



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA HUMANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE HUMANIZATION OF CARE FOR
CRITICALLY ILL PATIENTS**

Ana Rita da Silva Fernandes

Almada

2026



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA HUMANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE HUMANIZATION OF CARE FOR
CRITICALLY ILL PATIENTS**

Ana Rita da Silva Fernandes

Trabalho elaborado sob a Orientação da Professora Doutora Cidália Maria da Cruz Silva
Patacas de Castro

Almada

2026

Não contempla as alterações resultantes das provas públicas

"Alone we can do so little. Together we can do so much."

Hellen Keller

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha família, deixo um agradecimento profundo e sentido por todo o amor, apoio e compreensão ao longo deste caminho. Foram o meu porto seguro nos momentos de cansaço, dúvida e superação, acreditando sempre em mim e dando-me a força necessária para continuar, mesmo quando o percurso pareceu mais exigente.

Ao meu namorado, agradeço o companheirismo constante, a paciência infinita e o apoio silencioso, mas sempre presente. Obrigada por acreditar em mim, por me tranquilizar nos momentos de insegurança e por caminhar ao meu lado com incentivo, carinho e compreensão.

À Professora Doutora Cidália Castro, orientadora científica, expresso o meu sincero agradecimento pela orientação cuidadosa, pela disponibilidade contínua e pelo rigor científico. A sua partilha de conhecimento, exigência construtiva e acompanhamento próximo foram determinantes para o crescimento académico e pessoal ao longo deste trabalho.

Às minhas amigas, agradeço a amizade genuína, as palavras certas nos momentos certos e a capacidade de tornar este percurso mais leve. Obrigada por estarem presentes, por compreenderem as ausências e por celebrarem cada conquista como se fosse vossa.

Por fim, agradeço a todos os que, de forma direta ou indireta, fizeram parte deste percurso e contribuíram para a concretização desta etapa tão significativa, que representa não apenas um crescimento académico, mas também humano e pessoal.

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 Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CASU – Clínica de Atendimento do Serviço de Urgência

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

CRI – Centro de Responsabilidades Integrado

CVC – Cateter Venoso Central

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

EPC – Enterobactérias produtoras de carbapenemases

HCIS – *Healthcare Information System*

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional De Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação, Breve Histórico, Avaliação, Recomendação

ITU – Infecção do Trato Urinário

MRSA – *Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus*

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia associada à intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TOT – Tubo Orotraqueal

UC – Unidade Curricular

UGP – Urgência Geral Polivalente

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Assenta numa metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva das experiências vivenciadas ao longo do processo formativo, procurando evidenciar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), adquiridas e desenvolvidas, salientando os 3 contextos de estágio, nomeadamente: um Serviço de Urgência Geral Polivalente (UGP), um Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), contribuindo para a atribuição do título de Enfermeira Especialista na área do ciclo de estudos e Mestre em Enfermagem.

Ao longo do processo formativo, adotou-se como referencial estruturante do raciocínio em Enfermagem a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, que compreende o cuidar como um processo relacional e transpessoal, integrando dimensões físicas, emocionais e espirituais. A humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica constitui um desafio central na enfermagem especializada, sobretudo em contextos de elevada complexidade tecnológica, como os Serviços de Urgência e de Medicina Intensiva. Apesar dos avanços técnico-científicos, subsiste o risco de despersonalização do cuidado, tornando essencial a implementação de intervenções que salvaguardem a dignidade, a autonomia e a integridade da pessoa. No sentido de conhecer a evidência científica recente sobre a temática, elaborámos uma *Scoping Review*, de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, denominada “Intervenções De Enfermagem Especializada que Contribuem para a Humanização Dos Cuidados À Pessoa Em Situação Crítica em Serviços de Urgência: A *Scoping Review*”. A evidência científica analisada destaca intervenções como a comunicação terapêutica, a presença intencional, o envolvimento da família, a gestão da dor e a preservação da privacidade como promotoras de melhores resultados clínicos, maior satisfação da pessoa cuidada e reforço do bem-estar profissional.

O percurso formativo conducente ao título de Enfermeiro Especialista e ao grau de Mestre em Enfermagem fundamentam-se nos Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como nos descritores de Dublin que enquadram o segundo ciclo de formação, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 74/2006.

Palavras-chave: Humanização dos Cuidados; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Teoria do Cuidado Humano; Jean Watson.

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Curricular Unit *Internship and Report* of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition. It is based on a descriptive, analytical, and critical-reflective methodology grounded in the experiences lived throughout the educational process, aiming to highlight the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition, acquired and developed throughout training. It emphasizes the three internship contexts, namely a General Emergency Department, an Intensive Care Unit, and an Emergency and Resuscitation Medical Vehicle, contributing to the award of the title of Specialist Nurse in the study area and the Master's degree in Nursing.

Throughout the training process, Jean Watson's Theory of Human Caring was adopted as the guiding theoretical framework for nursing reasoning, understanding caring as a relational and transpersonal process that integrates physical, emotional, and spiritual dimensions. The humanization of care for the person in critical condition constitutes a central challenge in specialized nursing, particularly in highly technological settings such as Emergency Departments and Intensive Care Units. Despite scientific and technical advances, the risk of depersonalization of care remains, making it essential to implement interventions that safeguard the person's dignity, autonomy, and integrity. In order to explore the recent scientific evidence on this topic, a Scoping Review was conducted in accordance with the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, entitled "*Specialized Nursing Interventions Contributing to the Humanization of Care for the Person in Critical Condition in Emergency Services: A Scoping Review*." The evidence reviewed highlights interventions such as therapeutic communication, intentional presence, family involvement, pain management, and the preservation of privacy as promoters of improved clinical outcomes, greater patient satisfaction, and enhanced professional well-being.

The educational pathway leading to the title of Specialist Nurse and to the Master's degree in Nursing is grounded in the Regulations of the Common and Specific Competencies of the Specialist Nurse, defined by the Portuguese Order of Nurses, as well as in the Dublin Descriptors that frame second-cycle higher education, as established by Decree-Law no. 74/2006.

Keywords: Humanization of Care; Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Condition; Theory of Human Caring; Jean Watson.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. Humanização em enfermagem	15
1.2. Intervenções de enfermagem especializada na humanização do cuidado à pessoa em situação crítica	17
1.3. Teoria De Jean Watson	18
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	20
2.1. Caracterização dos contextos de estágio	21
2.1.1. Serviço De Urgência Polivalente	22
2.1.2. Serviço De Medicina Intensiva	25
2.1.3. Viatura Médica De Emergência E Reanimação	27
2.2. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E Mestre Em Enfermagem	29
2.3 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica E Mestre Em Enfermagem	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	53
Apêndice I – Resumo da Revisão <i>Scoping</i>	54
Apêndice II – Apresentação de Introdução do Diário do Doente	56
Apêndice III – Diário do Doente	64
Apêndice IV – Poster “Deveres e direitos do Utente”	72
Apêndice V – Apresentação “Gestão de Cateteres Venosos Centrais no Serviço de Medicina Intensiva”	74
Apêndice VI – Poster “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central	80
ANEXOS	82
Anexo I – Simpósio “Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos”	83
Anexo II – “Triage Systems and the Critical Role of Nurses in International Disaster Response” ..	85

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Tem como objetivo descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido, evidenciando as atividades realizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do mesmo.

Este percurso integrou a realização de estágios, decorridos entre maio de 2025 e janeiro de 2026, em três contextos distintos e complementares: um Serviço de Medicina Intensiva (SMI), uma Urgência Geral Polivalente (UGP) e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), abrangendo assim dois contextos hospitalares e um pré-hospitalar. Estes cenários clínicos, caracterizados por elevada complexidade técnica, exigência emocional e relacional, constituíram ambientes privilegiados para a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), proporcionando contato direto com situações clínicas complexas, instáveis e desafiantes.

O estágio totalizou 540 horas, distribuídas por contextos de elevada diferenciação e exigência, marcados pela instabilidade clínica, imprevisibilidade, complexidade e marcada componente tecnológica. Orientados para uma resposta rápida e eficaz à disfunção orgânica aguda, estes ambientes colocam, aos profissionais, o desafio permanente de preservar a dimensão humana do cuidado, num contexto em que o risco de despersonalização é significativo.

Neste sentido, a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica emerge como eixo central do presente relatório. Esta opção decorre da convicção de que os avanços científicos e tecnológicos, embora essenciais para garantir a qualidade e segurança dos cuidados, não são suficientes, para garantir uma abordagem verdadeiramente integral. A pessoa em situação crítica encontra-se numa condição de vulnerabilidade extrema, marcada pela perda de controlo, autonomia e, em muitos casos, pela limitação ou ausência de capacidade de comunicação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Perante esta realidade, a humanização dos cuidados assume-se como um imperativo ético da prática especializada, traduzindo-se na salvaguarda da dignidade da pessoa, no respeito pela sua singularidade, na promoção de uma comunicação terapêutica eficaz, na presença intencional do enfermeiro e na integração da família no processo de cuidar.

A elaboração do presente relatório assenta numa metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, articulando a experiência clínica desenvolvida ao longo do percurso formativo, e enquanto enfermeira em contexto de Urgência Médico-Cirúrgica, com a evidência científica atual e com os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros, designadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC), bem como os

Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017). Integram-se, igualmente, os Descritores de Dublin, que enquadram o segundo ciclo de formação nas dimensões do conhecimento, compreensão, aplicação do saber, capacidade de julgamento, tomada de decisão, comunicação e aprendizagem ao longo da vida.

No decorrer deste percurso, foi desenvolvida uma revisão *scoping* intitulada “Intervenções de Enfermagem, na humanização dos cuidados à PSC: a *Scoping Review*”. Os resultados obtidos evidenciaram a relevância de intervenções como a comunicação eficaz, a presença terapêutica, a gestão humanizada da dor, a salvaguarda da privacidade e o envolvimento da família no processo de cuidados, reforçando a associação entre práticas centradas na pessoa e melhores resultados clínicos, maior satisfação e bem-estar dos profissionais.

O percurso foi alicerçado conceptualmente, na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, a qual concebe o cuidar como um processo relacional, transpessoal e intencional, integrando as dimensões física, emocional, espiritual e existencial da pessoa. Os Caritas Processos® assumiram-se como referencial orientador da prática clínica, particularmente pertinente em contextos de elevada complexidade tecnológica, nos quais o enfermeiro especialista é desafiado a equilibrar competência técnica com sensibilidade relacional (Watson, 2008).

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos principais, organizados de forma a permitir uma abordagem progressiva e integrada da temática em estudo: o primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, no qual se desenvolve a reflexão em torno da humanização em enfermagem, com particular enfoque no cuidado à pessoa em situação crítica. Neste âmbito, são abordados os princípios da humanização dos cuidados, as intervenções de enfermagem especializada promotoras dessa humanização e a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, enquanto referencial conceptual estruturante da prática de enfermagem centrada na pessoa.

O segundo capítulo é dedicado à análise crítica e reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências, integrando, numa primeira fase, a caracterização dos diferentes contextos de estágio: Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva e Viatura Médica de Emergência e Reanimação, e, posteriormente, a análise das competências comuns do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem, bem como das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica. Esta análise é sustentada na prática clínica desenvolvida e articulada com os referenciais teóricos e normativos da profissão.

O documento termina com as considerações finais, onde se sintetizam os principais contributos do percurso formativo e profissional, seguidas das referências bibliográficas e dos respetivos apêndices e anexos.

A redação deste documento segue as normas do guia orientador para elaboração dos relatórios de estágio facultado pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz, em consonância com as

normas da *American Psychological Association* – 7.ª edição (APA 7) no que respeita às citações e referências bibliográficas, encontrando-se igualmente redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico do presente relatório insere-se no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, constituindo o alicerce conceptual que sustenta a análise das intervenções especializadas desenvolvidas em contextos de elevada complexidade clínica. Num ambiente caracterizado pela elevada tecnicidade, instabilidade fisiológica e acentuada vulnerabilidade humana, torna-se imperativo ancorar a prática clínica numa base científica robusta e atualizada, integrando os contributos da investigação contemporânea, dos referenciais teóricos da disciplina de enfermagem e do enquadramento profissional especializado.

Neste âmbito, o presente capítulo transcende a descrição isolada de conceitos ou contributos teóricos, privilegiando uma abordagem crítica, reflexiva e integradora da humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica. Procura-se, assim, articular os fundamentos conceptuais da disciplina de enfermagem com a evidência científica mais recente, no sentido de sustentar a tomada de decisão clínica especializada e consolidar uma prática de cuidados baseada na melhor evidência científica disponível.

A humanização dos cuidados, em contexto crítico, assume-se como uma dimensão indissociável da complexidade técnica, emocional e relacional inerente ao cuidado à pessoa em situação de doença aguda ou em risco iminente de vida. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a pessoa em situação crítica é definida como aquela que apresenta falência, ou risco iminente de falência, de uma ou mais funções vitais, necessitando de vigilância contínua, monitorização avançada e intervenções terapêuticas imediatas e diferenciadas, com vista à manutenção ou recuperação da estabilidade hemodinâmica e funcional (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018; OE, 2019). Esta condição traduz-se numa acentuada vulnerabilidade física e emocional, frequentemente associada à diminuição da autonomia e da capacidade de comunicação, exigindo do enfermeiro especialista não só competências técnico-científicas altamente diferenciadas, mas também uma elevada competência ética, relacional e comunicacional.

Neste contexto a humanização dos cuidados integra dimensões fundamentais como a empatia, a escuta ativa, a comunicação terapêutica, o respeito pela autonomia, a promoção do conforto, a salvaguarda da dignidade humana e a inclusão da família no processo de cuidar. A literatura evidencia, de forma consistente, a necessidade de reforçar práticas humanizadas nos Serviços de Urgência e nos Serviços de Medicina Intensiva, ambientes particularmente suscetíveis à despersonalização dos cuidados, em virtude da elevada tecnicidade, da pressão assistencial e da complexidade organizacional (Rocha & Pedro, 2025; Falcão, 2025).

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento da competência em enfermagem ocorre de forma progressiva, encontrando-se intrinsecamente associado à experiência clínica. No seu modelo de desenvolvimento de competências, a autora descreve que os enfermeiros adquirem competências

clínicas através da prática e da reflexão, evoluindo ao longo de cinco níveis: Iniciado; Iniciado Avançado; Competente; Proficiente e Perito. A experiência assume, assim, um papel determinante na capacidade do enfermeiro para reconhecer e responder não apenas as necessidades fisiológicas, mas também nas dimensões psicossociais e espirituais da pessoa em situação crítica, frequentemente negligenciadas em contextos de elevada exigência de cuidados. Neste sentido, a humanização dos cuidados pressupõe uma abordagem holística e integrada que articule conhecimento científico, competência clínica e presença relacional significativa.

A organização do presente capítulo estrutura-se em três eixos fundamentais e interdependentes: a humanização em enfermagem, as intervenções de enfermagem especializada na humanização do cuidado à pessoa em situação crítica e a Teoria de Jean Watson, enquanto referencial conceptual estruturante da prática de cuidados humanizados.

1.1. Humanização em enfermagem

A humanização em enfermagem constitui um eixo fundamental para a qualidade dos cuidados e para a segurança da pessoa em situação crítica, assumindo-se como um princípio orientador da prática clínica contemporânea. Em contextos como os Serviços de Urgência e de Medicina Intensiva, caracterizados por ambientes clínicos acelerados, de elevada imprevisibilidade clínica e forte dependência tecnológica, a operacionalização de uma abordagem centrada na pessoa, revela-se particularmente desafiante. Fatores como a sobrecarga de cuidados, o tempo limitado, constrangimentos infraestruturais e a pressão organizacional tendem a comprometer a consistência e a intencionalidade de práticas humanizadas (Rodrigues et al., 2020).

Nos Serviços de Medicina Intensiva, estas dificuldades intensificam-se, sendo frequentemente aumentadas pelo elevado grau de instabilidade clínica da PSC e pela centralidade atribuída à monitorização contínua e aos parâmetros fisiológicos, o que pode favorecer uma perspetiva reducionista e fragmentada da pessoa, centrada predominantemente na dimensão biomédica. Este paradigma, embora necessário à vigilância e estabilização clínica, pode inadvertidamente conduzir à despersonalização do cuidado. Assim, a integração da humanização nestes contextos exige um compromisso consciente, reflexivo e sustentado por parte dos profissionais, orientado para a valorização da pessoa na sua globalidade biopsicossocial e espiritual (Rodrigues et al., 2020).

A evidência científica tem vindo a identificar um conjunto de práticas facilitadoras da humanização, entre as quais se destacam a escuta ativa, a comunicação terapêutica, o respeito pela autonomia e a preservação da dignidade da pessoa (Gomes & Santos, 2019). Estas abordagens quando integradas de forma consistente na prática clínica, contribuem para a redução do stresse e da ansiedade, promovem melhores resultados em saúde e favorecem experiências de cuidados mais positivas, tanto para a pessoa como para os profissionais (OMS, 2018).

Neste âmbito a comunicação surge, como um pilar fundamental. O desenvolvimento de competências comunicacionais avançadas permite aos profissionais de saúde estabelecer relações terapêuticas mais eficazes facilitando a compreensão das necessidades individuais e promovendo uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa (Fernandes et al., 2022). O envolvimento ativo da pessoa na tomada de decisão, sempre que possível, está associado a níveis mais elevados de satisfação, maior adesão ao plano terapêutico e melhores resultados clínicos (Martins & Costa, 2021). Paralelamente, estratégias de cuidados centradas na pessoa têm demonstrado impacto positivo na experiência de cuidados (Walsh et al., 2022), sendo a comunicação eficaz também reconhecida como recurso protetor essencial face aos efeitos da sobrecarga profissional e do desgaste emocional (Tuohy & Wallace, 2023).

A dignidade da pessoa emerge igualmente como um dos pilares fundamentais da humanização dos cuidados, sendo influenciada por múltiplos fatores, incluindo o respeito pelas preferências individuais, a garantia da privacidade, a confidencialidade e o envolvimento da pessoa no planeamento de cuidados (Fuseini et al., 2022). Evidência recente sugere que práticas de cuidados centradas na dignidade da pessoa não só melhoram os resultados clínicos, como também contribuem para o aumento da satisfação profissional e para a promoção do bem-estar das equipas de saúde (Van-Haitsma et al., 2024).

Apesar do reconhecimento crescente da importância da humanização nos cuidados de saúde, persistem desafios significativos à sua implementação efetiva. Entre estes, destacam-se escassez de recursos humanos e materiais, a insuficiência de programas de formação contínua e a prevalência de culturas organizacionais predominantemente orientadas para a eficiência e a produtividade, em detrimento da centralidade na pessoa (Rodrigues et al., 2020; Rowe & Knox, 2023). Estes constrangimentos evidenciam a necessidade de uma mudança estrutural e cultural nos contextos de prática clínica.

Neste sentido, torna-se fundamental investir em políticas institucionais que promovam ambientes terapêuticos mais humanizados, bem como programas formativos que capacitem os profissionais para integrar, de forma consistente, práticas centradas na pessoa, mesmo em contextos de elevada exigência clínica (Pereira & Lima, 2020).

A promoção de uma cultura de humanização implica, assim, uma abordagem multidimensional, que articule liderança organizacional, desenvolvimento profissional contínuo e valorização da dimensão relacional do cuidar.

1.2. Intervenções de enfermagem especializada na humanização do cuidado à pessoa em situação crítica

A humanização dos cuidados em contexto crítico deve ser compreendida como expressão intrínseca das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O Regulamento n.º 429/2018 estabelece que este profissional detém competências para intervir em situações de elevada complexidade, instabilidade e risco iminente de falência de funções vitais, mobilizando julgamento clínico avançado, capacidade de decisão autónoma e responsabilidade ética na gestão de cuidados altamente diferenciados (OE, 2018). Paralelamente, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros reconhece que o título de especialista pressupõe competência científica, técnica e humana (OE, 2019), evidenciando a dimensão relacional como elemento estruturante da prática especializada.

Nesta perspetiva, a humanização não representa um elemento periférico da prática, mas concretiza-se na forma como o especialista integra excelência técnica com sensibilidade ética e relacional. A pessoa em situação crítica, frequentemente privada de autonomia e capacidade comunicacional, encontra-se numa condição de elevada vulnerabilidade exigindo do enfermeiro uma postura de advocacia, proteção da dignidade e reconhecimento da singularidade humana, perante a gravidade do estado clínico.

A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), estabelece que a prática especializada deve assentar numa intervenção ética, relacional e comunicacional competente, valorizando a comunicação como eixo estruturante do cuidado diferenciado (OE, 2010). Neste referencial, é enfatizada a responsabilidade do enfermeiro especialista na promoção de uma relação terapêutica eficaz, sustentada na capacidade de estabelecer interações significativas com a pessoa e família, mesmo em contextos de elevada complexidade clínica. A comunicação emerge, assim, como componente central da humanização, integrando presença ativa, escuta intencional, uso adequado da linguagem verbal e não verbal e adaptação ao estado clínico, emocional e cognitivo da pessoa em situação crítica.

A humanização dos cuidados em serviços de urgência tem vindo a assumir crescente relevância na literatura científica, sendo reconhecida como um elemento central para a promoção da qualidade assistencial. Todavia, as características inerentes a estes contextos, nomeadamente a elevada afluência de doentes, a complexidade das situações clínicas e a exigência de respostas rápidas, constituem fatores que dificultam a integração consistente de práticas humanizadas.

No âmbito deste percurso formativo, a realização de uma revisão *scoping* (resumo da *scoping* no APÊNDICE I) permitiu mapear na evidência científica intervenções de Enfermagem Especializada que contribuem para a humanização dos Cuidados À Pessoa Em Situação Crítica no serviço de urgência. A revisão foi conduzida com base na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (2020), para

dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais são as intervenções de Enfermagem Especializada que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica em serviços de urgência? A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL, Scopus e SciELO.

Do total de 7148 estudos inicialmente identificados, foram incluídos sete artigos após o processo de seleção e análise. A síntese dos resultados permitiu a sua organização em três categorias, nomeadamente: Abordagens promotoras da humanização, Desafios à humanização e impactos da humanização.

No domínio das abordagens promotoras da humanização, evidenciam-se a comunicação eficaz, o envolvimento da pessoa na tomada de decisão e a adequação dos espaços físicos e organizacionais como estratégias fundamentais. No que respeita aos desafios, salienta-se a sobrecarga de cuidados, a insuficiente formação dos profissionais e a predominância de uma cultura organizacional centrada na eficiência operacional, em detrimento da centralidade da pessoa. Relativamente aos impactos da humanização, os estudos analisados apontam para uma associação entre a humanização dos cuidados e a melhoria da experiência da pessoa, a obtenção de melhores resultados clínicos e o aumento da satisfação dos profissionais e da PSC.

Assim, a promoção da humanização nos serviços de urgência requer uma abordagem integrada, assente em mudanças estruturais, organizacionais e formativas. A implementação de estratégias que favoreçam a comunicação terapêutica, o trabalho interdisciplinar e a participação ativa da pessoa no processo de cuidados revela-se essencial para ultrapassar os desafios identificados. Acresce que o desenvolvimento de políticas institucionais orientadas para a humanização poderá reforçar uma cultura de cuidados mais empática, digna e centrada na pessoa em situação crítica.

Neste sentido, a integração entre enquadramento normativo, evidência científica e prática clínica permite compreender que a humanização dos cuidados constitui uma manifestação concreta das competências do enfermeiro especialista, materializando-se em intervenções técnicas, éticas e relacionais sustentadas na melhor evidência disponível.

1.3. Teoria De Jean Watson

A Teoria do Cuidado Humano, desenvolvida por *Jean Watson*, constitui um dos pilares fundamentais para a compreensão e promoção da humanização dos cuidados em enfermagem. Esta abordagem entende o cuidado como uma prática relacional, ética e espiritual, sustentada por valores como a compaixão, a empatia e a presença genuína do profissional de saúde junto da pessoa (Watson, 2008). Para a autora, o cuidado não se reduz a uma intervenção técnica, mas representa um compromisso moral e ontológico com a dignidade humana, assumindo-se como essência e fundamento da disciplina de enfermagem.

Particularmente em situações de elevada complexidade clínica, como no contexto da pessoa em situação crítica, Watson (2012) propõe uma visão holística do ser humano, integrando corpo, mente e espírito, na qual o cuidado transcende o plano físico e biomédico. A pessoa é compreendida como um ser unitário, dotado de significado, história e vulnerabilidade, cuja experiência de doença constitui uma transição existencial. A relação terapêutica é concebida como um encontro humano autêntico, um momento transpessoal, no qual enfermeiro e pessoa se influenciam mutuamente, criando um espaço de cura que ultrapassa a dimensão fisiológica e alcança a esfera emocional e espiritual.

A teoria organiza-se em torno dos *Clinical Caritas*, considerados os pilares centrais da Teoria do Cuidado Humano. Estes constituem uma evolução dos dez fatores caritativos originalmente propostos, refletindo uma transição do enfoque em tarefas técnicas para uma abordagem mais ampla, de natureza espiritual, ética e filosófica do cuidar. Os *Clinical Caritas* orientam o profissional de saúde na construção de uma relação de cuidado transpessoal, na qual se reconhece e valoriza a dimensão da alma e do espírito, tanto de quem cuida como de quem é cuidado (Watson, 2012).

Neste sentido, configuram uma atualização contemporânea dos fatores caritativos iniciais, operacionalizando uma prática de enfermagem centrada na humanização (Watson, 2012). Entre estes processos incluem-se, nomeadamente, a prática do amor-bondade e da equanimidade, a presença autêntica, o suporte aos sistemas de crença e esperança, o desenvolvimento da sensibilidade para consigo e para com o outro, a construção de uma relação de ajuda e confiança, a aceitação e promoção da expressão de emoções positivas e negativas, a integração criativa do conhecimento científico com a intuição, a criação de ambientes de cuidado que promovam dignidade, conforto e segurança, bem como a abertura aos mistérios inerentes à vida e à morte.

No contexto da pessoa em situação crítica, estes processos adquirem particular relevância. A prática do amor-bondade traduz-se na forma como o enfermeiro aborda a pessoa mesmo quando esta se encontra sedada ou inconsciente, reconhecendo-lhe dignidade independentemente do seu estado clínico. A presença autêntica manifesta-se na capacidade de permanecer junto da pessoa e da família em momentos de incerteza ou sofrimento intenso. A promoção da expressão emocional revela-se essencial na relação na qual são vivenciados medo, angústia ou luto antecipatório. A criação de um ambiente de cuidado humanizado implica, ainda, a proteção da privacidade, a adequação do ruído, o respeito pelo corpo exposto e a mediação da tecnologia para que esta não substitua a relação.

Em contextos como os Serviços de Urgência e os Serviços de Medicina Intensiva, marcados por elevada tecnicidade, pressão temporal e risco de despersonalização, a aplicação da filosofia de Watson constitui simultaneamente um desafio e uma necessidade ética. A predominância de dispositivos invasivos, monitorização contínua e protocolos estruturados pode favorecer uma visão fragmentada da pessoa, centrada em parâmetros biomédicos. A Teoria do Cuidado Humano funciona, neste cenário,

como contrapeso conceptual, recordando que o cuidado é, antes de mais, uma relação entre seres humanos.

A integração dos princípios de Watson na prática clínica permite, assim, valorizar não apenas os indicadores fisiológicos, mas também a subjetividade, as emoções e a dimensão espiritual da pessoa cuidada. Esta abordagem converte-se numa ferramenta ética e terapêutica que qualifica a relação enfermeiro/pessoa, contribuindo para a redução do sofrimento, para uma experiência mais positiva do internamento e para maior satisfação profissional (Pajnkihar et al., 2017). Ao recentrar o cuidado na dignidade e na singularidade da pessoa, mesmo em contexto de falência orgânica iminente, reforça-se a identidade humanista da enfermagem.

Deste modo, a Teoria de *Jean Watson* constitui um referencial conceptual robusto e atual para sustentar práticas de enfermagem especializadas orientadas para a humanização do cuidado. Em contexto crítico, onde a vida e a morte coexistem num equilíbrio frágil, esta teoria oferece uma matriz ética e relacional que permite ao enfermeiro especialista integrar excelência técnica com presença compassiva, reafirmando que cuidar é, simultaneamente, um ato científico e profundamente humano.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista encontra-se regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros, que define um conjunto de competências comuns e específicas orientadoras da prática clínica diferenciada. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estabelece quatro domínios estruturantes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). Paralelamente, o Regulamento n.º 429/2018 define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, reconhecendo-lhe capacidade para prestar cuidados altamente diferenciados a pessoas com falência, ou risco iminente de falência, de funções vitais, em contextos de elevada complexidade e instabilidade clínica (OE, 2018).

De forma a enquadrar este domínio, importa compreender o conceito de competência. Este apresenta múltiplas origens etimológicas, convergindo para a ideia de capacidade, qualificação e aptidão para agir de forma eficaz em determinado contexto. Em contexto profissional, a competência traduz-se na capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma integrada, com vista à resolução de problemas e à tomada de decisão em situações complexas (Mulder, 2007). Assim, o desenvolvimento de competências constitui um processo dinâmico, sustentado na experiência, na reflexão crítica e na aprendizagem contínua.

Neste sentido, Benner (2001), com base no modelo de aquisição de Perícia de Dreyfus, descreve o desenvolvimento de competências em enfermagem como um percurso evolutivo, que integra cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Este modelo evidencia que a aquisição de competências não depende exclusivamente do conhecimento teórico, mas resulta da integração da experiência clínica e da reflexão sobre a prática, permitindo ao enfermeiro desenvolver julgamento clínico e capacidade de decisão em contextos complexos.

Paralelamente, o presente percurso formativo insere-se no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, cujas competências se encontram definidas no Decreto-Lei n.º 74/2006, em consonância com os descritores de Dublin. Estes pressupõem a aquisição de conhecimentos aprofundados, a capacidade de aplicação em contextos novos e multidisciplinares, a integração de saberes, a tomada de decisão em situações de informação limitada, a comunicação eficaz e o desenvolvimento de competências de aprendizagem autónoma ao longo da vida. Neste enquadramento, o enfermeiro especialista e mestre em enfermagem assume-se como um profissional capaz de articular conhecimento científico, pensamento crítico e responsabilidade ética na prática clínica.

A análise conjunta destes referenciais permite compreender que a especialização não se circunscreve ao domínio técnico, antes implica uma prática eticamente fundamentada, relacionalmente competente e cientificamente sustentada. Neste sentido, a humanização dos cuidados emerge como expressão concreta das competências do enfermeiro especialista, particularmente em contexto crítico, onde a vulnerabilidade da pessoa exige uma abordagem que preserve a dignidade, promova a comunicação terapêutica e reconheça a singularidade do ser humano.

Foi neste enquadramento que se desenvolveu o percurso de estágio, cuja reflexão crítica é apresentada ao longo do presente capítulo, articulando os contextos clínicos vivenciados com a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Este capítulo encontra-se estruturado em três subcapítulos. Inicialmente, procede-se à caracterização dos contextos dos estágios realizados. Seguidamente, serão abordadas e refletidas as competências comuns do EE e Mestre em Enfermagem desenvolvidas. Por fim, no terceiro subcapítulo, serão analisadas as competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC e Mestre em Enfermagem.

2.1. Caracterização dos contextos de estágio

Tendo em consideração o plano de estudos definido para a concretização do presente Mestrado e Especialidade, este contempla a realização de estágios no âmbito de duas Unidades Curriculares (UC), uma correspondente ao 1.º ano, 2.º semestre, e outra ao 2.º ano, 1.º semestre.

A seleção dos contextos de estágio teve por base, as orientações da Ordem dos Enfermeiros, para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências especializadas na área de Enfermagem à PSC, garantindo a prática clínica em diferentes complexos de cuidados, nomeadamente em situações de instabilidade aguda e elevada complexidade da PSC.

Neste sentido, foram selecionados três contextos distintos e complementares: o Serviço de Urgência Polivalente, o Serviço de Medicina Intensiva e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Estes contextos permitiram o contacto com diferentes fases do percurso da pessoa em situação crítica, desde o pré-hospitalar, passando pela abordagem inicial em contexto de urgência, até ao cuidado diferenciado em ambiente de cuidados intensivos, proporcionando uma visão integrada e contínua do processo de cuidar.

Seguidamente, proceder-se-á à caracterização detalhada de cada um dos contextos de estágio, com o objetivo de compreender a sua organização, funcionamento e especificidade, bem como de estabelecer a relação com as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso formativo.

2.1.1. Serviço De Urgência Polivalente

O Serviço de Urgência Polivalente (SUP) onde decorreu o estágio integra uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região da Grande Lisboa, fazendo parte da Rede Nacional de Urgência e Emergência enquanto serviço de nível mais diferenciado, com Centro de Trauma, conforme definido no Despacho n.º 13427/2015. Este serviço integra ainda a Urgência Metropolitana de Lisboa, assegurando resposta em diversas especialidades, nomeadamente Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Urologia, e participa ativamente nos circuitos das Vias Verdes Coronária, do Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis e Trauma.

O SUP encontra-se organizado como Centro de Responsabilidade Integrado (CRI), ao abrigo do Decreto-Lei n.º 18/2017, com o objetivo de otimizar os resultados em saúde, melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados, bem como aumentar a eficiência dos recursos disponíveis. Esta organização implica a existência de uma equipa multiprofissional dedicada exclusivamente ao serviço, com enfoque na redução dos tempos de espera, na melhoria dos fluxos assistenciais e na satisfação dos utentes e profissionais.

A admissão das pessoas no serviço é precedida de triagem realizada pelo enfermeiro, com recurso ao Sistema de Triagem de Manchester (STM), um método estruturado que permite atribuir prioridades clínicas com base no risco, assegurando que as situações mais graves são atendidas prioritariamente (Grupo Português de Triagem, 2010). Este sistema não estabelece diagnósticos, mas define níveis de prioridade em função do principal motivo de procura, associando um tempo

recomendado até à observação médica e uma codificação por cores representativa da gravidade clínica.

A escala de triagem organiza-se em seis níveis: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente), azul (não urgente) e branco (situações programadas). Este sistema constitui um elemento essencial na organização dos cuidados, permitindo otimizar a gestão de recursos e assegurar uma resposta mais eficiente e segura, sendo da responsabilidade do enfermeiro especialista, de acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017).

A triagem é realizada em quatro postos de atendimento, dois dos quais preparados para pessoas em maca, sendo posteriormente encaminhadas para a área mais adequada à sua condição clínica. Considerando que uma parte significativa das admissões corresponde a situações não urgentes, encontra-se implementada a Clínica de Atendimento do Serviço de Urgência (CASU), em funcionamento no período diurno, para onde são encaminhadas pessoas triadas como verde ou azul que cumpram critérios específicos. Esta estratégia permite reduzir a sobrecarga do serviço e otimizar a resposta às situações verdadeiramente urgentes.

O enfermeiro assume um papel central neste processo, não apenas na triagem, mas também na adequada referência das pessoas, incluindo a possibilidade de encaminhamento para os Cuidados de Saúde Primários, sempre que exista disponibilidade e concordância da pessoa. Adicionalmente, podem ser ativados, no momento da triagem, protocolos específicos, como a realização de eletrocardiograma na Via Verde Coronária ou exames de imagem na Via Verde Trauma, contribuindo para a celeridade do diagnóstico e intervenção.

A área assistencial do serviço encontra-se organizada em diferentes setores, incluindo áreas de atendimento geral para doentes em ambulatório e em maca, salas de urgência médica/cirúrgica e de trauma, sala de isolamento respiratório com pressão negativa, unidades de observação com monitorização contínua e gabinetes médicos especializados.

As salas de urgência recebem pessoas referenciadas diretamente pelo CODU, bem como aquelas classificadas como emergentes ou com agravamento súbito do estado clínico. Estas áreas encontram-se equipadas para assegurar uma resposta imediata, dispondo de monitorização contínua, ventilação mecânica, material de imobilização e carros de reanimação devidamente organizados e verificados regularmente, garantindo a execução eficaz de intervenções de Suporte Avançado de Vida.

Destaca-se a organização do material em kits pré-definidos, que permitem acesso rápido e eficiente aos recursos necessários em situações críticas, incluindo material para acessos vasculares e procedimentos invasivos como algaliação ou colheita de hemoculturas. Uma das salas dispõe ainda de condições equiparadas a bloco operatório, possibilitando a realização de intervenções cirúrgicas emergentes em ambiente controlado.

Paralelamente, o serviço integra a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, responsável pela resposta a situações de deterioração clínica dentro da instituição.

A equipa do SUP é multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos e outros profissionais de saúde. A equipa de enfermagem é composta por um elevado número de profissionais, incluindo enfermeiros especialistas em diferentes áreas, organizados em equipas funcionais com coordenação definida. A prática de cuidados assenta num modelo individual, centrado nas necessidades da pessoa, sendo simultaneamente sustentada por trabalho em equipa, essencial em contextos de elevada complexidade.

O sistema de informação de enfermagem (SIE) adotado no departamento clínico da UGP é o *Healthcare Information System* (HCIS), que possibilita a realização de triagem, o registo de informações clínicas, a gestão de internamentos, altas e camas hospitalares, promovendo uma integração eficiente entre todos os profissionais envolvidos. Este sistema também se conecta aos módulos de prescrição de medicamentos, exames de diagnóstico e visualização de resultados, além de estar integrado ao SClínico, utilizado nas unidades de internamento. Este sistema permite a integração dos dados clínicos, gestão de processos assistenciais e articulação entre serviços, promovendo eficiência e continuidade dos cuidados.

O acesso à medicação na UGP é efetuado através do sistema de máquinas dispensadoras automáticas *PYXIS®*. Estas são projetadas para garantir um elevado nível de controlo e rastreabilidade, promovendo a segurança no uso do medicamento. O acesso é restrito a profissionais autorizados, mediante autenticação por impressão digital. Após a autenticação, a máquina identifica a medicação prescrita e abre o compartimento correspondente de forma automatizada. A sua reposição diária é efetuada pelos serviços farmacêuticos, garantindo stocks adequados às necessidades, o que promove a eficiência na gestão dos recursos hospitalares. O sistema *Conexall®*, uma plataforma de comunicação interna utilizada na UGP, revelou-se uma ferramenta útil, uma vez que, através de um simples comando no sistema permite agilizar solicitações, como transporte de pessoas, limpeza de espaços e convocação de profissionais, que não estão em permanência no SU, para áreas específicas. Este sistema elimina a necessidade de contatos telefónicos demorados e potencialmente ineficientes, o que contribui para a otimização do tempo dos profissionais, melhorando a organização e o fluxo de trabalho no SU.

Para o estágio em UGP, estabelecemos como objetivo geral desenvolver competências de enfermagem especializada no cuidado à PSC e sua família/cuidador, atuando em contexto de urgência e emergência.

Como objetivos específicos definimos:

I. Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família/cuidador, suportados na evidência científica, em princípios, valores e normas deontológicas, com especial enfoque nos cuidados especializados humanizados.

II. Gerir de forma eficaz a prestação de cuidados em situações de emergências, exceção e catástrofe, garantindo uma resposta rápida e segura.

III. Aprimorar estratégias de prevenção e controlo de infeção, considerando a diversidade e complexidade do ambiente de um SU.

2.1.2. Serviço De Medicina Intensiva

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) onde decorreu o estágio integra uma Unidade Local de Saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, constituindo-se como uma unidade diferenciada destinada à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, caracterizada por falência ou risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, exigindo monitorização contínua e suporte avançado de órgãos (Direção-Geral da Saúde, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) são estruturas hospitalares vocacionadas para a prestação de cuidados altamente diferenciados, sendo classificadas em três níveis (I, II e III), de acordo com a complexidade dos cuidados e o grau de monitorização e suporte necessários. Os SMI de nível I destinam-se a pessoas com menor gravidade clínica, requerendo monitorização não invasiva; as de nível II a pessoas instáveis, que necessitam de monitorização invasiva e suporte de um órgão vital; e as de nível III a pessoas com falência de múltiplos órgãos, exigindo suporte avançado e monitorização invasiva contínua.

No que respeita à dotação de enfermagem, o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros estabelece rácios recomendados de enfermeiro por pessoa em situação crítica, variando entre 1:3, 1:2 e 1:1, consoante o nível da unidade. Adicionalmente, é preconizado que, idealmente, 50% da equipa de enfermagem seja constituída por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da pessoa em situação crítica (OE, 2019). Relativamente às dotações, o SMI é constituído por 53 enfermeiros, 9 dos quais são especialistas em EMC e Reabilitação e 13 em EMCPSC. Contudo, verifica-se que a proporção de enfermeiros especialistas na área da pessoa em situação crítica nem sempre atinge o recomendado pela Ordem dos Enfermeiros.

O SMI caracteriza-se por uma organização centrada na vigilância contínua da pessoa em situação crítica, permitindo a deteção precoce de alterações do estado clínico e a implementação de intervenções atempadas.

A equipa do SMI é multidisciplinar, integrando médicos intensivistas, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos, que atuam de forma articulada, promovendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

A equipa de enfermagem inclui um enfermeiro gestor, um enfermeiro em funções de coordenação e os restantes enfermeiros na prestação direta de cuidados, entre os quais se incluem enfermeiros especialistas. O rácio enfermeiro/pessoa em situação crítica varia entre 1:2 e 1:1, ajustando-se à

complexidade clínica e aos recursos disponíveis. Em cada turno, existe um enfermeiro responsável pela coordenação da equipa, sem doentes atribuídos, garantindo a organização, supervisão e gestão dos cuidados.

A avaliação da carga de trabalho de enfermagem é realizada através de instrumentos como o TISS-28 e o *Nursing Activities Score* (NAS), que permitem quantificar a intensidade e complexidade dos cuidados prestados, contribuindo para uma gestão mais adequada dos recursos humanos. Ainda assim, a Ordem dos Enfermeiros (2019) defende que a definição de dotações seguras deve considerar uma abordagem multidimensional, integrando fatores como o nível de qualificação dos profissionais, o perfil de competências, a complexidade organizacional e o envolvimento em atividades de formação e investigação.

O modelo de organização do trabalho adotado é o método individual, centrado nas necessidades da pessoa, sendo o enfermeiro responsável pela globalidade dos cuidados durante o seu turno. Contudo, dada a complexidade do contexto, este modelo é sustentado por uma forte dinâmica de trabalho em equipa.

A unidade dispõe de cinco camas de internamento, incluindo dois quartos de isolamento com pressão negativa, que permitem a implementação de medidas específicas de controlo de infeção. A tipologia das situações clínicas é predominantemente médico-cirúrgica, com particular incidência em doentes politraumatizados, refletindo a elevada complexidade e instabilidade das pessoas cuidadas neste contexto.

Em termos tecnológicos, o SMI encontra-se equipado com sistemas de monitorização hemodinâmica contínua, ventilação mecânica invasiva e terapias de substituição da função renal. Destacam-se, neste âmbito, as técnicas de diálise contínua com anticoagulação por heparina ou citrato, ajustadas às características clínicas da pessoa, evidenciando a diferenciação técnica e a capacidade de resposta do serviço.

A admissão da pessoa na unidade é acompanhada por um conjunto de procedimentos sistematizados que visam garantir a segurança e qualidade dos cuidados. Destaca-se a existência de um manual de acolhimento, que facilita a integração da pessoa e da família, promovendo a compreensão do ambiente e das dinâmicas assistenciais. É igualmente identificado um familiar de referência, elemento central na comunicação com a equipa de saúde, facilitando a partilha de informação e a tomada de decisão, numa perspetiva centrada na pessoa e na família.

No âmbito da prevenção e controlo de infeção, e em articulação com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), são realizadas, à admissão, colheitas de zaragatoas para rastreio de microrganismos multirresistentes, nomeadamente *Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) e enterobactérias produtoras de carbapenemases (EPC). Sempre que indicado, são instituídas medidas de isolamento preventivo até

obtenção de resultados, evidenciando uma prática orientada para a segurança e prevenção da transmissão cruzada de infeção.

A documentação clínica é realizada através do sistema *Patient.Care UCI (BSimple®)*, que integra dados clínicos, laboratoriais e informação proveniente de dispositivos médicos. Após validação pelo enfermeiro, estes dados são automaticamente incorporados no processo clínico, permitindo uma visão global e em tempo real do estado da pessoa. Este sistema contribui para a redução de erros e otimização do tempo dos profissionais, embora apresente limitações na monitorização de indicadores de qualidade, devido à reduzida integração com outros sistemas institucionais.

Importa salientar que, à semelhança de outros contextos críticos, a elevada complexidade tecnológica do SMI pode constituir um risco de despersonalização do cuidado. Assim, a humanização assume um papel central, traduzindo-se na promoção da comunicação terapêutica, na preservação da dignidade da pessoa e no envolvimento da família no processo de cuidar.

Como objetivo geral para este contexto de estágio definimos, adquirir e desenvolver competências especializadas em Enfermagem à PCS e sua família em contexto de cuidados intensivos polivalentes, com particular interesse na prestação de cuidados especializados e humanizados. Para atingir este objetivo, definimos três objetivos específicos:

- I. Compreender o funcionamento, organização e dinâmica das equipas em contextos de cuidados intensivos polivalentes, conhecendo os protocolos implementados no contacto direto com a prestação de cuidados à PSC;
- II. Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, cuidando da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, adquirindo competências direcionadas a estas intervenções especializadas;
- III. Desenvolver estratégias na prestação de cuidados em situações de emergência, antecipando e intervindo sobre potenciais focos de instabilidade.
- IV. Adquirir competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, em SMI.

2.1.3. Viatura Médica De Emergência E Reanimação

A emergência pré-hospitalar em Portugal remonta a 1965, tendo evoluído de forma significativa até à criação, em 1981, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), entidade responsável pela coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Compete ao INEM assegurar a prestação de cuidados no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para a unidade hospitalar mais adequada e a articulação entre os diferentes intervenientes do sistema (INEM, 2013).

A coordenação e gestão dos meios de emergência pré-hospitalar são realizadas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que, através da triagem das chamadas recebidas, mobiliza

os recursos adequados de acordo com a situação clínica e a localização da pessoa em situação crítica. Neste sistema, o enfermeiro integra diferentes meios de emergência, nomeadamente Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e Helicópteros de Emergência Médica (INEM, 2021).

Numa lógica de articulação entre o INEM e as instituições do Serviço Nacional de Saúde, as VMER e os meios de Suporte Imediato de Vida encontram-se integrados em serviços de urgência, conforme preconizado pelo Despacho n.º 5561/2014, sendo que as VMER estão sediadas em serviços de urgência polivalentes ou médico-cirúrgicos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica é considerado profissional preferencial para o exercício no contexto pré-hospitalar, tanto ao nível da prestação direta de cuidados como na gestão (OE, 2021).

A VMER é constituída por uma equipa composta por um médico e um enfermeiro, sendo concebida para o transporte rápido de profissionais altamente diferenciados ao local da ocorrência. Tem como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar da pessoa em situação crítica e o seu acompanhamento durante o transporte, dispondo de equipamento de suporte avançado de vida que permite a realização de intervenções diferenciadas em contexto de emergência (Ministério da Saúde, 2014).

A ativação desta equipa ocorre em situações de risco imediato de vida, exigindo dos seus profissionais, formação específica em emergência médica, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida e abordagem ao trauma (INEM, 2021). Neste sentido, este contexto revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências na área da pessoa em situação crítica.

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de acompanhar a equipa da VMER sediada num Serviço de Urgência Geral de uma Unidade Local de Saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo. A equipa de enfermagem é constituída por 13 enfermeiros, dos quais 10 detêm o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, sendo que todos possuem experiência prévia em contextos de elevada complexidade clínica.

Após ativação pelo CODU, foi possível observar a intervenção junto da pessoa em situação crítica e respetiva família em diferentes contextos, destacando-se o papel do enfermeiro na execução de intervenções autónomas e interdependentes, em articulação com o médico. Os registos clínicos são realizados em sistema informático próprio, sendo da responsabilidade do médico em funções.

A organização do trabalho assenta em regime de turnos rotativos, distribuídos por turnos da manhã, tarde e noite, tendo sido realizados, no contexto de estágio, turnos da manhã e da tarde.

Cada base de VMER dispõe de um veículo ligeiro equipado com todos os recursos necessários à abordagem da pessoa em situação crítica, incluindo dispositivos de monitorização, ventilador para ventilação invasiva e não invasiva, terapêutica de emergência, bombas de perfusão e desfibrilhador.

O material encontra-se organizado em malas específicas, facilitando o acesso rápido e a eficiência da intervenção em contexto de emergência.

Como objetivo geral para este contexto de estágio definimos, adquirir e desenvolver competências especializadas em Enfermagem à PCS e sua família no contexto pré-hospitalar, com particular interesse na humanização de cuidados à PSC. Para atingir este objetivo, definimos como objetivos específicos:

I. Compreender o funcionamento, organização e dinâmica da equipa da VMER, conhecendo os protocolos implementados seja no contacto direto com a prestação de cuidados à PSC, quer na manutenção de todo o material;

II. Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, cuidando da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com incidência particular humanização dos cuidados à pessoa e família, adquirindo competências direcionadas a estas intervenções especializadas;

III. Adquirir competências no âmbito da gestão de situações inesperadas, dinamizando a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde o seu planeamento até à execução, com particular ênfase em situações de multivítimas.

2.2. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E Mestre Em Enfermagem

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista encontra-se enquadrado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o qual define quatro domínios estruturantes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019). Estes domínios constituem a base transversal da prática avançada, sustentando uma intervenção autónoma, crítica e cientificamente fundamentada.

No âmbito do percurso formativo, a aquisição e desenvolvimento de competências foi progressivamente consolidado através da integração da evidência científica, da reflexão crítica sobre a prática e da experiência clínica em contextos de elevada complexidade, nomeadamente em Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Neste enquadramento, a humanização dos cuidados emergiu como eixo transversal, configurando-se como expressão concreta das competências do enfermeiro especialista.

Cada um destes domínios será seguidamente, descrito, analisado e refletido com base na experiência profissional e formativa ao longo deste percurso académico.

“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” (Regulamento nº140/2019, p.4746).

Esta competência articula-se diretamente com as estipuladas para o grau de mestre, nomeadamente, a competência “1c” do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, que diz respeito à “c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assume particular relevância em contexto crítico, dado o elevado grau de vulnerabilidade, instabilidade clínica e, frequentemente, incapacidade da PSC de expressar vontade ou exercer plenamente a sua autonomia. Neste cenário, o enfermeiro especialista assume um papel decisivo, garantindo o respeito pela dignidade, pelos direitos e pela integridade da pessoa. A humanização dos cuidados concretiza-se, assim, na tomada de decisões eticamente sustentadas, na proteção da vulnerabilidade e na promoção de um cuidado que reconhece a singularidade do ser humano.

A experiência desenvolvida nos diferentes contextos de estágio, Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva e Viatura Médica de Emergência e Reanimação, permitiu contactar com realidades marcadas por elevada complexidade tecnológica e pressão assistencial, onde a tomada de decisão ética assume um papel central. Nestes contextos, a humanização dos cuidados emergiu como expressão concreta desta competência, traduzindo-se na preservação da dignidade, no respeito pela individualidade e na promoção de uma relação terapêutica significativa.

No contexto do Serviço de Urgência, caracterizado por elevada afluência e diversidade cultural, a prestação de cuidados exigiu constante adaptação da comunicação e da abordagem relacional. A multiculturalidade das pessoas atendidas implicou a mobilização de estratégias que garantissem um cuidado equitativo e culturalmente sensível, nomeadamente através da adaptação da linguagem, recurso a meios alternativos de comunicação e respeito pelas crenças e valores individuais. Esta prática encontra enquadramento no dever de não discriminação e no respeito pela dignidade da pessoa, conforme preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro.

A salvaguarda da confidencialidade e da privacidade constituiu igualmente um desafio relevante, particularmente em contexto de urgência, onde as limitações estruturais podem comprometer o sigilo da informação. A adoção de estratégias como o ajuste do tom de voz na transmissão de informação, a seleção de espaços mais reservados sempre que possível e o encerramento rigoroso de sessões informáticas evidenciou uma prática consciente e deliberada. Estas

intervenções refletem não apenas o cumprimento do dever de sigilo, mas também a valorização da dignidade da pessoa enquanto princípio orientador do cuidado.

A prática em contexto de cuidados intensivos permitiu vivenciar situações de elevada complexidade ética. Destaca-se, neste âmbito, a prestação de cuidados a uma pessoa com incapacidade de decisão, devido ao seu estado clínico, mas com Diretiva Antecipada de Vontade previamente expressa, recusando determinados tratamentos. Perante esta situação, e apesar da gravidade clínica, foi respeitada a vontade previamente manifestada, em articulação com a equipa multidisciplinar e a família. Esta experiência evidenciou a capacidade de integrar princípios éticos, legais e clínicos, assegurando o respeito pela autodeterminação e dignidade da pessoa.

Importa ainda salientar que, em contextos altamente tecnológicos como o SMI, existe o risco de despersonalização do cuidado, reduzindo a pessoa à sua condição clínica. A competência ética do enfermeiro especialista manifesta-se precisamente na capacidade de contrariar esta tendência, através da promoção de uma abordagem centrada na pessoa, valorizando a comunicação, a presença terapêutica e o envolvimento da família.

De igual modo, em situações de emergência, nomeadamente em contexto pré-hospitalar, a incapacidade da pessoa para expressar consentimento exigiu a mobilização do princípio do consentimento presumido. A tomada de decisão rápida, associada à necessidade de intervenção imediata, implicou a articulação entre conhecimento técnico, enquadramento legal e responsabilidade ética, evidenciando competências avançadas de julgamento clínico em contextos de elevada incerteza.

A promoção dos direitos da pessoa em situação crítica constituiu igualmente uma dimensão relevante no desenvolvimento desta competência. Neste âmbito, destaca-se a elaboração de um poster informativo (Apêndice IV) sobre os direitos e deveres dos utentes, desenvolvido com o objetivo de sensibilizar profissionais, pessoas e famílias para a importância do respeito pela autonomia, dignidade e participação informada no processo de cuidados. Este trabalho permitiu não só aprofundar o conhecimento sobre o enquadramento legal, nomeadamente a Lei n.º 15/2014, como também traduzir esse conhecimento em linguagem acessível e aplicável à prática clínica. A sua divulgação no serviço de urgência contribuiu para a promoção de uma cultura de respeito pelos direitos da pessoa, reforçando a humanização dos cuidados e evidenciando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente promotor de práticas eticamente sustentadas.

Assim, o desenvolvimento desta competência revelou-se não apenas no cumprimento de normas legais e deontológicas, mas na capacidade de integrar conhecimento científico, reflexão ética e sensibilidade relacional na prática clínica. Em consonância com as exigências do grau de mestre, esta competência traduziu-se numa atuação crítica, fundamentada e consciente, essencial para a prestação de cuidados especializados e humanizados à 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;

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

B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento nº140/2019, p.4747).

Esta competência articula-se diretamente com o grau de mestre, “1b” do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006. Nomeadamente, o Enfermeiro deve “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

A melhoria contínua da qualidade implica a implementação de práticas baseadas na melhor evidência científica disponível, a monitorização de indicadores e a adoção de estratégias de segurança clínica (OE, 2010). No âmbito da humanização, esta competência traduz-se na integração de intervenções como a comunicação terapêutica, o envolvimento da família e a gestão adequada da dor, reconhecendo que qualidade assistencial e qualidade relacional são dimensões interdependentes.

A qualidade em saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde, implica cuidados seguros, eficazes, centrados na pessoa e sustentados na melhor evidência disponível (WHO, 2020). Neste sentido, a melhoria contínua da qualidade constitui um processo dinâmico, que exige reflexão crítica sobre a prática, capacidade de inovação e compromisso com a segurança da pessoa em situação crítica.

Ao longo do percurso de estágio, nos contextos de Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva e Viatura Médica de Emergência e Reanimação, esta competência foi desenvolvida através da participação ativa em diferentes iniciativas orientadas para a segurança e qualidade dos cuidados, sempre articuladas com a humanização do cuidar.

No Serviço de Urgência, a participação em estratégias de melhoria da qualidade centrou-se, entre outros aspetos, na segurança dos processos diagnósticos e terapêuticos. Destaca-se o envolvimento em iniciativas para a redução da contaminação de hemoculturas, através da uniformização de procedimentos, utilização de kits específicos e sensibilização da equipa para boas práticas, através de ações de formação em serviço, previamente agendadas, e de informação sobre a existência dos mesmos. Esta intervenção contribuiu para a redução de falsos positivos, uso inadequado de antibióticos e, consequentemente, para a segurança da pessoa e racionalização de recursos.

A comunicação segura constituiu igualmente um eixo estruturante deste domínio. A metodologia ISBAR esteve presente nos três contextos de estágio, ainda que a sua utilização assumisse características distintas consoante a organização do serviço e a natureza da transição de cuidados. No Serviço de Urgência, a sua aplicação revelou-se particularmente importante nas passagens de turno, na referenciação interna da pessoa em situação crítica e na articulação entre a triagem, a sala de reanimação e as diferentes especialidades, permitindo sintetizar informação clínica relevante em contextos de elevada pressão na prestação de cuidados. No Serviço de Medicina Intensiva, a utilização

do ISBAR apresentava maior sistematização e profundidade, refletindo a complexidade e continuidade dos cuidados, sendo mobilizado nas passagens de turno, na comunicação com equipas médicas e na transferência intra-hospitalar. Já em contexto pré-hospitalar, nomeadamente na VMER, esta metodologia assumia um carácter mais sintético e operativo, sobretudo na transmissão de informação ao CODU e na referenciação da pessoa ao serviço hospitalar de destino, privilegiando dados essenciais para garantir continuidade e segurança dos cuidados em tempo útil. Assim, embora transversal aos três contextos, a utilização do ISBAR foi adaptada às especificidades funcionais de cada cenário, mantendo-se, contudo, como ferramenta fundamental para promover uma comunicação clara, estruturada e centrada na pessoa.

No Serviço de Medicina Intensiva, destaca-se a existência e monitorização de práticas baseadas em *bundles*, nomeadamente na prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), infeção da ferida cirúrgica, infeção da corrente sanguínea (CVC) e infeção do trato urinário (ITU). A avaliação sistemática da necessidade de dispositivos, a vigilância da técnica asséptica e a promoção de cuidados como a higiene oral adequada, evidenciaram a capacidade de integrar evidência científica na prática clínica. A identificação de práticas desatualizadas, como o uso de clorhexidina em determinados contextos de inserção de dispositivos invasivos, e a sensibilização da equipa para alternativas baseadas na evidência, demonstram pensamento crítico e capacidade de promover mudança, características centrais do enfermeiro especialista e mestre.

Ainda neste contexto, a valorização da dimensão relacional do cuidado constituiu um contributo relevante para a qualidade assistencial. A existência do contacto telefónico diário com o familiar de referência no plano de cuidados, assegurando o seu registo sistemático, permitiu dar visibilidade a uma intervenção centrada na família, promovendo a continuidade da informação, a redução da ansiedade e a humanização dos cuidados. Esta iniciativa evidencia a capacidade de transformar práticas informais em intervenções estruturadas e mensuráveis, com impacto na qualidade percebida pela PSC e famílias.

No âmbito da humanização dos cuidados, destaca-se ainda a elaboração (APÊNDICE II) e implementação do diário do doente (APÊNDICE III) em contexto de Serviço de Medicina Intensiva. Esta intervenção, orientada para a pessoa e família, visa minimizar as consequências psicológicas associadas ao internamento em cuidados intensivos, nomeadamente delirium, ansiedade e síndrome pós-cuidados intensivos. A construção e dinamização deste instrumento permitiu integrar a evidência científica na prática, promovendo continuidade narrativa da experiência da pessoa e facilitando a reconstrução do processo de doença. Para além do seu impacto na humanização, esta intervenção constitui também um indicador de qualidade dos cuidados, ao valorizar a dimensão emocional e experiencial da pessoa, frequentemente negligenciada em contextos altamente tecnológicos.

Na VMER, a melhoria contínua da qualidade manifestou-se sobretudo na capacidade de adaptação a cenários imprevisíveis, garantindo a aplicação de protocolos e a manutenção de padrões

de segurança em ambiente pré-hospitalar. A necessidade de tomada de decisão rápida, associada à articulação eficaz com o CODU e com as equipas hospitalares, exigiu a mobilização de competências avançadas na gestão da informação e na priorização de intervenções, assegurando qualidade e segurança desde o primeiro contacto com a pessoa em situação crítica.

Paralelamente, a experiência prévia na dinamização de projetos de melhoria contínua, nomeadamente na área da prevenção de infeções, formação em serviço e informatização dos registos de enfermagem, contribuiu para o desenvolvimento de competências ao nível da liderança, da gestão da mudança e da promoção de uma cultura de qualidade. A utilização da CIPE® e a valorização dos registos de enfermagem enquanto indicadores de qualidade reforçam a visibilidade e o impacto dos cuidados prestados.

Importa ainda salientar que a melhoria contínua da qualidade está intrinsecamente ligada à humanização dos cuidados. A promoção de práticas seguras, a redução de eventos adversos e a melhoria da comunicação não constituem apenas indicadores técnicos, mas refletem o compromisso com a dignidade, o bem-estar e a experiência da pessoa e família.

A articulação com estratégias institucionais de controlo de infeção foi também evidenciada através da elaboração de um poster formativo sobre a prevenção de infeção associada ao cateter venoso central (Apêndice VI), desenvolvido em colaboração com a equipa do PPCIRA. Este trabalho permitiu sistematizar e divulgar boas práticas baseadas na evidência, contribuindo para a uniformização de cuidados e sensibilização da equipa. Para além da componente técnica, esta intervenção reforça a dimensão da qualidade enquanto promotora de segurança e dignidade da pessoa em situação crítica, evidenciando a capacidade de transformar conhecimento científico em ferramentas práticas de melhoria contínua.

Deste modo, o desenvolvimento desta competência traduziu-se na capacidade de integrar conhecimento científico, identificar oportunidades de melhoria, implementar mudanças sustentadas na prática clínica e avaliar o impacto das intervenções, em consonância com os referenciais da Ordem dos Enfermeiros e com as exigências do grau de mestre. Esta atuação evidencia uma prática crítica, reflexiva e orientada para a excelência, essencial à prestação de cuidados especializados e humanizados em contexto de elevada complexidade.

“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”. (Regulamento nº140/2019, p.4748).

Esta competência encontra-se diretamente alinhada com a competência “1b” inerente ao grau de mestre, que refere que o enfermeiro deve “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em

contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;" (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246), assumindo particular relevância em contexto de pessoa em situação crítica.

No contexto do Serviço de Urgência, a atuação junto do enfermeiro orientador que desempenhava funções de chefia de equipa constituiu uma oportunidade privilegiada de aprendizagem. A observação da sua intervenção evidenciou a importância da liderança clínica na organização do serviço, na definição de prioridades e na gestão dinâmica dos recursos humanos e materiais. Para além da prestação direta de cuidados, estes profissionais assumiam um papel central na coordenação da equipa, na tomada de decisão e no suporte aos restantes elementos, funcionando como referência em situações de maior complexidade.

No campo de ação da aquisição e consolidação de competências de enfermeiro especialista, revelou-se particularmente relevante a integração como responsável da gestão de um grupo de trabalho denominado "Humanização de Cuidados" no serviço onde exerço funções. Esta participação permitiu desenvolver competências no domínio da liderança, da coordenação de equipas, da gestão de cuidados e da promoção da melhoria contínua da qualidade. Ao envolver-me na dinamização do grupo, na identificação de necessidades do serviço, no planeamento de estratégias e na implementação de intervenções, foi possível aprofundar a capacidade de análise crítica, tomada de decisão, comunicação interpessoal e mobilização da equipa em torno de objetivos comuns. Esta experiência constituiu, assim, uma oportunidade concreta de crescimento profissional, ao aliar a prática clínica à gestão, organização e desenvolvimento de respostas ajustadas às necessidades da equipa e das pessoas cuidadas.

A integração na Sala de Reanimação revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento desta competência. A atuação em situações de elevada criticidade, frequentemente precedidos por pré-aviso do CODU, exigiu capacidade de antecipação, preparação do ambiente, organização do material e distribuição eficiente de tarefas. Esta experiência permitiu compreender a importância da gestão estruturada dos cuidados em contexto de emergência, bem como a necessidade de uma liderança clara e eficaz para garantir a segurança da pessoa e a coordenação da equipa.

Paralelamente, a experiência no "posto" de triagem constituiu um contributo significativo para o desenvolvimento da gestão dos cuidados, ao exigir priorização clínica, tomada de decisão rápida e encaminhamento adequado da pessoa em função da gravidade da sua condição. A aplicação do Sistema de Triagem de Manchester implicou a mobilização de raciocínio clínico e capacidade de gestão do fluxo de doentes, evidenciando que a triagem representa um momento crítico na organização dos cuidados e na otimização dos recursos disponíveis.

Estas experiências revelaram-se particularmente relevantes para a prática profissional atual, onde são desempenhadas funções de coordenação de equipa, permitindo transferir aprendizagens para a realidade clínica e consolidar competências de liderança, organização e gestão de cuidados em contexto real.

No Serviço de Medicina Intensiva, a gestão dos cuidados assume uma dimensão mais contínua e sistematizada, exigindo uma visão global da unidade e das necessidades das pessoas internadas. A atribuição dos enfermeiros em função da complexidade dos cuidados inerentes à PSC e das competências dos profissionais, demonstrou a importância da adequação entre recursos e necessidades, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados. A atuação dos enfermeiros em funções de coordenação evidenciou ainda o papel fundamental da supervisão clínica, do apoio à tomada de decisão e da promoção do desenvolvimento profissional da equipa.

Importa salientar que a gestão dos cuidados integra também uma dimensão humanizadora, particularmente relevante em contextos críticos. A promoção da comunicação com a família, a garantia de um ambiente terapêutico seguro e o respeito pela dignidade da pessoa constituem elementos indissociáveis de uma gestão de cuidados centrada na pessoa.

No contexto da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, a gestão dos cuidados caracteriza-se pela necessidade de atuação em ambientes imprevisíveis e pela exigência de tomada de decisão rápida. A articulação com o CODU, a avaliação da situação de emergência e a definição de prioridades em tempo real exigem elevada capacidade de adaptação e coordenação entre os elementos da equipa, evidenciando a complexidade da gestão em contexto pré-hospitalar.

De forma transversal, a gestão dos cuidados demonstrou estar intrinsecamente ligada à melhoria contínua da qualidade e à humanização dos cuidados, evidenciando-se na capacidade de liderar equipas, gerir recursos e assegurar uma resposta eficaz e segura às necessidades da pessoa em situação crítica.

Assim, o desenvolvimento desta competência traduziu-se na aquisição de uma visão integrada e estratégica dos cuidados, sustentada na articulação entre conhecimento científico, experiência clínica e reflexão crítica. Ao longo dos estágios realizados em Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva e Viatura Médica de Emergência e Reanimação, foi possível desenvolver esta competência através do acompanhamento direto de enfermeiros especialistas em funções de chefia de equipa, o que permitiu uma compreensão aprofundada da gestão clínica e organizacional dos cuidados.

Em consonância com as exigências do grau de mestre, esta competência evidencia uma prática autónoma, responsável e orientada para a excelência, essencial na prestação de cuidados diferenciados e humanizados.

“D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

Este domínio articula-se diretamente com a competência “1e” do grau de mestre, conforme definido no Decreto-Lei n.º 74/2006, nomeadamente, ao referir que o enfermeiro deve ser detentor

de “e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

Esta articulação evidencia que o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista implica uma prática reflexiva, crítica e sustentada na evidência, particularmente relevante em contextos de elevada complexidade, como o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais reflete o compromisso com a formação contínua, a reflexão crítica e a atualização científica, elementos essenciais para sustentar uma prática especializada humanizada e baseada na evidência.

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade foi progressivamente consolidado através da vivência de situações clínicas exigentes e da utilização de estratégias reflexivas, como os jornais de aprendizagem e o feedback dos enfermeiros orientadores. Estas ferramentas permitiram integrar conhecimento teórico e prática clínica, promovendo a capacidade de tomada de decisão fundamentada, regulação emocional e adaptação comportamental, competências essenciais à prestação de cuidados humanizados à pessoa em situação crítica.

No âmbito da produção e aplicação do conhecimento, foi desenvolvido e divulgado um poster sobre os direitos e deveres dos utentes em contexto de serviço de urgência (APÊNDICE IV), promovendo a literacia em saúde e reforçando uma prática ética e centrada na pessoa. Esta intervenção contribuiu para a capacitação da pessoa e família, valorizando a autonomia, o consentimento informado e a participação ativa no processo de cuidar, elementos essenciais à humanização dos cuidados.

Ainda neste domínio, destaca-se a criação do Diário do Utente (APÊNDICE III), enquanto estratégia promotora da humanização dos cuidados em contexto crítico. Este instrumento assume particular relevância ao permitir à pessoa reconstruir a experiência vivida durante o internamento, frequentemente marcada por períodos de inconsciência ou memória fragmentada. A sua utilização contribui para a redução de ansiedade, melhor compreensão do processo de doença e reforço da ligação entre a pessoa, a família e a equipa de saúde, constituindo uma intervenção centrada na dignidade e na continuidade da experiência humana do cuidar.

Adicionalmente, salienta-se a elaboração de uma ação de formação em serviço, sobre os cuidados à pessoa com Cateter Venoso Central (APÊNDICE V), desenvolvida em contexto de Serviço de Medicina Intensiva e apresentada aos enfermeiros do serviço, bem como a divulgação de um poster relativo aos “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central” (APÊNDICE VI). Estas iniciativas, orientadas para a promoção de práticas seguras e baseadas na evidência, contribuíram para a uniformização de procedimentos e para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

No que respeita à atualização contínua do conhecimento, destaca-se a realização da revisão *scoping*, a participação em iniciativas formativas relevantes, nomeadamente no Simpósio Digital –

Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos (ANEXO I) e na formação *“Triage Systems and the Critical Role of Nurses in International Disaster Response”* (ANEXO II). Estas experiências permitiram aprofundar conhecimentos em áreas fundamentais como a segurança da pessoa, controlo de infeção e resposta em cenários de emergência e catástrofe, reforçando a capacidade de atuação em contextos complexos e multidisciplinares.

Paralelamente à formação concretizada, a realização dos estágios enquanto estudante, a experiência adquirida na orientação pedagógica de estudantes da licenciatura em enfermagem em contexto clínico, contribuíram significativamente para o desenvolvimento de competências pedagógicas, comunicacionais e de supervisão clínica. Este processo implicou a capacidade de adaptar a linguagem e os conteúdos ao nível de formação dos estudantes, promover o pensamento crítico, incentivar a reflexão sobre a prática e apoiar a integração dos princípios de humanização no cuidar. A orientação de alunos constituiu, assim, uma oportunidade de consolidar o conhecimento adquirido, contribuindo para a formação de futuros profissionais mais conscientes, críticos e centrados na humanização dos cuidados.

Importa ainda evidenciar que a integração destas diferentes experiências, nomeadamente, a produção de conhecimento, a formação, a participação em eventos científicos e a supervisão clínica, evidenciam a capacidade de aplicar conhecimentos em contextos diversos, comunicar de forma eficaz com diferentes públicos e promover a melhoria contínua da prática, competências centrais do enfermeiro especialista e mestre.

Em síntese, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais revelou-se um eixo estruturante deste percurso, traduzindo-se numa prática progressivamente mais autónoma, crítica e fundamentada na evidência. Este domínio evidencia a capacidade de integrar conhecimento, produzir e disseminar saber científico, supervisionar e formar outros profissionais e promover mudanças na prática clínica, contribuindo para cuidados de enfermagem mais seguros, qualificados e humanizados.

2.3 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica E Mestre Em Enfermagem

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica pressupõe a mobilização de um elevado nível de competência técnica, científica, ética e relacional. As competências específicas associadas a esta área encontram-se definidas no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) e, em articulação com as competências comuns do enfermeiro especialista, constituem o referencial orientador de uma prática especializada, diferenciada e de elevada qualidade.

De acordo com este regulamento, compete ao EEEMCEPSC prestar cuidados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como dinamizar respostas eficazes em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a sua conceção até à intervenção no terreno. Acresce ainda a responsabilidade de implementar e otimizar estratégias de prevenção, controlo e intervenção no âmbito da infeção e da resistência antimicrobiana, atendendo à complexidade destas situações clínicas e à necessidade de respostas céleres e adequadas (OE, 2018).

Estas competências traduzem-se num conjunto integrado de conhecimentos, capacidades e habilidades que permitem ao EEEMCEPSC prestar cuidados altamente diferenciados à pessoa em situação crítica e à sua família. Tais cuidados respondem à complexidade e imprevisibilidade dos contextos clínicos, visando não só a estabilização das funções vitais, mas também a prevenção de complicações, a redução de incapacidades e a promoção da recuperação funcional e da qualidade de vida. Este exercício profissional exige, assim, uma prática sustentada no pensamento crítico, na capacidade de decisão rápida e fundamentada e numa vigilância contínua do estado clínico da pessoa (OE, 2017).

Importa ainda salientar que, ao longo do desenvolvimento destas competências específicas, foi igualmente promovida a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao grau de mestre, nomeadamente, as competências “1b” e “1d”. Estas referem que o enfermeiro deve “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;” e devem “d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246). Estas competências assumem um carácter transversal às diferentes competências específicas do EEEMCEPSC.

O presente subcapítulo tem como objetivo evidenciar, de forma sistematizada e reflexiva, o processo de aquisição, desenvolvimento e aplicação destas competências ao longo do percurso formativo.

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

No âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros estabelece que este deve prestar cuidados altamente diferenciados à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mobilizando conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais adequados à complexidade e imprevisibilidade das situações clínicas (OE, 2018).

Ao longo do percurso formativo, e sustentado numa experiência prévia de cinco anos em contexto de Serviço de Urgência Geral, foi possível adquirir e desenvolver competências de forma

progressiva, em consonância com o Modelo de Aquisição de Competências de Benner (2001), evoluindo para níveis de maior autonomia, julgamento clínico e capacidade de antecipação.

A abordagem à PSC inicia-se frequentemente em contexto pré-hospitalar, como observado no estágio de VMER. Neste contexto, a necessidade de intervenção imediata, frequentemente em ambientes adversos e imprevisíveis, exigiu o desenvolvimento de competências ao nível da identificação precoce de instabilidade clínica, priorização de intervenções e aplicação de protocolos de Suporte Avançado de Vida (SAV) e abordagem ao trauma.

Paralelamente, evidenciou-se a importância da comunicação terapêutica com a pessoa e família, frequentemente em contextos de elevada ansiedade e vulnerabilidade. Nestas situações, a capacidade de conciliar intervenção técnica com uma abordagem humanizada, sendo orientada pelos princípios da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (Watson, 2008), que reforçam a necessidade de considerar a pessoa na sua globalidade física, emocional e social.

Em contexto hospitalar, o primeiro contacto da PSC ocorre frequentemente na triagem, da responsabilidade do enfermeiro, sendo este um momento crítico para a segurança e qualidade dos cuidados. A utilização do Sistema de Triagem de Manchester exige rapidez, precisão e elevado julgamento clínico, sobretudo perante informação limitada e necessidade de decisão em tempo reduzido. A formação certificada nesta área, aliada à experiência profissional, permitiu consolidar competências na identificação precoce de situações de risco e na ativação atempada de vias verdes, evidenciando um nível de atuação compatível com o enfermeiro perito descrito por Benner (2001).

A prestação de cuidados à PSC em contexto de SUP, tanto na prática profissional como em estágio, implicou a mobilização de conhecimento clínico diferenciado e capacidade de resposta rápida perante situações emergentes, com ou sem pré-aviso do CODU. A ativação de protocolos como Via Verde AVC, Coronária, Sépsis ou Trauma demonstrou a capacidade de integração em equipas multidisciplinares e de atuação baseada em evidência, garantindo uma resposta estruturada e eficaz.

Em contextos altamente diferenciados, como os SMI, foi possível contactar com cuidados de elevada complexidade técnica e organizacional. Nestes cenários, para além da diferenciação técnica, destacou-se a importância da humanização dos cuidados, nomeadamente através do envolvimento da família, da comunicação clara e do suporte emocional, fundamentais para a gestão da incerteza e do sofrimento.

Durante o estágio realizado, perante uma pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva e sob sedoanalgesia, foi identificado um episódio de instabilidade hemodinâmica associado a sinais de dor e agitação. A intervenção exigiu monitorização contínua, ajuste terapêutico em articulação com a equipa multidisciplinar e aplicação de escalas validadas para avaliação da dor e prevenção do delirium. Paralelamente, foi assegurada a comunicação estruturada com o familiar de referência, promovendo a compreensão da situação clínica e o seu envolvimento no processo de

cuidados. Esta atuação permitiu integrar a componente técnico-científica com a dimensão relacional do cuidar, evidenciando uma prática centrada na pessoa e na família. A experiência reforçou a importância de reconhecer a pessoa para além da sua condição clínica, mesmo em situações de incapacidade de comunicação, garantindo a preservação da dignidade e a humanização dos cuidados.

Numa perspetiva crítica, destaca-se que, em contextos altamente tecnológicos, existe o risco de focalização excessiva nos parâmetros clínicos, em detrimento da dimensão humana. Assim, o desenvolvimento desta competência implicou uma tomada de consciência deliberada sobre a necessidade de equilibrar a complexidade técnica com intervenções que promovam a individualidade, o conforto e o envolvimento familiar.

A prática clínica nestes contextos exigiu ainda competências avançadas na monitorização e prevenção de complicações, nomeadamente na avaliação da dor e do delirium, através da utilização de instrumentos validados como a *Behavioral Pain Scale (BPS)*, *Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)* e *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. A integração destas ferramentas na prática diária evidencia a capacidade de aplicar conhecimento científico na melhoria da qualidade dos cuidados.

Simultaneamente, foi necessário desenvolver competências na gestão de terapêuticas complexas, incluindo ventilação mecânica, técnicas de substituição renal e administração de fármacos de elevada vigilância, exigindo monitorização contínua e tomada de decisão fundamentada.

A comunicação com a PSC submetida a ventilação mecânica constituiu um desafio relevante, exigindo a adaptação de estratégias comunicacionais, como a utilização de comunicação não verbal, escrita e contacto terapêutico. Estas intervenções revelaram-se essenciais para preservar a dignidade da pessoa, reduzir a ansiedade e promover uma relação terapêutica eficaz, reforçando a dimensão humanizada do cuidado.

Em síntese, o percurso desenvolvido permitiu adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, integrando conhecimento técnico-científico, pensamento crítico e sensibilidade relacional. A prática foi orientada por uma abordagem holística, centrada na pessoa e família, sustentada na evidência científica e nos princípios éticos da profissão, evidenciando a capacidade de prestar cuidados diferenciados, seguros e humanizados em contextos de elevada complexidade.

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

Para aquisição de competências de enfermeiro especialista, o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros estabelece que este deve ser capaz de dinamizar respostas eficazes em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a sua conceção até à intervenção no terreno (OE, 2018). Esta competência implica a mobilização de conhecimentos técnicos, científicos e organizacionais, bem como a capacidade de atuação em contextos de elevada imprevisibilidade e complexidade.

Para a sua aquisição e desenvolvimento, torna-se essencial compreender os diferentes conceitos que estruturam estes contextos. Uma situação de emergência corresponde a um evento que compromete a integridade da pessoa, colocando-a em risco de vida. Já uma situação de exceção traduz-se num desequilíbrio entre necessidades e recursos disponíveis, exigindo uma gestão criteriosa e coordenada dos mesmos. Por sua vez, a catástrofe é definida como um acontecimento de grande magnitude, suscetível de provocar danos materiais significativos e múltiplas vítimas, com impacto relevante nas condições de vida da população (Decreto-Lei n.º 27/2006; OE, 2018).

A preparação para estes cenários implica o conhecimento e participação ativa nos planos de emergência institucionais. Neste âmbito, no contexto de prática profissional em Serviço de Urgência Polivalente e Serviço de Medicina Intensiva foi possível conhecer o plano de evacuação dos serviços, podendo assim analisar e verificar que os mesmos se encontravam atualizados e adequados as necessidades do serviço.

Em contexto de Serviço de Urgência, na sala de reanimação, perante a admissão simultânea de múltiplas vítimas decorrentes de um acidente de viação, foi necessário intervir de forma rápida e estruturada, assegurando a aplicação de prioridades clínicas e a organização da resposta da equipa. A participação na preparação do espaço, gestão de recursos e colaboração na implementação de intervenções imediatas permitiu garantir a estabilização das pessoas em situação crítica. A atuação foi sustentada por uma comunicação eficaz e contínua entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, promovendo a articulação de cuidados e a segurança das intervenções.

Do ponto de vista reflexivo, estas experiências evidenciam que a resposta a situações de emergência vai além da execução técnica, implicando capacidade de liderança, tomada de decisão sob pressão e gestão de recursos em tempo real. Destaca-se, contudo, a tensão constante entre a rapidez exigida pela situação e a necessidade de manter uma abordagem humanizada. O desenvolvimento desta competência implicou, assim, a capacidade de integrar eficiência operacional com sensibilidade relacional, assegurando que, mesmo em contextos de elevada complexidade, a pessoa permanece no centro dos cuidados.

No contexto pré-hospitalar e intra-hospitalar, nomeadamente através da integração na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) aquando do estágio em SMI e estágio em VMER, foi possível experienciar múltiplas situações de emergência, onde a capacidade de resposta rápida, a garantia de segurança e a estabilização da pessoa foram determinantes. Estes contextos permitiram desenvolver competências na gestão de situações críticas, no trabalho em equipa e na liderança em momentos de elevada pressão.

Em contexto pré-hospitalar, na VMER, a abordagem a uma pessoa em paragem cardiorrespiratória em ambiente domiciliário exigiu igualmente a mobilização de competências técnicas em Suporte Avançado de Vida, associadas à gestão do ambiente e da família, garantindo simultaneamente uma comunicação clara e humanizada.

No âmbito da formação contínua, destaca-se ainda a participação no evento científico *“Triage Systems and the Critical Role of Nurses in International Disaster Response” (ANEXO II)*, o qual permitiu aprofundar conhecimentos sobre sistemas de triagem em contexto de catástrofe e o papel central do enfermeiro na priorização de cuidados em cenários de múltiplas vítimas. Esta formação reforçou a importância da tomada de decisão rápida, estruturada e eticamente fundamentada, bem como a necessidade de garantir equidade e segurança na alocação de recursos, mesmo em contextos de elevada escassez.

De igual modo, a participação em formações em serviço contribuiu para a atualização de conhecimentos e integração de evidência científica na prática, reforçando uma postura de aprendizagem contínua.

Importa salientar que, mesmo em cenários de emergência e catástrofe, a humanização dos cuidados mantém-se como um princípio orientador. A comunicação com a pessoa e família, o respeito pela dignidade humana e a atenção às necessidades emocionais assumem particular relevância, mesmo em contextos de elevada pressão e limitação de recursos.

Em síntese, através da análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas, considera-se que foram adquiridas e consolidadas competências na dinamização de respostas a situações de emergência, exceção e catástrofe. A intervenção desenvolvida evidenciou capacidade de antecipação, planeamento, liderança e tomada de decisão fundamentada, bem como articulação eficaz entre equipas multidisciplinares, assegurando uma resposta organizada, segura e humanizada às necessidades da pessoa em situação crítica e da comunidade.

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

No âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros estabelece a responsabilidade de maximizar estratégias de prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana, atendendo à complexidade dos contextos clínicos e à vulnerabilidade acrescida da pessoa em situação crítica (OE, 2018).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem uma problemática relevante e crescente a nível global, sendo definidas como infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados de saúde, podendo igualmente afetar os profissionais (DGS, 2017). Apesar de, em muitos casos, serem evitáveis, continuam a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde, com impacto na morbilidade, mortalidade e custos associados (DGS, 2007). Neste contexto, a segurança da pessoa assume-se como uma prioridade internacional, reforçada pela Organização Mundial da Saúde com a criação da *World Alliance for Patient Safety* em 2004. Em Portugal, esta preocupação concretizou-se na implementação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e

de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), cujos objetivos incluem a redução das IACS, a promoção do uso adequado de antimicrobianos e a diminuição da resistência microbiana (Despacho n.º 10901/2022; Despacho n.º 15423/2013).

No âmbito da prática profissional, a articulação diária com o PPCIRA constituiu um contributo determinante para o desenvolvimento desta competência. Em contexto de Serviço de Urgência Polivalente, foi identificada a necessidade de reforçar as práticas relacionadas com os cateteres venosos periféricos, dispositivos amplamente utilizados e associados a risco de infeção. Neste sentido, foi possível participar na observação de auditorias aos cuidados prestados e colaborar na análise crítica das não conformidades identificadas. A sensibilização da equipa concretizou-se, sobretudo, através da discussão informal de práticas durante os turnos, da reflexão conjunta sobre situações observadas na prestação de cuidados e do reforço, em contexto clínico, da importância da higiene das mãos, da técnica asséptica e da vigilância sistemática do local de inserção. A divulgação e reforço de procedimentos seguros foram igualmente promovidos pela partilha de orientações baseadas na evidência e pelo incentivo à adoção de práticas uniformizadas no manuseamento e monitorização dos dispositivos. Esta intervenção permitiu promover maior consciencialização da equipa relativamente à prevenção de complicações e infeções associadas aos cuidados de saúde, evidenciando a capacidade de integrar resultados de auditoria na melhoria da prática clínica. É evidenciada também a capacidade de identificar necessidades, interpretar resultados de auditoria e integrar estratégias de melhoria na prática clínica, em consonância com as competências do enfermeiro especialista e do grau de mestre.

Em contexto de estágio em Serviço de Medicina Intensiva, foi possível aceder aos resultados das auditorias à prática clínica, nomeadamente no que respeita à higiene das mãos e à gestão dos lúmens do Cateter Venoso Central. A análise desses resultados permitiu identificar áreas suscetíveis de melhoria, às quais se procurou dar resposta através da conceção e dinamização de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem, subordinada ao tema “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central”. Esta formação, por nós elaborada e apresentada aos enfermeiros do serviço, teve como principal objetivo reforçar práticas seguras, atualizadas e sustentadas na evidência científica, contribuindo para a uniformização dos cuidados e para a prevenção de infeções associadas ao dispositivo. O feedback da equipa foi globalmente muito positivo, salientando a pertinência da temática, a clareza da exposição e a utilidade prática dos conteúdos abordados para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Ainda neste contexto, foi possível observar a implementação sistematizada de feixes de intervenção (*bundles*) para prevenção de infeções associadas aos cuidados, nomeadamente da pneumonia associada à intubação, da infeção relacionada com cateter venoso central, da infeção urinária associada a cateter vesical e da infeção do local cirúrgico. A realização de auditorias regulares pelo grupo de trabalho existente no serviço e a partilha dos resultados com a equipa evidenciam uma cultura de segurança e melhoria contínua, promovendo a adesão a práticas baseadas na evidência.

Importa salientar que a prevenção e controlo da infeção não se restringem à dimensão técnica, assumindo também uma dimensão ética e relacional. A proteção da pessoa em situação crítica, frequentemente imunocomprometida e vulnerável, exige uma prática rigorosa, consciente e humanizada, que assegure a sua segurança, dignidade e qualidade dos cuidados. Neste sentido, a adesão às precauções básicas e específicas de controlo de infeção constitui não apenas uma obrigação profissional, mas também uma expressão concreta do compromisso ético com o cuidar. A intervenção formativa desenvolvida no âmbito do Cateter Venoso Central assumiu-se, por isso, não só como estratégia de promoção da segurança clínica, mas também de humanização dos cuidados, na medida em que a prevenção de complicações constitui uma forma concreta de proteger a pessoa, preservando o seu bem-estar e dignidade.

Numa perspetiva crítica, importa reconhecer que, apesar da existência de protocolos e normas bem definidos, a adesão às práticas de controlo de infeção continua dependente de fatores organizacionais e comportamentais. Assim, o desenvolvimento desta competência implicou não apenas a aplicação de conhecimentos técnicos, mas também a capacidade de influenciar práticas, promover mudança e contribuir para a consolidação de uma cultura de segurança. A integração da evidência científica na prática revelou-se fundamental para sustentar decisões clínicas e melhorar os resultados em saúde, reforçando o papel do enfermeiro especialista como agente ativo na prevenção da infeção e na promoção da qualidade dos cuidados.

Em síntese, o percurso desenvolvido permitiu adquirir e consolidar competências no domínio da prevenção e controlo da infeção, evidenciando uma prática sustentada na evidência científica, na análise crítica e na implementação de estratégias de melhoria contínua. A intervenção desenvolvida contribuiu para a promoção de cuidados seguros, eficazes e humanizados, em consonância com as exigências da prática especializada e com os desafios atuais associados às infeções e resistência antimicrobiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório constituiu um processo de reflexão crítica, integração de saberes e consolidação identitária, permitindo evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Mais do que um exercício descritivo das experiências vivenciadas em estágio, este trabalho assumiu-se como um espaço de análise aprofundada da prática clínica especializada, sustentado na evidência científica, nos referenciais normativos da profissão e numa perspetiva ética e humanista do cuidar. Neste sentido, o relatório traduz não apenas a aquisição de competências técnicas e científicas altamente diferenciadas, mas também a construção progressiva de uma visão mais crítica, integrada e consciente do papel do enfermeiro especialista na resposta à pessoa em situação crítica e sua família.

O percurso formativo desenvolvido nos contextos de Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva e Viatura Médica de Emergência e Reanimação revelou-se particularmente enriquecedor pela diversidade, exigência e complementaridade dos cenários clínicos experienciados. Estes contextos permitiram o contacto com diferentes momentos do trajeto assistencial da pessoa em situação crítica, desde a abordagem inicial em contexto pré-hospitalar e de urgência até ao cuidado diferenciado em ambiente intensivo, favorecendo uma compreensão mais ampla e integrada da continuidade dos cuidados. Simultaneamente, confrontaram a prática com desafios permanentes de instabilidade, imprevisibilidade, elevada complexidade clínica, forte densidade tecnológica e necessidade de tomada de decisão célere e fundamentada. Neste quadro, tornou-se evidente que a diferenciação profissional não se mede exclusivamente pela capacidade de responder tecnicamente à gravidade clínica, mas também pela aptidão para preservar, mesmo nas circunstâncias mais exigentes, a dignidade, a singularidade e a humanidade da pessoa cuidada.

A humanização dos cuidados emergiu, assim, como eixo estruturante do relatório e como matriz interpretativa de todo o percurso formativo. A reflexão desenvolvida permitiu compreender que, em contextos críticos, o risco de despersonalização do cuidado permanece uma realidade concreta, alimentada pela centralidade dos dispositivos, pela pressão assistencial, pelos constrangimentos organizacionais e pela lógica de eficiência que frequentemente domina os serviços altamente diferenciados. Contudo, permitiu também reforçar a convicção de que a humanização não constitui um elemento acessório, idealizado ou secundário da prática especializada, pelo contrário, configura uma exigência ética, clínica e profissional incontornável. Humanizar, nestes contextos, significa reconhecer a pessoa para além da sua condição fisiopatológica, respeitar a sua vulnerabilidade, salvaguardar a sua autonomia possível, promover a comunicação terapêutica,

proteger a sua privacidade, integrar a família no processo de cuidados e assegurar que a excelência técnica não se afasta da relação humana.

Neste enquadramento, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson revelou-se um referencial conceptual profundamente pertinente e estruturante. Ao compreender o cuidar como um processo relacional, transpessoal, intencional e moralmente comprometido, esta teoria permitiu sustentar uma visão da enfermagem especializada que ultrapassa a dimensão instrumental do cuidado e recentra a prática na pessoa como ser humano uno, dotado de dignidade, história, significado e vulnerabilidade. A sua integração ao longo do relatório não teve um carácter meramente teórico, mas funcionou como matriz interpretativa da prática desenvolvida, reforçando a importância da presença autêntica, da sensibilidade ética, da compaixão e da construção de relações terapêuticas significativas, mesmo em ambientes altamente tecnologicizados. Neste sentido, a filosofia de Watson constituiu um contraponto essencial à tendência reducionista que pode emergir em contexto crítico, reafirmando a identidade humanista da enfermagem e a centralidade da relação no cuidar especializado.

A realização da *Scoping Review* representou, igualmente, um momento decisivo de aprofundamento científico e de legitimação conceptual da temática em análise. Ao mapear a evidência relativa às intervenções de enfermagem especializada promotoras da humanização dos cuidados em serviços de urgência, esta revisão permitiu sustentar com maior robustez a reflexão desenvolvida ao longo do relatório e reforçar a pertinência do foco escolhido. Os resultados evidenciaram que intervenções como a comunicação eficaz, a presença terapêutica, o envolvimento da pessoa na tomada de decisão, a adequação dos espaços físicos e organizacionais, a gestão da dor, a preservação da privacidade e o envolvimento da família se associam a melhores experiências de cuidados, a ganhos clínicos relevantes e a maior satisfação de profissionais e PSC. Paralelamente, os achados permitiram reconhecer os obstáculos persistentes à operacionalização da humanização, nomeadamente a sobrecarga assistencial, a insuficiência de recursos, a formação deficitária e a predominância de culturas organizacionais centradas na produtividade. Esta dupla leitura, potencialidades e constrangimentos, foi particularmente relevante, por permitir compreender a humanização não como um ideal abstrato, mas como uma dimensão concreta da prática que exige compromisso individual e transformação estrutural.

No que respeita ao desenvolvimento de competências, o percurso descrito neste relatório demonstra a progressiva consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como das competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem. Tal consolidação tornou-se visível na capacidade crescente de mobilizar conhecimento científico atualizado, exercer julgamento clínico em situações complexas, integrar múltiplas dimensões da tomada de decisão, desenvolver intervenções autónomas e interdependentes, atuar de forma ética e legalmente sustentada, promover a qualidade e segurança dos cuidados e participar em processos de melhoria contínua. Para além disso, o percurso permitiu aprofundar competências relacionais,

comunicacionais e reflexivas, imprescindíveis à prática junto da pessoa em situação crítica e sua família. A experiência em contextos distintos demonstrou que a especialização exige uma integração permanente entre ciência, técnica, ética, capacidade relacional e visão crítica da prática, sendo precisamente essa integração que confere densidade e significado ao agir especializado.

Importa sublinhar, neste contexto, a relevância das experiências concretas de melhoria da qualidade e de humanização desenvolvidas ao longo do percurso, nomeadamente no âmbito da comunicação estruturada, da prevenção e controlo de infeção, da elaboração de materiais formativos e da introdução e implementação do diário do doente em cuidados intensivos. Estas iniciativas assumem particular relevância por traduzirem a capacidade de transformar reflexão e evidência em intervenção prática, contribuindo simultaneamente para a segurança, a qualidade e a humanização dos cuidados. Demonstram, também, que o enfermeiro especialista não se limita à execução competente de cuidados altamente diferenciados, mas assume um papel ativo na inovação, na liderança clínica, na dinamização de mudanças e na construção de respostas mais ajustadas às necessidades da pessoa e da família.

Ao longo deste percurso tornou-se, ainda, particularmente evidente que a humanização e a qualidade dos cuidados não são domínios paralelos, mas realidades profundamente interdependentes. Um cuidado tecnicamente correto, mas relacionalmente pobre ou eticamente despersonalizado, dificilmente poderá ser considerado um cuidado de excelência. Da mesma forma, a segurança clínica, a comunicação eficaz, o trabalho em equipa, o envolvimento da família, a gestão adequada da dor e a proteção da dignidade não devem ser vistos como elementos dispersos, mas como expressões complementares de uma mesma exigência: cuidar bem da pessoa em situação crítica. Nesta perspetiva, a humanização deixa de ser compreendida como um acrescento à prática para passar a ser reconhecida como parte constitutiva da qualidade, da segurança e da identidade da enfermagem especializada.

Em síntese, o presente relatório representa um percurso de crescimento académico, profissional e pessoal, que reforçou a compreensão de que a prática especializada em enfermagem à pessoa em situação crítica exige mais do que domínio técnico e conhecimento científico: exige discernimento ético, presença relacional, capacidade reflexiva e compromisso inequívoco com a dignidade humana. A experiência vivida e analisada ao longo deste processo formativo permitiu consolidar uma identidade profissional mais consciente, mais crítica e mais alinhada com os fundamentos humanistas da enfermagem. Considera-se, assim, que os objetivos subjacentes a este percurso foram amplamente alcançados, tendo sido desenvolvidas competências que sustentam uma intervenção especializada, segura, eticamente fundamentada, cientificamente suportada e genuinamente centrada na humanização dos cuidados. É, por isso, possível afirmar que a humanização dos cuidados não constitui apenas o tema deste relatório, mas a orientação que deverá continuar a

sustentar a prática futura, enquanto compromisso permanente com uma enfermagem de excelência, profundamente humana e socialmente significativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República. (2006). *Decreto-Lei n.º 27/2006. Diário da República, 1.ª série*(126). <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Assembleia da República. (2006). *Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República, 1.ª série*(60), 2242–2257. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Assembleia da República. (2013). *Despacho n.º 15423/2013. Diário da República, 2.ª série*(229). <https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>
- Assembleia da República. (2014). *Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Diário da República, 1.ª série*(57). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319-124533074>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. (2017). *Diário da República, 1.ª série*. <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/106434234/details/maximized>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: Relatório final*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017–2020*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Falcão, J. N. P. M. (2025). *Humanização da relação terapêutica com a pessoa em situação crítica* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstreams/3c256694-f954-4357-be13-0f8e49e63f9b/download>
- Fernandes, M. A., Silva, R. M., & Oliveira, D. S. (2022). A comunicação como ferramenta para a humanização nos serviços de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), e20210487. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0487>
- Fuseini, A. G., Aboh, I. K., & Danso, E. (2022). Preserving patient dignity in emergency care: A qualitative study of nurses' perspectives. *International Emergency Nursing*, 61, 101157. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101157>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). *Despacho n.º 13427/2015. Diário da República, 2.ª série*(228). <https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2015/11/2S230A0000S01.pdf>
- Gomes, A. R., & Santos, M. C. (2019). Humanização do cuidado nos serviços de urgência: Desafios e possibilidades. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 91–104. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180292>

Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no serviço de urgência: Manual do formador* (2.ª ed.). Grupo Português de Triage.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema integrado de emergência médica: Versão 2.0*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergencia-Medica.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Relatório de atividade dos meios de emergência médica: Atualização 2021*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2021.pdf>

Joanna Briggs Institute. (2020). *JB I manual for evidence synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Martins, A. L., & Costa, S. M. (2021). Participação da pessoa no cuidado em situações de urgência: Uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35), e021014. <https://doi.org/10.31011/read-2021-v.95-n.35-art.1421>

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril*. *Diário da República*, 2.ª série(79). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>

Ministério da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro*. *Diário da República*, 2.ª série(174). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

Mulder, M. (2007). Competência: Essência e utilização do conceito em ICVT. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 40(1), 5–14. https://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/468/40_pt_mulder.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/RegulamentoPerfilCompetenciasEMC.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. *Diário da República*, 2.ª série(184). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer n.º 05/2021 – Dotações das equipas de VMER*. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-nº-05_ce-e-mceemc-vm-er-anonimizado.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. <https://www.who.int/publications/b/40340>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Pajnikihar, M., Štiglic, G., & Vrbnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing practice. *Slovenian Journal of Public Health*, 56(2), 113–120. <https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0015>

Pereira, F. M., & Lima, M. G. (2020). Humanização dos cuidados em urgência: Perspetivas de enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 101–110. <https://doi.org/10.12707/RV20013>

Rocha, A. M., & Pedro, A. (2025). A intervenção da enfermagem especializada na gestão da dor na pessoa inconsciente em situação crítica: Scoping review. *Revista Saúde & Envelhecimento*, 17(2), 15–27. https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/700/1274

Rodrigues, C. M., Silva, J. L., & Cunha, F. A. (2020). Barreiras à humanização em serviços de urgência hospitalar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, e20190234. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0234>

Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65–72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>

Rowe, L., & Knox, A. (2023). Organizational challenges to delivering humanized emergency care: A thematic synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(5), 1712–1723. <https://doi.org/10.1111/jan.15575>

Tuohy, D., & Wallace, C. (2023). The role of communication in managing stress and workload in emergency departments. *Nursing Management*, 30(3), 26–31. <https://doi.org/10.7748/nm.2023.e2092>

Van Haitsma, K., Abbott, K. M., & Heid, A. R. (2024). Humanizing care for critically ill adults: Moving beyond tasks to relationships. *Critical Care Nurse*, 44(1), e1–e8. <https://doi.org/10.4037/ccn2024947>

Walsh, K., Byrne, E., & Crowley, M. (2022). Patient-centred care in emergency departments: Challenges and enablers. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104193. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104193>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

APÊNDICES

Apêndice I – Resumo da Revisão *Scoping*

Resumo — Revisão Scoping

Introdução:

A humanização dos cuidados em serviços de urgência tem sido amplamente discutida na literatura como um fator essencial para a qualidade assistencial. No entanto, a dinâmica acelerada e a alta procura destes serviços frequentemente limitam a adoção de práticas humanizadas. Fatores como comunicação inadequada, sobrecarga de trabalho e infraestrutura hospitalar são apontados como desafios que comprometem a experiência da pessoa e a satisfação dos profissionais de saúde.

Objetivo:

Este estudo tem como intuito mapear, na evidência científica, intervenções de Enfermagem Especializada que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica no serviço de urgência.

Metodologia:

Trata-se de uma scoping review realizada de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, que define participantes, conceito e contexto (PCC), tendo a pesquisa por base a questão “Intervenções de Enfermagem Especializada que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica em serviços de urgência”, e tendo sido realizada nas bases PubMed, CINAHL, Scopus e SciELO.

Resultados:

Do total de 7148 artigos encontrados inicialmente, sete foram incluídos após o processo de seleção e análise. Os resultados foram organizados em três categorias principais. No que diz respeito às abordagens para a humanização, destacam-se a comunicação eficaz, o envolvimento da pessoa na tomada de decisão e a adaptação da infraestrutura como estratégias centrais. Relativamente aos desafios, evidenciam-se a sobrecarga assistencial, a insuficiente formação dos profissionais e uma cultura organizacional orientada para a eficiência operacional, que dificultam a implementação de práticas humanizadas. Quanto aos impactos, a humanização dos cuidados associa-se a uma melhor experiência da pessoa, a melhores resultados clínicos e a uma maior satisfação, tanto dos profissionais como dos doentes.

Conclusão:

Os dados apontam que a promoção da humanização nos serviços de urgência exige ações integradas, que envolvam tanto mudanças na estrutura física e organizacional quanto no preparo contínuo das equipas de saúde. A adoção de tecnologias que favorecem a comunicação eficaz, aliada à atuação interdisciplinar, mostra-se promissora na superação dos desafios identificados. Além disso, a criação de políticas institucionais específicas pode fortalecer uma cultura de cuidado mais empática e centrada na pessoa.

Palavras-chave:

Humanização dos cuidados; serviços de urgência; comunicação em saúde; dignidade no atendimento; tomada de decisão partilhada; qualidade assistencial.

Apêndice II – Apresentação de Introdução do Diário do Doente

O Diário do Doente no SMI

Humanizar a Experiência, Prevenir o SPCI

Uma Intervenção de Enfermagem Baseada em Evidência

Focamos em salvar vidas.
Agora, focamos em salvar a *qualidade* dessas vidas.



Trabalho Realizado por: Enfermeira Ana Rita Fernandes (Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde Egas Moniz; Ano Letivo 2024/2025) Orientada por Professora Doutora Cidália Castro e Enfermeira Orientadora Vera Marçalo.

O que é ?

É um registo diário simples, escrito por profissionais da equipa multidisciplinar, dirigido ao doente

Descreve o que está a acontecer durante o internamento, de forma clara e humana.

Destina-se a ajudar o doente a compreender o seu percurso clínico quando recuperar;

É usado sobretudo em doentes com sedação, ventilação invasiva ou confusão/delirium

A Sobrevivência Traz Desafios: O Impacto da SPCI

A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos afeta até 80% dos doentes, comprometendo a sua recuperação a longo prazo.

Físico

Fraqueza, fadiga crónica, dispneia

Cognitivo

Défices de memória e atenção

Psicológico

Ansiedade, Depressão e SSPT

30-80%

Comprometimento cognitivo em sobreviventes, persistindo durante anos



Objetivos do Diário

Promover ligação emocional entre doente, equipa multidisciplinar e família;

Reduzir risco de SPCI especialmente PTSD e delirium;

Facilitar a memória e compreensão do período crítico;

Favorecer a reabilitação emocional no pós-alta

Personalização e Humanização: O Início do Diário

Os primeiros elementos do diário estabelecem a identidade do doente, orientando toda a equipa para um cuidado mais personalizado.

1

Capa Apelativa

Título personalizado e espaço para fotografia do doente antes do internamento.

Humaniza o doente aos olhos da equipa desde o primeiro contacto.

2

Página "Para te Conhecermos Melhor"

Preenchida pela família com hobbies, gostos, o que conforta e o que irrita o doente.

Orienta a equipa para um cuidado centrado na pessoa e não apenas na doença.

3

Página de Boas-Vindas

Mensagem de carinho da equipa e família explicando o propósito do diário.

Cria uma ligação emocional e prepara o doente para a leitura com esperança.

4

Datas de Admissão e Alta

Registrar de forma clara o período de internamento na UCI.

Fornece contexto temporal e marca o início e fim de uma jornada.

5

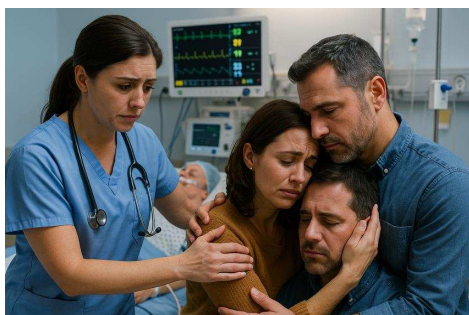
Benefício Geral

Todos estes elementos reforçam a identidade do doente para além da doença.

Reconecta o doente consigo mesmo e promove a reorganização de memórias.

O Nosso Papel: Escrever com Propósito Terapêutico

As nossas entradas são a chave para a reinterpretação da experiência do doente.



Humanizar Cuidados

Em vez de: "Higiene efetuada"

Escrever: "Lavámos o seu cabelo, ficou tão macio e cheiroso."

Registrar Marcos Positivos

Em vez de: "Doente responsivo"

Escrever: "Abriu os olhos quando chamei o seu nome. Que vitória!"

Desmistificar Procedimentos

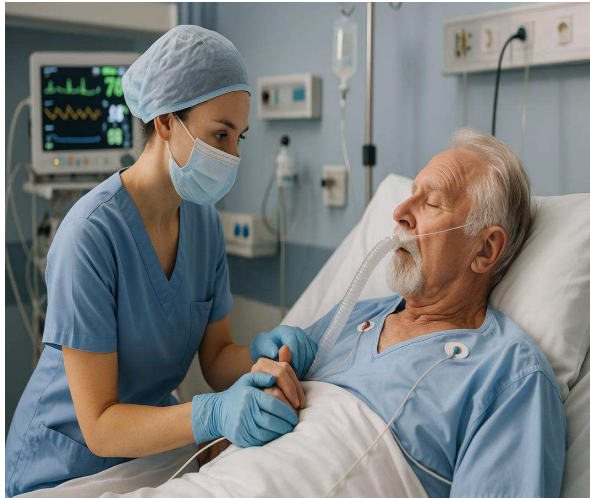
Em vez de: "Ventilação mecânica mantida"

Escrever: "A máquina está a ajudar os seus pulmões a respirar para que possam descansar e recuperar."

Regra de Ouro

- ✓ Evitar termos técnicos
- ✓ Manter discurso positivo e de Esperança.
- ✓ Assinar sempre com nome e categoria profissional

O Papel da Família: Âncora à Realidade



A família traz o mundo exterior para dentro do SMI, mantendo a ligação do doente à sua vida e identidade.

O QUE ESCREVER

- Novidades da família e do dia-a-dia
- Sentimentos de amor e esperança
- Notícias do mundo exterior

EXEMPLOS PRÁTICOS

- Ansiedade e depressão.
- Alterações de papéis familiares.
- Sobrecarga emocional e social.

REGRA DE OURO

- Ser natural e espontâneo
- Não se preocupar com caligrafia
- Focar no carinho, não na perfeição

Impacto do SPCI na família

Para a Equipa

Maior conexão com o doente, satisfação profissional e reflexão significativa sobre a nossa prática de cuidados.

Para o Doente

Reorganização de memórias, compreensão da sua jornada e redução significativa do SPCI.

Para a Família

Oportunidade de participar ativamente na recuperação e de manter a ligação com o seu familiar durante o internamento.

Apelo à Ação

Contamos com a sua *adesão e carinho* em cada entrada. Vamos juntos transformar a experiência do SMI e salvar não apenas vidas, mas a *qualidade* dessas vidas.



O Nosso Plano: Como Implementar o Diário do Doente no SMI

Cinco passos chave para uma implementação bem-sucedida e sustentável do Diário do Doente.

1

Formação e Adesão

Realizar uma sessão obrigatória sobre os benefícios do diário e as orientações é crucial para o sucesso.

3

Lançamento Precoce

Iniciar o diário nas primeiras 48 horas de internamento. Quanto mais cedo começar, mais completa será a narrativa do percurso do doente.

O enfermeiro apresenta o diário à família/pessoa de referência, explica o seu propósito e convida-os a participar ativamente como autores principais.

5

Localização e Acessibilidade

Manter o diário na unidade do doente, visível e acessível para a equipa e para a família. Disponibilizar caneta e garantir que é fácil de encontrar.

A Entrega do Diário: O Cuidar Emocional

A entrega não é um ato administrativo, é um momento terapêutico crucial que marca o fim de um ciclo e o início de uma nova fase de recuperação.



QUEM

Um enfermeiro do SMI que tenha tido uma ligação significativa com o doente e a família.



QUANDO

Idealmente ao próprio doente, durante o internamento no SMI, se este apresentar condições. Caso contrário, entregar a família de referência.



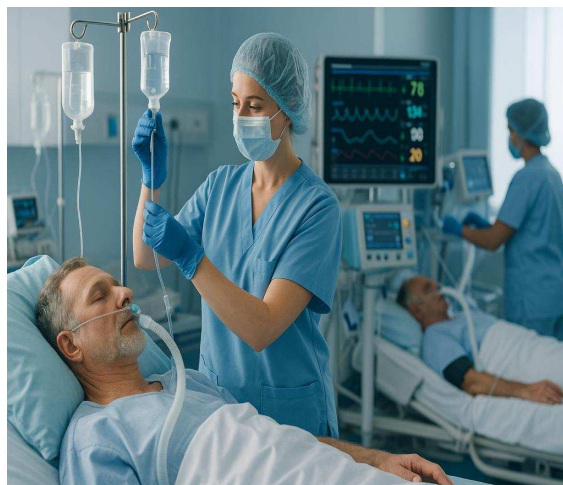
COMO

Em ambiente calmo, com tempo. Explicar o diário e estar preparado para validar emoções (dúvidas, choro, alívio).

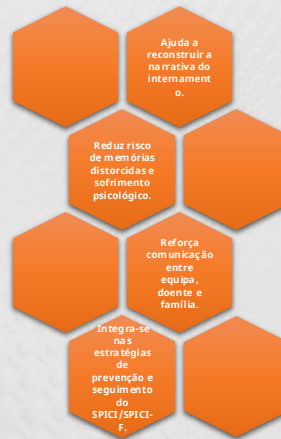


OBJETIVO

Fechar o ciclo do SMI e iniciar o processo de reorganização de memórias e cura psicológica.



Como se insere aqui o diário?



Questões ou Sugestões?

Referências

- Aitken, L. M., & Marshall, A. P. (2017). Critical care diaries for reducing long-term psychological distress after intensive care. *The Lancet*, 389(10079), 365–367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30151-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30151-5)
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gelinas, C., & Dasta, J. F. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Egerod, I., Christensen, D., Schwartz-Nielsen, K. H., & Agard, A. S. (2021). The patient experience of ICU diaries: A systematic review. *Nursing in Critical Care*, 26(1), 57–67. <https://doi.org/10.1111/nicc.12543>
- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: A randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168. <https://doi.org/10.1186/cc9260>
- Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F. M., Scherag, A., & Wensing, M. (2014). Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: A systematic review. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1263–1271. <https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000068>
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., & Wunsch, H. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt>

Apêndice III – Diário do Doente

A Minha Viagem no SMI



FOTO DO DOENTE

**Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de
Saúde da Arrábida**

Nome do Doente:

Nome como gosta de ser tratado:

Passatempos e Gostos:

Mensagem de Boas-Vindas

Este diário foi escrito por nós, profissionais e pessoas que cuidaram de si durante o seu internamento no Serviço de Medicina Intensiva. Sabemos que este período pode ser confuso ou difícil de recordar. O objetivo deste diário é ajudá-lo(a) a compreender o que aconteceu, quem esteve consigo e como foi a sua recuperação.

Esperamos que este registo o(a) ajude a reconstruir as suas memórias e a dar sentido à sua experiência.

Estamos aqui consigo.

Estar nos Cuidados Intensivos também significa cuidar da sua história.

Os termos de confidencialidade na área da saúde garantem a proteção das informações dos pacientes, preservando a sua privacidade e assegurando que os dados médicos sejam utilizados apenas para fins autorizados.

Data de Internamento na UCI: __ / __ / ____

Equipa Responsável: _____



Registo Diário

Data: __ / __ / ____

Dia de Internamento no SMI: nº ____

Profissional que escreve: _____

Como esteve hoje

Como foi o seu conforto

Dor: Sem dor / Ligeira / Moderada / Elevada

Sono: Tranquilo / Interrompido / Agitado

Observações:

O que a equipa fez por si hoje

Mensagens da Família

Foto ou Desenho do Dia (opcional)

Momentos de Progresso

Primeira vez que abriu os olhos: _____

Primeira vez que respirou sem ventilador: _____

Primeira refeição via oral: _____

Primeira conversa: _____

Primeiro passo para sair do SMI: _____

Notas de celebração:

Já foram grandes vitórias. Continuação de boa recuperação!

(FOTOS PARA REGISTAR OS MOMENTOS)

Espaço para o Doente

Este espaço é para si, para escrever ou desenhar o que sentir, caso existam condições para tal.

Página Final – Alta / Transferência

Hoje termina a sua viagem pelo SMI. Este diário conta a história do seu esforço, da sua recuperação e do cuidado que recebeu, por parte de toda a equipa de saúde e pela sua família. Esperamos que este diário o ajude a compreender esta etapa e a seguir em frente com confiança.

A Equipa do SMI: _____

Assinatura da família (se desejarem): _____

Espaço para o Doente

Este espaço é para si, para escrever ou desenhar o que sentir após a alta, quando se sentir pronto(a).

Apêndice IV – Poster “Deveres e direitos do Utente”

DIREITOS E DEVERES

DOS UTENTES DO SNS

HUMANIZAR E COLABORAR NO CUIDAR

DIREITOS incluem:

acesso equitativo, informação, privacidade e liberdade de escolha.

DEVERES incluem:

Respeito e colaboração com os profissionais, cumprimento das indicações clínicas e uso responsável dos recursos.

Todos os cidadãos têm direito a cuidados de saúde personalizados, humanizados, com qualidade, segurança e respeito pela dignidade. Ao mesmo tempo, é esperado que os utentes usem responsabilmente os recursos, colaborando no seu tratamento.

A **Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes** estabelece os princípios essenciais para garantir uma relação equilibrada, informada e respeitosa entre os utentes e profissionais e instituições de saúde.

Aceda à carta completa aqui:

<https://www.sns.gov.pt/home/carta-dos-direitos-e-deveres-dos-doentes/>



Apêndice V – Apresentação “Gestão de Cateteres Venosos Centrais no Serviço de Medicina Intensiva”

GESTÃO DE CATETERES VENOSOS CENTRAIS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Trabalho Realizado por: Enfermeira Ana Rita Fernandes (Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde Egas Moniz; Ano Letivo 2024/2025) Orientada por Professora Doutora Cidália Castro e Enfermeira Orientadora Vera Marçalo.

O SMI tem um procedimento de gestão de cateteres venosos centrais que permite o manuseamento correto dos mesmos.

 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.	Gestão de cateteres venosos centrais no Serviço de Medicina Intensiva	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Com este dispositivo existe um **elevado risco de infeção** associado ao mesmo, sendo que cerca de **9,8% das INCS** se deveram ao CVC.



Na norma da DGS o doente a ser submetido a CVC, nas intervenções de manutenção do dispositivo têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções :

- Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC;
- Realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC;
- Utilizar técnica no-touch nos pontos de acesso ao CVC;
- Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongamentos (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloroexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril;
- Todos os pontos de acesso ao sistema intravascular devem permanecer encerrados com tampa estéril; a tampa deverá ser trocada a cada utilização;



Lúmen distal:

- Sempre com alguma perfusão em curso;
- Fármacos de rotina.

Lúmen medial:

- Todas as perfusões (desde que compatíveis);
- Fármacos de rotina (com apenas 1 torneira extra para estes).
- Emulsões Lipídicas, Insulina, Reposições Iónicas.

Lúmen proximal:

- Exclusivamente para Fármacos Vasoativos / Inotrópicos / Cronotrópicos (Conexão através de prolongamento opaco).

A utilização de soro para KVO é totalmente dispensável dado o risco de flush acidental com influência direta sobre a hemodinâmica do utente.





Lúmen distal:

- Sempre com alguma perfusão em curso;
- Fármacos de rotina.

L

- **Atenção:** Aquando da necessidade de administrar nutrição parentérica, deixar um lúmen (distal ou medial) para uso exclusivo da mesma, embora possa ser administrada juntamente com insulina.

L

- Exclusivamente para Fármacos Vasoativos / Inotrópicos / Cronotrópicos (Conexão através de prolongamento opaco).

A utilização de soro para KVO é totalmente dispensável dado o risco de flush accidental com influência direta sobre a hemodinâmica do utente.

Recomendações da Manutenção do CVC



- Substituir os **sistemas de soro, prolongamentos e torneiras de 3 vias a cada 4 dias** (planear para as 18h00);
- Substituir os **prolongamentos de propofol de 12/12h, bomba de propofol de 24h/24h, prolongamentos de amiodarona de 24/24h, e prolongamentos de insulina de 12h/12h**, colocando uma etiqueta com a data e hora de substituição;
- Os **sistemas de alimentação parentérica** devem ser substituídos aquando da **mudança das bolsas de alimentação (máximo 24 horas)**, etiquetando igualmente os sistemas como anteriormente indicado;

Auditorias

Critério nº	Não Conformidade Identificada (Descrição)	Oportunidade de Melhoria proposta
1.2	Falha na higiene das mãos antes da manipulação do CVC.	Promover maior consistência na higiene das mãos antes da manipulação dos CVC, através de estratégias de sensibilização e reforço de boas práticas (formação em serviço) e observação entre pares (C. atual: 80%).
1.4	Desvio em relação ao procedimento recomendado na aplicação da técnica asséptica na realização do penso com Clorexidina 2% em álcool.	Reforçar a aplicação da técnica asséptica na realização do penso com Clorexidina 2% em álcool, assegurando que todos os profissionais seguem o procedimento recomendado através de formação em serviço (C. atual: 90%).
2.4.1	Falha no planeamento e substituição dos sistemas de soro, prolongamentos e torneiras de 3 vias de acordo com o intervalo recomendado de 96h	Rever a periodicidade de substituição dos sistemas de soro e prolongamentos, alinhando-a com as recomendações institucionais – Procedimento CIF.22 (C. atual: 0%).
2.4.4	Inconsistência na substituição dos prolongamentos de Amiodarona.	Uniformizar a substituição dos prolongamentos de Amiodarona, garantindo coerência na prática clínica entre profissionais (C. atual: 50%).

Taxa de conformidade: 84,8%



ULS
ARRÁBIDA

Práticas bem estabelecidas:

- Avaliação diária da necessidade do CVC
- Técnica asséptica geral
- Descontaminação com CHD 2% álcool
- Formação e competência técnica

Oportunidades de Melhoria

- Higiene das mãos antes da manipulação (80%)
 - Técnica asséptica no penso (90%)
- Substituição de sistemas de soro e prolongamentos (0% vs. norma institucional 72h)
 - Substituição de prolongamentos de Amiodarona (50%)

Referências

- Direção Geral de Saúde: Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central (2022) - Direção Geral de Saúde - <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (2007) - Programa Nacional de Controlo da Infecção - DGS. Acedido em: 4 de Maio de 2022, disponível em: - <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Direção Geral de Saúde: Recomendações para Prevenção da Infecção Associada a Dispositivos Intravasculares (2006) - Programa Nacional de Controlo da Infecção - DGS. Acedido em: 4 de Maio de 2022, disponível em: - <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes-recomendacoes/recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-associada-aos-dispositivos-intravasculares.aspx>
- Ministério da Saúde: Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos (2011) – Ministério da Saúde - Administração Central do Sistema de Saúde

Apêndice VI – Poster “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central

Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Cateter Venoso Central

Indicações

- Necessidade de acesso venoso prolongado (>7 dias), bem como terapias intravenosas prolongadas;
- **Administração de fármacos**
 - Vasopressores
 - Agentes quimioterápicos ou soluções hipertónicas
- **Monitorização**
 - Parâmetros hemodinâmicos, como PVC; PICCO, a saturação venosa central de oxigénio, e orientar a terapêutica de ressuscitação volémica.
- **Tratamentos específicos**
 - Hemodiálise,
 - Plasmaferese e
 - Pacing cardíaco transcutâneo.

Manuseamento e Cuidados a ter



- Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC;
- Realizar higiene das mãos antes de manipular o CVC;
- Utilizar técnica *no touch* nos pontos de acesso ao CVC
- Descontaminar os pontos de acesso (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloroexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, durante 10 a 15 segundos e deixar secar antes de conectar qualquer dispositivo estéril;
- Todos os pontos de acesso ao sistema intravascular devem permanecer encerrados com tampa estéril; a tampa deverá ser trocada a cada utilização; As válvulas anti-refluxo devem ser desinfetadas a cada utilização

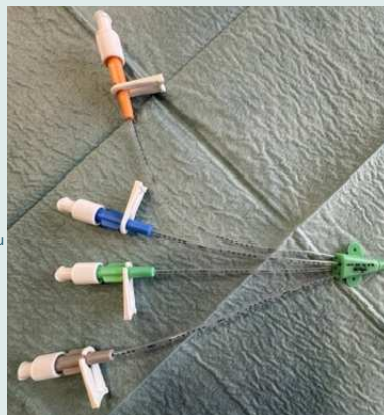
Lúmens

Nutrição Parentérica com Lúmen exclusivo,
EXCEPTO se em perfusão:
soluções lipídicas
vitaminas e oligoelementos

LÚMEN PROXIMAL:

Fármacos Vasoativos / Inotrópicos / Cronotrópicos

A utilização de soro para KVO é totalmente dispensável dado o risco de flush accidental com influência direta sobre a hemodinâmica do utente.



LÚMEN DISTAL:
Fluidoterapia;
terapêutica em bolus ou
antibióticos

LÚMEN MEDIAL:
Emulsões Lipídicas, Insulina, Reposições Iónicas;
SEDO-ANALGESIA

Realização de penso

- Penso visivelmente **sujo, com sangue ou descolado da pele**
- **48 Horas** após a sua realização, **se penso com compressa**
- **7 dias** após a sua realização, **se penso transparente** (penso com cloroexidina)
- Utilizar técnica assética na realização do penso;
- Usar **cloroexidina a 2% em álcool**;
- Os pensos transparentes têm como vantagens a fixação do cateter, permitir uma inspeção visual contínua e permitir o banho sem saturar o penso;
- Os pensos de gaze são mais adequados se o local de inserção do cateter apresentar hemorragia
- Vigiar local de inserção aquando da realização do penso, respeitando as indicações de realização do mesmo.

Boas práticas de Gestão dos Lúmens

- Substituir os **sistemas de soro, prolongamentos e torneiras de 3 vias e válvulas antirrefluxo de 4/4 dias**;
- **Substituir:**
 - **24/24h:** bomba de propofol; prolongamentos de amiodarona; **sistemas de alimentação parentérica devem ser substituídos aquando da mudança das bolsas de alimentação**, etiquetando igualmente os sistemas como anteriormente indicado;
 - **12/12h:** **prolongamentos de propofol, prolongamentos de insulina**;

Tabela de Compatibilidades



Complicações

- **Imediatas:**
 - Hematoma
 - Pneumotórax / Hemotórax
 - Arritmias;
 - Lesão Vascular
- **Tardias:**
 - Infecção Local ou sistémica;
 - Trombose Venosa;
 - Obstrução;
 - Deslocação;
 - Embolia Aérea

Referências

- Direção-Geral da Saúde (2023). Norma n.º 011/2013 — Prevenção de Infecção Associada a Cateter Venoso Central.
- Infusion Nurses Society (2021). Infusion Therapy Standards of Practice.
- O'Grady, N. P., et al. (2017). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. CDC.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem — Pessoa em Situação Crítica.
- Fontinha, S. I. R. (2016). Vigilância da pessoa em situação crítica por alterações na função hepática: Uma intervenção de enfermagem especializada (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/server/api/core/bitstreams/6849275d-8636-477e-b088-417d44767894/content>

Poster Realizado por: Enfermeira Ana Rita Fernandes (Aluna de Mestrado em EMC-PSC; ESS Egas Moniz; Ano Letivo 2024/2025) Orientada por Prof. Dra Cidália Castro e Enfª Orientadora Vera Marçalo Ferreira.

ANEXOS

Anexo I – Simpósio “Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos”

SIMPÓSIO DIGITAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO EM AMBIENTES CRÍTICOS

CERTIFICADO

Certifica-se que

ANA RITA FERNANDES

participou no **Simpósio Digital - Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos**, na modalidade **Online**, que se realizou no Auditório da ARKA Medical, em Vila Nova de Famalicão, no dia 1 outubro 2025, com a duração de 7 horas.

Vila Nova de Famalicão, 1 outubro 2025

PRESIDENTE DA DIREÇÃO
DA SPEDC



MÁRCIO CARVALHO

PRESIDENTE DO CONSELHO
CONSULTIVO E CIENTÍFICO DA
SPEDC

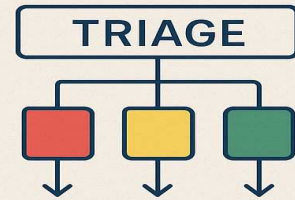


RICARDO CONCEIÇÃO

Anexo II – “Triage Systems and the Critical Role of Nurses in International Disaster Response”

INTERNATIONAL DISASTER NURSING

TRIAGE SYSTEMS AND THE ROLE OF NURSES IN DISASTERS



Jamla Rizek, DNP, MBA, RN, CEN, CPEN, NHDP-BC, NRP, FAEN