE 2025.

COMISSÃO ORGANIZADORA

-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARRÁBIDA
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LITORAL ALENTEJANO