



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

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA
ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM
SÉPSIS**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN APPROACHING
PEOPLE IN CRITICAL SITUATION WITH SEPSIS

Gualter dos Reis Gomes da Cruz

Almada

2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

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

Relatório de Estágio

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN APPROACHING
PEOPLE IN CRITICAL SITUATION WITH SEPSIS

Gualter dos Reis Gomes da Cruz

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Mestre Célia
Rodrigues de Oliveira Tavares Vaz

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

“If I have seen further it is by standing
on the shoulders of Giants.”

Isaac Newton



AGRADECIMENTOS

A concretização desta etapa académica não teria sido possível sem o contributo, apoio e dedicação de diversas pessoas e instituições, a quem expresso o meu agradecimento. À Escola Superior de Saúde Egas Moniz e a todos os seus colaboradores, pelo acolhimento, pela qualidade do ensino e pelas condições oferecidas ao longo de todo o percurso formativo, determinantes para o meu sucesso académico.

À Professora Doutora Cidália Castro, Coordenadora do Mestrado, manifesto um profundo reconhecimento pela sua liderança académica, pelo rigor científico com que orienta todo o percurso formativo, pela disponibilidade e proximidade demonstradas ao longo de todas as fases deste processo.

À Professora Mestre Célia Vaz, minha orientadora, expresso um agradecimento sentido pela orientação dedicada, exigente e permanente disponibilidade. A sua atenção ao detalhe, a firmeza científica, o compromisso com a qualidade, aliado a uma postura motivadora, foi um estímulo para o meu crescimento académico e profissional.

Às Unidades Locais de Saúde onde desenvolvi os estágios deixo um agradecimento profundo pelo acolhimento institucional e pelas condições proporcionadas.

Aos Serviços de Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, de Cuidados Intensivos Polivalente e Urgência Geral Polivalente, reconheço a generosidade na partilha de conhecimento e experiência clínica, fundamental para a aprendizagem.

Aos enfermeiros orientadores dos vários contextos, manifesto o meu mais sincero reconhecimento pela orientação próxima, pelo apoio e pela forma humana e profissional com que acompanharam o meu percurso formativo. A experiência e a clareza com que transmitiram, o saber e o rigor foram determinantes para a consolidação das minhas competências.

Todos deixaram uma marca importante neste percurso, não apenas pelo saber técnico-científico, mas também pelo exemplo de excelência ética e profissional que representam.

À Milai Palminha, pelo apoio constante, nos momentos exigentes deste percurso.

À minha esposa, Andreia Cruz, dedico um agradecimento profundo pela paciência, compreensão e incentivo inabalável, sem os quais esta etapa não teria sido possível.

Aos meus filhos, Santiago Cruz e Benedita Cruz, uma palavra de amor e ternura, pelo significado que têm na minha vida e pela motivação que representam todos os dias.

Foi nos ombros destas pessoas e instituições que alcancei o sucesso.



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 SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AACN - *American Association of Critical-Care Nurses*

APA - *American Psychological Association*

BAV - Bloqueio Auriculoventricular

BPS - *Behavioral Pain Scale*

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

CD - Código Deontológico

CE - Conselho de Enfermagem

CNAF - Catéter de Alto Fluxo Nasal

CRP - Constituição da República Portuguesa

CVC - Catéter Venoso Central

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção Geral de Saúde

DPE - Deontologia Profissional de Enfermagem

DRE - Diário da República Eletrónico

EAMCSST - Enfarte Agudo Do Miocárdio Com Supra De ST

EAMSSST - Enfarte Agudo Do Miocárdio Sem Supra De ST

EE - Enfermeiro Especialista

EEMIH - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ECCO₂R - *Extracorporeal carbon dioxide removal*

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

EWS - *Early Warning Score*

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ME- Mestrado em Enfermagem

MNEWS - *Modified National Early Warning Score*

NAS - *Nursing Activities Score*



NEWS - *National Early Warning Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAI - Pneumonia Associada à Infecção

PAM - Pressão Arterial Média

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCR - Proteína C-Reativa

PCT - Procalcitonina

PIC - Pressão Intracraniana

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEEEPSC - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

PPC - Pressão de Perfusão Cerebral

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSC - Pessoa em Situação Crítica

qSOFA - *quick Sepsis Related Organ Failure Assessment*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RNU - Registo Nacional de Utente

SAV - Suporte Avançado de Vida

SCA - Síndromes Coronárias Agudas

SGO - Sistema de Gestão de Operações

SIOPS - Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

SIRS - *Systemic Inflammatory Response Syndrome*

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOFA - *Sequential Organ Failure Assessment*

SSC - *Surviving Sepsis Campaign*

SUB - Serviço de Urgência Básico

TISS - 28 - *Therapeutic Intervention Scoring System - 28*

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade De Cuidados Intensivo Coronários

UCIP - Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente

UHCI - Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção

ULS - Unidade Local de Saúde

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVC - Via Verde Sépsis



RESUMO

A sépsis constitui-se como um desafio significativo para a saúde pública, apresentando elevadas taxas de mortalidade e encargos económicos consideráveis. A incidência de sépsis tem vindo a aumentar, fenómeno associado ao envelhecimento demográfico, à maior longevidade das doenças crónicas, ao crescimento do número de pessoas imunodeprimidas e, em ambiente hospitalar, à utilização mais frequente de procedimentos invasivos. A evidência demonstra que uma intervenção precoce e adequada pode modificar o desfecho clínico.

O enfermeiro assume uma responsabilidade determinante na identificação precoce das alterações do estado clínico da PSC com sépsis, sendo indispensável a definição de planos de intervenção terapêutica. O cumprimento destes, exige o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, onde a componente científica é igualmente relevante, permitindo ao profissional integrar a melhor evidência disponível na sua prática, promovendo cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

Com o propósito de adquirir as competências técnicas e científicas, fundamentais à atribuição do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e Mestre em Enfermagem, realizámos estágios em várias unidades especializadas. O presente relatório assenta numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva das principais atividades realizadas e dos resultados alcançados nos diferentes contextos de estágio. Tem como referencial teórico, a Teoria das transições de Afaf Meleis e todo este percurso foi desenvolvido com base no Regulamento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e fundamentado nos descritores de Dublin que qualificam o segundo ciclo de formação, associado ao grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Sépsis, Pessoa em Situação Crítica, Cuidados de enfermagem.



ABSTRACT

Sepsis constitutes a significant challenge to public health, presenting high mortality rates and considerable economic burdens. The incidence of sepsis has been increasing, a phenomenon associated with demographic ageing, the greater longevity of chronic diseases, the rising number of immunocompromised individuals, and, in hospital settings, the more frequent use of invasive procedures. Evidence demonstrates that early and appropriate intervention can alter the clinical outcome.

The nurse assumes a decisive responsibility in the early identification of changes in the clinical condition of the person with sepsis, making the definition of therapeutic intervention plans indispensable. The implementation of these plans requires the development of both technical and non-technical skills, in which the scientific component is equally relevant, enabling the professional to integrate the best available evidence into their practice, thereby promoting safe, effective, and person-centred care.

With the purpose of acquiring the technical and scientific competences essential for the conferral of the title of specialist nurse in medical-surgical nursing in the area of nursing care to the person in critical condition and of Master in Nursing, we undertook clinical placements in various specialised units. This report is based on a descriptive, critical, and reflective methodology concerning the main activities carried out and the results achieved in the different placement contexts. Its theoretical framework is grounded in Afaf Meleis' Theory of Transitions, and the entire process was developed in accordance with the Regulation of Common and Specific Competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing Care to the Person in Critical Condition, and substantiated by the Dublin Descriptors that characterise the second cycle of studies leading to the Master's degree in Nursing.

Keywords: Sepsis, Critically Ill Person, Nursing Care.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1 PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS	20
1.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS	25
1.3 ABORDAGEM À TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS	29
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	33
2. 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	35
2.1.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.....	35
2.1.2 - Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)	37
2.1.3 - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	40
2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	42
2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
BIBLIOGRAFIA	75
APÊNDICES	85
ANEXOS.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama representativo do contínuo infecção/sépsis complicada por choque séptico. Fonte: Adaptado de Daniel et al. (2022). Pathophysiology of Sepsis and Genesis of Sepsis Shock: The Critical Role of Mesenchymal Stem..... 21

Figura 2 - Manifestações de sépsis. Adaptado de Carneiro (2022). Sépsis: o bom senso está de volta..... 22

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - SOFA score 23

QUADRO 2 - Critérios da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica. 24



ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS: REVISÃO SCOPING.....	86
APÊNDICE B - JORNAL DE APRENDIZAGEM - O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS: APLICAÇÃO DO CICLO REFLEXIVO DE GIBBS	89
APÊNDICE C - JORNAL DE APRENDIZAGEM - O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA: APLICAÇÃO DO CICLO REFLEXIVO DE GIBBS.....	91
APÊNDICE D - ARTIGO: DISCREPANCIES BETWEEN SCREENING SONOGRAPHY AND ULTRASOUND IN EMERGENCY DEPARTMENT - A CASE REPORT.....	93
APÊNDICE E - ARTIGO: ECOGRAFIA DE TRIAGEM PRÉ-HOSPITALAR EM PORTUGAL: UMA ABORDAGEM PRÁTICA	95
APÊNDICE F - ARTIGO: O IMPACTO DA ÉTICA NA CULTURA ORGANIZACIONAL DOS BOMBEIROS: REVISÃO SISTEMÁTICA PELO MÉTODO PRISMA	97
APÊNDICE G - ARTIGO: CÓDIGOS DE ÉTICA E ORGANIZAÇÕES: REVISÃO INTEGRATIVA PELO MÉTODO PRISMA.....	100



ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - FOLHA DE REGISTO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR	103
ANEXO II - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORLD SEPSIS CONGRESS 2024 .	105
ANEXO III - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORLD SEPSIS CONGRESS 2025	107
ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO THE SILENT THREAT OF SEPSIS: THE CRITICAL ROLE OF NURSES IN SEPSIS MANAGEMENT 2025.....	109
ANEXO V - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL SIV - PROTOCOLO SUSPEITA DE SÉPSIS 2024	111
ANEXO VI - ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU)	114
ANEXO VII - DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS E EXERCÍCIOS	116

INTRODUÇÃO

Na unidade curricular Estágio e Relatório, do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Egas Moniz School of Health & Science, com o registo nº R/A-Cr 123/2022 atribuído pela Direção Geral de Ensino Superior, é proposto a realização de um relatório de estágio como o resultado final de uma trajetória académica e formativa para a concessão do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem (ME).

O presente relatório alicerça-se numa metodologia de descrição, reflexão e análise crítica do desenvolvimento e aquisição de competências, especificamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), as competências específicas do EEEMCPSC (OE, 2018), e as competências referentes ao grau de mestre, enunciadas nos Descritores de Dublin, que qualificam o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

A OE, define o Enfermeiro Especialista como o profissional “a quem se reconhece a competência técnica, científica e humana para a realização de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da sua área de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744) e a PSC como “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

A PSC com sépsis enquadra-se neste conceito da OE, pois a sépsis representa uma ameaça iminente à vida, devido à falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. As PSC com sépsis necessitam de suporte hemodinâmico, monitorização contínua e cuidados de enfermagem diferenciados, com internamentos frequentes em contextos complexos de cuidados.

A sépsis é uma resposta desregulada do organismo à infeção, resultando numa disfunção orgânica potencialmente fatal, onde a identificação precoce dos sinais e sintomas pode influenciar positivamente a evolução clínica da PSC, reduzindo as complicações e aumentando as hipóteses de sobrevivência (Carneiro, 2022).

A incompreensão e má interpretação das manifestações clínicas precoces da sépsis, a falta de conhecimento, de atitudes, más práticas e a formação inadequada podem levar a um atraso na avaliação e tratamento da sépsis, aumentando assim as taxas de

mortalidade relacionadas com a sépsis. Os enfermeiros, no âmbito dos cuidados à PSC, desempenham um papel importante no processo de tomada de decisão para a identificação precoce e o tratamento da sépsis. A melhoria dos conhecimentos, atitudes e práticas associa-se à melhoria dos resultados da PSC (Rababa et al., 2022). O percurso que vamos passar a descrever neste relatório, foi composto por 360 horas de estágio, realizadas em contextos diferentes.

Os estágios realizaram-se numa Unidade de Cuidados Intensivo Coronários (UCIC) que incluía uma Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção (UHCI), numa Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. A escolha destes locais prende-se com o facto de serem contextos onde a experiência adquirida e o desenvolvimento de competências no âmbito da PSC com sépsis é muito provável. Adicionalmente, a participação em diversas formações e atualizações profissionais em contexto profissional, incluindo formação certificada em suporte avançado de vida, trauma e emergência médica, reforçam e validam as competências adquiridos em contexto de prática clínica.

Todo este percurso formativo assim como a prática clínica foram fundamentadas na Teoria das Transições de Meleis, oferecendo um enquadramento conceptual que possibilitou compreender e facilitar as alterações experienciadas pela PSC com sépsis e a sua família ao longo do processo de cuidados. Concomitantemente, este percurso foi sustentado pelos princípios fundamentais que regem a profissão de enfermagem, nomeadamente o Código Deontológico (CD), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PQCEEEPSC). Estes documentos, serviram de base ética e normativa na tomada de decisão e na prática dos cuidados em enfermagem.

No âmbito das intervenções de enfermagem à PSC com sépsis, só uma prática segura e sustentada na melhor evidência científica disponível, poderá evidenciar o papel preponderante dos enfermeiros, nos *outcomes* da PSC.

Os objetivos propostos para o presente relatório são:

1. Analisar e refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do EEEMC na área de enfermagem à PSC, durante o percurso formativo, evidenciando a sua aplicação na prestação de cuidados à PSC;

2. Relacionar as competências do enfermeiro especialista no cuidar a pessoa em situação crítica com sépsis, nos múltiplos contextos da prática.
3. Conhecer a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem à PSC com sépsis, com a realização de uma revisão *scoping*;

Este relatório inclui três partes: A primeira é o enquadramento teórico, com base nas temáticas que sustentam as intervenções de enfermagem especializada propostas, a segunda descreve os contextos onde foram realizados os estágios e na terceira parte realiza-se a análise e reflexão do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, das competências específicas do EEPSC e as competências do grau de ME.

Este documento orienta-se pelas normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), na 7ª edição, e também pelo acordo ortográfico em vigor.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS

A PSC é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC requer do enfermeiro uma observação atenta, uma recolha contínua de dados e uma busca sistemática de informações que visam conhecer de forma permanente a condição da pessoa, identificar e antecipar precocemente complicações, garantindo uma intervenção em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018 Regulamento, 2018).

A sépsis é uma disfunção orgânica com risco de vida devido a uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção e é um importante problema de saúde global. Os esforços de prevenção de infeções, incluindo aqueles que visam infeções adquiridas na comunidade e associadas aos cuidados de saúde, podem reduzir a incidência de sépsis (Singer et al., 2016).

A quantificação precisa da incidência e mortalidade da sépsis, embora importante para líderes de saúde pública, pesquisadores e agências de financiamento, continua sendo um desafio extraordinário (Rudd et al., 2020).

Em 2017, a sépsis foi responsável por quase 20% de todas as mortes globais, mais especificamente, houve 11 milhões de mortes relacionadas com a sépsis num total de 48,9 milhões de casos de sépsis (Gao et al., 2024).

Epidemiologicamente estima-se mais de 100.000 mortes hospitalares e mais de 25 bilhões de dólares em custos hospitalares anualmente nos EUA, cujo principal diagnóstico de admissão é a sépsis, representado mais de 13% dos doentes ventilados e 37% dos custos das UCI (Chichra et al., 2024).

Em, 2016, foram divulgadas definições atualizadas para a sépsis e choque séptico com a publicação do Terceiro Consenso Internacional de Definições para Sépsis e Choque Séptico (Sepsis 3). De acordo com este consenso, a sépsis é definida como uma resposta desregulada do organismo a uma infeção, conduzindo a disfunção orgânica com risco de vida e o choque séptico (figura 2) um subtipo de sépsis, caracterizado por disfunção circulatória e celular/metabólica, estando associado a um maior risco de mortalidade

(La Via et al., 2024), sendo assim evidente que esta doença pode causar a falência de um ou mais sistemas de órgãos, ocorrer de forma imprevisível e progredir rapidamente com risco de vida.

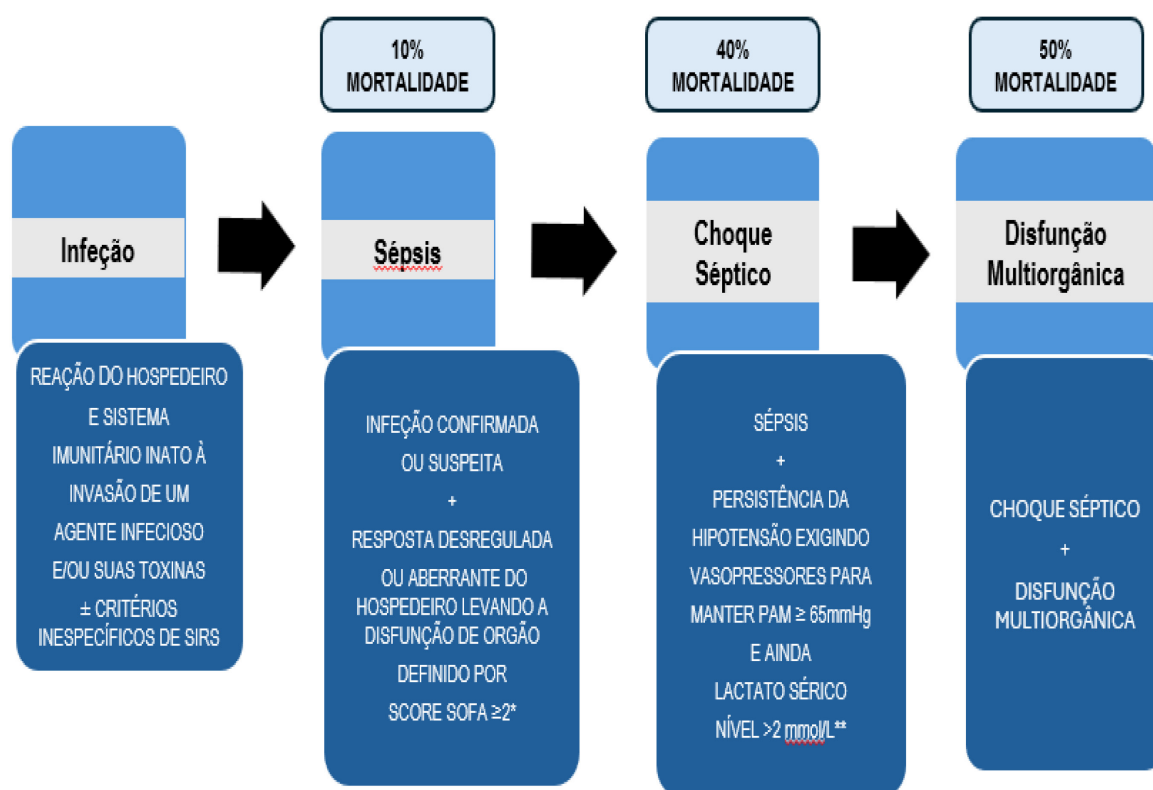


Figura 1 - Diagrama representativo do contínuo infecção/sépsis complicada por choque séptico. Fonte: Adaptado de Daniel et al. (2022). Pathophysiology of Sepsis and Genesis of Sepsis Shock: The Critical Role of Mesenchymal Stem.

A identificação precoce e o tratamento da sépsis, incluindo controlo do foco, tratamento antimicrobiano e ressuscitação volémica estão associados à redução da mortalidade. São recomendados pela *Surviving Sepsis Campaign* (SSC) (2016), um feixe específico de intervenções que engloba a medição precoce de lactato, cultura microbiológica, antibioterapia e, para a PSC com hipotensão ou lactato ≥ 4 mmol/L, ressuscitação volémica com 30 ml/kg de cristalóide (Freund et al., 2024).

De acordo com Carneiro et al., (2016), as manifestações da sépsis incluem múltiplas variáveis, conforme apresentadas na figura abaixo.



Figura 2 - Manifestações de sépsis. Adaptado de Carneiro (2022). Sépsis: o bom senso está de volta.

A competência do EE na avaliação clínica, gestão de fluidos, vigilância rigorosa da resposta terapêutica, entre outros procedimentos, aliada ao domínio dos protocolos baseados na evidência, permitem otimizar os cuidados de enfermagem especializados à PSC com sépsis, nomeadamente quantificar a disfunção orgânica.

De acordo com os critérios da Sépsis 3 (2016), uma PSC é considerada séptica na presença de uma infeção associada a disfunção orgânica. A disfunção orgânica associada à sépsis pode ser quantificada com a *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA), (Singer et al., 2016).

O SOFA baseia-se na avaliação de seis sistemas fisiológicos (respiratório, cardiovascular, neurológico, hematológico, hepático e renal), com uma pontuação que varia de 0 a 4, sendo que valores mais elevados refletem maior gravidade da disfunção orgânica, conforme apresentado no quadro 1.

Um score total de ≥ 2 em pelo menos dois dos sistemas avaliados indica um elevado risco de disfunção orgânica, mau prognóstico e/ou morte.

QUADRO 1 - SOFA score

SOFA score INDICADOR	1	2	3	4
Respiração PaO ₂ /FiO ₂ mmhg	<400	<300	<200	<100
Cardiovascular Hipotensão (Agentes adrenérgicos administrados pelo menos 1 h em µg/kg/min)	<70mmhg	Dopamina ≤5µg ou Dobutamina (qualquer dose)	Dopamina >5 ou Epinefrina ≤0,1 ou Noradrenalina ≤0,1	Dopamina >15 ou Epinefrina >0,1 ou Noradrenalina >0,1
Sistema Nervoso GCS	13-14	10-12	6-9	<6
Hematológico Plaquetas	<150	<100	<50	<20
Hepático Bilirrubina (mg/dl)	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	>12
Renal Creatinina, mg/dl ou Diurese	1.2 - 1.9 110 - 170	2.0 - 3.4 171 - 299	3.5 - 4.9 300 - 440 ou <500ml/dia	>5 >400 Ou <20ml/dia

Fonte: Adaptado de Lambden et al. (2019). The SOFA score - Development, utility and challenges of accurate assessment in clinical trials.

Para além do SOFA, foram neste âmbito desenvolvidos outros instrumentos de triagem, que integrados na avaliação frequente da PSC pelos enfermeiros, facilitam a identificação precoce da sépsis.

A *Early Warning Score* (EWS), calculada a partir dos sinais vitais e do estado mental da PSC, tornou-se amplamente utilizada na identificação de agravamento agudo da PSC. Está cada vez mais implementada em contextos pré-hospitalares e hospitalares como ferramenta de triagem de sépsis e em conjunto com a *Systemic Inflammatory Response Syndrome* (SIRS) conforme quadro 2, a *quick Sepsis Related Organ Failure Assessment* (qSOFA) e a *National Early Warning Score* (NEWS) coadjuvam a identificação precoce da sépsis e a predição da mortalidade.

QUADRO 2 - Critérios da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica.

Critérios da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
1. Temperatura: > 38° ou < 36°
2. Frequência cardíaca: > 90 bpm
3. Frequência respiratória: > 20 cpm ou PaCO ₂ < 38 mmHg
4. Leucócitos: > 12.000/mm ³ ou < 4.000 ³ ou Leucócitos normais com mais de 10 % de formas imaturas.

Fonte: Adaptado de Singer et al. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3).

Perante isto, em 2021 a *Surviving Sepsis Campaign* (SSC) aconselhou não usar o qSOFA isoladamente para triagem da sépsis, ou seja, não deveria ser a única ferramenta utilizada na identificação de sépsis ou do choque séptico, pois em comparação com outros sistemas de avaliação, como o SIRS, o NEWS ou o *Modified Early Warning Score* (MNEWS), o qSOFA apresenta baixa sensibilidade na identificação precoce da sépsis, só a identificando num estadio mais avançado da doença, com menor reversibilidade e pior prognóstico (Chua et al., 2024).

A combinação mais adequada para o diagnóstico da sépsis integra instrumentos laboratoriais como a Proteína C-Reativa, a procalcitonina (PCT), biomarcadores de lesão renal e técnicas moleculares para a identificação microbiológica, associados a escalas clínicas como o SOFA Score, utilizado na avaliação na disfunção orgânica, e o qSOFA, aplicado como ferramenta de rastreio rápido, permitindo que a integração entre dados clínicos e laboratoriais, suportada em escalas validadas e instrumentos diagnósticos específicos, proporcione uma abordagem estruturada e eficaz ao diagnóstico de sépsis.

Na prática diária, para o diagnóstico e tratamento da sépsis, bem como para a administração de antibióticos, combina-se dados de escalas e instrumentos que resultam da interseção de três vetores:

- Manifestações Sistêmicas - Proteína C-Reativa (PCR) e Procalcitonina (PCT);
- Disfunção Orgânica - Biomarcadores de lesão renal e;
- Documentação microbiológica - biomarcador específico do patógeno.

Os dois primeiros vetores não são específicos nem sensíveis à sépsis. A documentação microbiológica leva pelo menos 2 a 3 dias para ser finalizada e não é particularmente sensível, especialmente quando as culturas são colhidas enquanto a PSC está a realizar

tratamento antimicrobiano. Assim, aproximadamente 40 a 50% dos casos de sépsis são considerados negativos para cultura (Póvoa et al., 2023).

Apesar de serem comumente usados para o diagnóstico de sépsis, métodos diagnósticos como hemoculturas e testes de biomarcadores têm limitações significativas. O tempo necessário para avaliar a positividade das hemoculturas varia de 16 horas a alguns dias, o que é muito tempo para ajudar na decisão de se iniciar ou não os antibióticos. No entanto, as hemoculturas ainda são o padrão-ouro para o diagnóstico da sépsis e a identificação de possíveis organismos causadores, mesmo que a sua imprecisão possa levar a internamentos prolongados e ao uso indevido de agentes antimicrobianos (Hernández-Jiménez et al., 2024).

Neste contexto, os enfermeiros especialistas assumem um papel de destaque, uma vez que se encontram na linha da frente do cuidado à PSC, sendo frequentemente os primeiros a detetar alterações fisiológicas sugestivas de sépsis. A sua formação especializada e a experiência clínica permitem-lhes atuar como elementos fundamentais na aplicação de protocolos, na monitorização contínua dos parâmetros vitais e na implementação de estratégias terapêuticas iniciais que podem ser determinantes na evolução da PSC.

1.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS

No decorrer da pesquisa para a revisão scoping, foi realizada uma análise detalhada dos artigos disponíveis, com o objetivo de selecionar os mais relevantes para o estudo. Dos 1262 artigos encontrados, foram incluídos no corpus do trabalho 12 artigos, dos quais apresentamos os resultados.

Os artigos analisados permitiram concluir que as intervenções de enfermagem especializada na sépsis desempenham um papel determinante na melhoria dos resultados clínicos da PSC.

A sépsis é uma doença relacionada com uma infeção e um síndrome de resposta inflamatória sistémica (SIRS), identificada através de indicadores como temperatura, frequência cardíaca e respiratória, níveis de dióxido de carbono, glicose sanguínea, estado mental e contagem de glóbulos brancos. As intervenções dos enfermeiros focam-se na constante supervisão dos sinais vitais, comunicação eficiente com a equipa

multidisciplinar, administração de antimicrobianos e fluídos, acompanhamento da resposta ao tratamento e suporte à PSC (Warttig et al., 2018).

Segundo (Annane et al., 2019), a monitorização implica ainda a observação atenta do estado neurológico e função dos órgãos para identificar rapidamente a progressão da sépsis e avaliar a resposta aos corticoides. A administração de medicamentos deve ser precisa e pontual, obedecendo às recomendações de dosagem e método de administração. O controlo da glicemia inclui a verificação frequente dos níveis de glicose e a administração de insulina segundo protocolo para evitar a hiperglicemia causada pelos corticoides. Toda a monitorização referida é realizada pelo enfermeiro no âmbito nos cuidados de enfermagem especializada à PSC.

Ainda neste âmbito, de acordo com (Vioral & Wentley, 2015), o tratamento precoce da sépsis neutropénica e do choque séptico associa-se a uma redução da mortalidade e há pontos críticos a serem considerados em três áreas principais de intervenção: avaliação, prevenção e tratamento/gestão. Na avaliação, é exigido um exame físico completo da PSC com sépsis neutropénica, pois frequentemente não há sinais típicos de infeção, sendo a febre o único sintoma detetável.

Na área de prevenção, a diminuição do risco de infeção está diretamente relacionada com a lavagem das mãos e no tratamento/gestão, a febre neutropénica exige uma intervenção imediata, com o início de antibióticos na primeira hora após o aparecimento de sintomas, e se possível, depois da colheita de culturas (sangue, urina, fezes, secreções).

A evidência científica analisada demonstra que o EE desempenha um papel determinante na abordagem da sépsis, assegurando intervenções clínicas precisas e oportunas que contribuem significativamente para a melhoria dos resultados em saúde da PSC.

O conhecimento aprofundado sobre a sépsis permite identificar os diferentes quadros clínicos para possibilitar um diagnóstico correto e estabelecer planos terapêuticos e estratégias de monitorização. A vigilância requer uma avaliação cuidadosa da PSC para detetar infeções e disfunções orgânicas, baseando-se numa abordagem multidisciplinar e nas recomendações da *Surviving Sepsis Campaign* (SSC), procurando-se padronizar o tratamento com base em evidências científicas. No tratamento e ressuscitação volémica, é importante medir o nível de lactato sérico e realizar colheita de culturas microbiológicas antes de iniciar a antibioterapia empírica de amplo espectro na primeira hora após o diagnóstico, ajustando-a conforme as disfunções orgânicas da

PSC. A ressuscitação volêmica deve ser rápida, com avaliação contínua do estado hemodinâmico e da monitorização de sinais de hipotensão refratária ou hipoperfusão tecidual (Ramalho Neto et al., 2019).

(Parfitt & Hering, 2018), referindo-se ao tema (sépsis) mas no âmbito da grávida, corroboram com os autores anteriores mencionando que o uso de escalas de avaliação como a *Maternal Early Warning Trigger Tool* (MEWT), na identificação precoce da sépsis materna, permite reconhecer sinais de deterioração clínica. A avaliação contínua de parâmetros vitais, estado mental, intensidade de dor e frequência cardíaca fetal (FCF) é importante na MEWT. A administração de fluidoterapia deve ser monitorizada para evitar a sobrecarga e edema pulmonar. A vigilância da FCF é necessária para avaliar a perfusão placentária e o bem-estar fetal. As hemoculturas devem ser colhidas, sem atrasar o início dos antibióticos de amplo espectro, que são fundamentais para a segurança da mãe e feto.

O domínio aprofundado sobre a sépsis por parte do EE revela-se determinante para a identificação precisa dos quadros clínicos, a implementação célere de medidas terapêuticas e a monitorização contínua da PSC, contribuindo para uma abordagem sistematizada e baseada em evidência, conforme recomendado pelas *guidelines* internacionais como a SSC, com impacto direto na redução da morbidade e mortalidade associadas.

Deve garantir-se que a PSC recebe o volume adequado para recuperar a depleção intravascular e aumento do débito cardíaco, mantendo-se a avaliação contínua para evitar sobrecarga de volume. A capacidade de resposta aos fluidos pode ser analisada por métodos dinâmicos, como o teste de elevação passiva das pernas ou ecocardiografia, considerando um aumento de 10% a 15% no volume sistólico após fluidoterapia. A administração de antibióticos é essencial na sépsis, mas doseada no sentido de evitar o seu uso excessivo e o surgimento de resistência bacteriana (Gilbert et al., 2019).

No caso específico dos corticoides, os enfermeiros devem observar como a PSC responde aos mesmos, avaliando a necessidade de vasopressores e a melhoria do choque. Monitorizar os níveis de glicose no sangue, é importante, já que a hiperglicemia é um efeito colateral dos corticoides, administrando a insulina quando necessário. Embora doses baixas de corticoides não aumentem significativamente o risco de infeção, é essencial identificar precocemente sinais de novas infeções devido à fragilidade da PSC em choque séptico. Assegurar a administração correta e oportuna

de corticoides e antibióticos, é fundamental, pois o seu atraso pode aumentar a mortalidade em casos de choque séptico (Lemieux & Levine, 2019).

Os enfermeiros são fundamentais para a administração e vigilância dos antibióticos, assegurando a segurança e eficácia graças ao conhecimento abrangente das propriedades dos medicamentos e das estratégias de dosagem, especialmente nas situações de sépsis. A monitorização constante da eficácia e toxicidade possibilita ajustes terapêuticos adequados. Conhecer a farmacocinética e a farmacodinâmica é importante, pois as alterações fisiológicas na PSC afetam a concentração dos antibióticos e a sua eficiência. A compatibilidade intravenosa e o uso pelos enfermeiros, de tecnologias como bombas e seringas infusoras são importantes na administração simultânea de múltiplos medicamentos. (Droege et al., 2016).

Reitera-se assim, que a atuação dos enfermeiros especialistas na gestão da sépsis é indispensável para garantir a administração precisa de terapêuticas complexas, como a fluidoterapia, antibióticos e corticóides, assegurando a resposta hemodinâmica eficaz e prevenindo complicações, através de uma monitorização rigorosa dos parâmetros clínicos e farmacológicos, o que contribui decisivamente para a segurança e recuperação da PSC.

De acordo com (Umberger et al., 2015), a manifestação atípica da sépsis em idosos, com sinais subtis e por vezes apenas relatados por familiares ou cuidadores, exige que seja reconhecida rapidamente, necessitando de monitorização constante. As mudanças fisiológicas relacionadas com o envelhecimento dificultam a deteção precoce da sépsis, exigindo ajustes nas avaliações e intervenções. A sobrevivência após a sépsis em idosos pode resultar em complicações funcionais, o que requer avaliação continua do estado funcional e estratégias para melhorar a mobilidade e evitar quedas.

A administração de vasopressores de escolha inicial, como a noradrenalina, na PSC com choque séptico, permite manter a pressão arterial após uma ressuscitação volémica adequada. Os enfermeiros devem administrar e monitorizar a dose de adrenalina para alcançar os objetivos estabelecidos de pressão arterial. A ressuscitação volémica, realizada principalmente com cristaloides, é uma intervenção fundamental na gestão da hipoperfusão, cabendo aos enfermeiros a responsabilidade de supervisionar esses sinais clínicos. A vigilância contínua permite identificar sinais de deterioração e exige a comunicação dessas alterações à equipa médica (Cheung et al., 2015).

Os atrasos nos cuidados de enfermagem foram destacados como a principal razão para a demora no início do tratamento da sépsis, segundo médicos e enfermeiros. A falta

de profissionais de enfermagem foi citada como a principal causa do não cumprimento do protocolo de sépsis na primeira hora. Outras dificuldades incluíram a incapacidade de identificar a sépsis durante as observações e a tendência de dar prioridade a sinais claros de choque séptico (Breen & Rees, 2018). O que reforça a importância do enfermeiro especialista no cuidado à PSC e consequente identificação precoce dos sinais de sépsis em todos os contextos, em particular em contextos de cuidados complexos.

Desse modo, é fundamental integrar a triagem da sépsis nos cuidados de enfermagem de rotina, ativar a equipa de emergência quando necessário, e seguir os protocolos de tratamento, que incluem encaminhar a PSC para um nível de cuidados mais avançado se necessário. Iniciativas de melhoria da qualidade, como a campanha SSC, devem ser utilizadas para identificar lacunas nos cuidados e promover melhorias no tratamento. Além disso, é importante envolver a PSC e a sua família, aumentando a sensibilidade sobre a sépsis, com sessões de educação, definindo objetivos de tratamento e implementando medidas para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde (Kleinpell et al., 2019).

A presença do EE revela-se determinante na abordagem à PSC, sobretudo em contextos clínicos complexos, onde a deteção precoce da sépsis pode ser dificultada por manifestações atípicas, como confusão, delírio ou letargia. Para além disso, contribui significativamente para a articulação com a equipa multidisciplinar, a formação contínua dos pares e a promoção de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, reforçando uma cultura de segurança e sensibilização para a sépsis junto da PSC e sua família.

1.3 ABORDAGEM À TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

As teorias de enfermagem podem funcionar como uma descrição, uma explicação, orientação ou uma previsão. Especificamente, podem descrever situações em disciplinas de enfermagem, explicar relações entre fenómenos, orientar a prática de enfermagem e prever resultados de enfermagem. Além disso, também podem operar como uma base de trabalho para a análise e resolução de problemas de pesquisa em enfermagem, gestão, educação e enfermagem clínica. As teorias de enfermagem têm vindo a ser desenvolvidas desde há mais de um século, resultando na consolidação de

conceitos, modelos e métodos de cuidado relativamente estruturados e bem estabelecidos na prática de enfermagem (Zhu et al., 2024).

Neste contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, oferece um referencial teórico que permite a compreensão das vivências da PSC com sépsis, permitindo interpretar as múltiplas dimensões de mudança que esta condição implica.

A enfermagem está presente em todas as dimensões do cuidar e a teoria das transições afirma-se como um meio que permite orientar o exercício profissional em qualquer contexto de mudança, tendo como conjectura a compreensão da transição enquanto procedimento dinâmico e estratégico para os cuidados de enfermagem.

Segundo Meleis (2010), a hospitalização representa uma transição que pode despoletar uma crise pessoal mas também familiar, tanto mais intensa quanto mais grave for a situação clínica e mas vulnerável o sistema familiar.

No caso da PSC com sépsis, a transição é abrupta e envolve uma rotura profunda no estado de saúde, levando a pessoa e a sua família a enfrentarem uma realidade marcada pela incerteza, medo e possível perda. Esta experiência, que pode ser classificada como uma transição situacional e de saúde/doença, implica desafios acrescidos, como a dependência de cuidados intensivos, a alteração de papéis familiares e o impacto emocional associado à gravidade da situação clínica.

A teoria das Transições de Meleis organiza-se em três conceitos centrais e interligados: a natureza da transição, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta (Brito, 2012; Costa, 2016).

A qualidade das transições é determinada pelos padrões de resposta da pessoa ao processo de transição e poderá ser caracterizada com base em indicadores de processo e de resultado. O indicador de processo é relevante para reconhecer se a pessoa, está no sentido da saúde e bem-estar ou da vulnerabilidade e riscos. O indicador de resultado está relacionado com a mestria, com a aquisição de novas competências e adaptação flexível da identidade, levando a uma identidade mais dinâmica. A capacidade de desenvolver novas competências é essencial para realizar uma transição bem-sucedida, sendo esses dois indicadores fundamentais para uma transição saudável (Meleis, 2010).

Existem diferentes tipos de transição, cada uma com características específicas. A transição de desenvolvimento centrada no indivíduo e associada às suas experiências ao longo da vida. A transição situacional ocorre como resposta a eventos que exigem uma mudança de papéis. A transição saúde-doença associada à passagem do estado de

bem-estar para a doença, muitas vezes influenciada pela necessidade de adaptação ao ambiente hospitalar. Já a transição organizacional está relacionada a modificações no ambiente, abrangendo aspetos sociais, políticos e económicos. Cada uma destas transições é moldada pelo contexto social e cultural em que ocorre, conduzindo a transformações significativas na vida e na saúde da pessoa (Meleis, 2010).

Garantir uma transição saudável é desafiante para o enfermeiro especialista, porque cada pessoa é um ser único, com necessidade de aprender novas competências e novas funções durante um processo de transição. Com base nesta premissa, o cuidar em enfermagem é importante e necessário com o intuito de proporcionar cuidados eficazes e de qualidade, melhorando os resultados e evitando transições difíceis para a pessoa (Brito, 2012).

As transições resultam sempre de mudanças e desencadeiam mudanças, que para serem eficazes devem ter em conta as expectativas pessoais, familiares e sociais, natureza, gravidade e temporalidade. Podem estar relacionadas com acontecimentos críticos ou desequilíbrios, decorrentes de modificações na vida, saúde, relações e ambientes que levam a alterações de ideais, do conhecimento, identidades, relações e hábitos (Meleis, 2010; Ramalho Neto et al., 2016).

A Teoria das Transições entende a doença crítica como um processo de transição pelo impacto que imprime na vida pessoal, familiar ou social da pessoa (Melesi et al., 2000). A compreensão desta teoria auxilia o enfermeiro na definição de intervenções estratégicas durante o processo de transição para melhorar a qualidade de vida da pessoa, reduzindo o risco potencial que esse processo de transição pode colocar sobre ela (Santos et al., 2015).

Meleis et al. (2000), citada em Silva et al., (2021) referem que para a compreensão global do processo de transição é fundamental conhecer todas as dimensões, consequências e significados que o processo de mudança envolve. As expectativas individuais, familiares, sociais, a perceção do ambiente, a gravidade da situação e a questão do tempo são exemplos de aspetos a serem investigados.

A preparação prévia torna toda a experiência de transição mais suave, enquanto a falta dela pode atuar como um inibidor. É claro que, ligado à preparação, está o conhecimento do que esperar durante uma transição e quais as estratégias que podem ser úteis para a sua gestão (Meleis, 2010).

A educação e orientação são também referidas por Benner (2001), que as referem como domínios dos cuidados de enfermagem que permitem à pessoa atingir um nível

de preparação melhor para a situação de doença. Os enfermeiros que aperfeiçoam o conhecimento sobre a pessoa cuidada, tornam-se peritos a guiá-la no percurso da sua doença.

Esta teoria refere ainda indicadores de processo, que incluem: sensação de estar ligado, estar ligado, a interação, confiança e coping, que podem possibilitar encontrar um significado para a transição, de forma a promover um processo saudável ou, em contrapartida, aumentar a vulnerabilidade, resultando na diminuição da qualidade de vida. Sob a orientação e em conjunto com o enfermeiro, a pessoa pode definir esses indicadores, garantindo assim a promoção de uma transição que favoreça a qualidade de vida (Brito, 2012; Guimarães & Silva, 2016; Meleis, 2010).

A mestria e a integração suave são vistas como indicadores de resultado. A mestria refere-se à aquisição de novas competências essenciais para a gerir uma transição, bem como ao desenvolvimento de uma identidade em constante evolução. O essencial é que a pessoa alcance um resultado positivo e saudável que reflita uma boa qualidade de vida. Isso é medido pela capacidade da pessoa em demonstrar domínio das novas habilidades e comportamentos, que são importantes para lidar com a nova condição ou ambiente. É pouco provável que a pessoa apresente um alto nível de mestria no início da transição, mas com a evolução do processo, o grau de mestria demonstrada indica até que ponto ela conseguiu alcançar uma transição bem-sucedida (Costa, 2016; Gama, 2023; Meleis, 2010).

Meleis, (2010) refere que os enfermeiros procuram com as suas intervenções melhorar o resultado de bem-estar, maximizar o funcionamento e dominar as atividades de autocuidado.

A teoria das transições oferece um referencial teórico que permite a compreensão das vivências da PSC com sépsis, permitindo interpretar as múltiplas dimensões de mudança que esta condição implica. A sépsis representa um evento significativo na vida da pessoa em situação crítica e da sua família, marcado por instabilidade clínica e incerteza, exigindo processos de adaptação contínua, tanto a nível fisiológico como emocional. Neste contexto, o enfermeiro ao integrar esta teoria na sua prática, ao reconhecer os sinais de transição, conseguirá promover intervenções facilitadoras e definir estratégias de apoio que permitirão à PSC a reconstrução do seu equilíbrio funcional existencial. A relevância da ancoragem teórica no exercício profissional de enfermagem, potencia uma abordagem mais holística, reflexiva e sensível à complexidade do cuidar a PSC com sépsis.

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

Os cuidados de Enfermagem vêm assumindo uma relevância progressiva, que se acompanha de uma exigência técnica e científica, onde a especialização dos enfermeiros representa uma realidade importante (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019).

A OE definiu o enfermeiro especialista, como sendo aquele que “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019, p. 4744).

Neste capítulo, será realizada uma análise crítica, reflexiva e fundamentada, sobre o processo de desenvolvimento de competências comuns do EE e Específicas do EEMCPSC, adquiridas no decorrer dos estágios, realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) que inclui a Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção (UHCI), na Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente, e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

Serão também aqui abordadas as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, baseadas no Decreto-lei nº65/2018, que regula o regime jurídico dos graus académicos nas instituições de Ensino Superior, nomeadamente, o grau de Mestre em Enfermagem conforme documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior a 3 de junho de 2022 com o registo R/A-Cr123/2022 (ESSEM, 2022).

O Despacho nº 13755/2009 de 15 de junho, regula aos graus académicos no Ensino Superior, publicado no Diário da República, 2ª série - nº 113 - 15 de junho de 2009, artigo nº 3 (p. 23505) e define as seguintes competências do grau de Mestre em Enfermagem, segundo os Descritores de Dublin:

“a) Possuir conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos a nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Despacho nº13755/2009, 2009,p. 2246).

De acordo com Castro (2019, p.72) as competências dos enfermeiros não se caracterizam “apenas pelo saber-fazer, mas também com a capacidade de saber-estar e saber-saber”. Neste contexto o modelo de Dreyfus desenvolvido por Benner, (2001) descreve cinco níveis de competência que os enfermeiros adquirem: novato, principiante, avançado, competente, proficiente, especialista. Cada estágio incrementa a experiência e a capacidade de julgamento clínico, que poderá ser impulsionador do aumento do nível de competência, demonstrado na atuação imediata em situações complexas inerentes à PSC.

Neste sentido, realizámos os estágios nos contextos clínicos previamente referidos, que nos proporcionaram a oportunidade de adquirir e consolidar competências como passaremos a explicar de forma detalhada.

Para guiar o processo de aquisição de competências durante a unidade curricular (UC) Estágio e Relatório, definimos objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e com prazo determinado para o respetivo tempo de estágio. Este documento foi importante para o planeamento do estágio e funcionou como um fio condutor para a prática clínica, interligando as competências comuns do EE, as específicas do EEEPSC e as competências do grau de Mestre previamente descritas.

2. 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

2.1.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), está integrada no departamento de medicina de uma Unidade Local de Saúde da região sul do país. A ULS é uma organização hospitalar pública responsável pela prestação de cuidados de saúde especializados a 529.642 cidadãos dentro da sua área de cobertura (RNU, 2024).

A UCIC está projetada principalmente para a PSC com problemas cardíacos. Está em funcionamento desde 2001 e é atualmente reconhecida como uma UCI monovalente (Ferreira et al., 2023). Possui seis unidades em *open space*, uma área centralizada de registos e monitorização que facilita a observação imediata e a supervisão da PSC, preservando a sua privacidade através do uso de cortinas individuais quando necessário. Cada uma das seis unidades tem capacidade de monitorização multiparamétrica e invasiva.

A UCIC garante a disponibilidade ininterrupta de cuidados de saúde, 24 horas por dia, todos os dias do ano. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de cardiopneumologia e assistentes operacionais. Para além disso, outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais, oferecem suporte adicional quando necessário. A equipa de enfermagem da UCIC é constituída atualmente por um enfermeiro gestor e doze enfermeiros. Destes, quatro possuem o título de especialistas, dois em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um em Reabilitação e um em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Todos eles alternam turnos entre as duas unidades e o internamento de cardiologia.

Os cuidados de enfermagem na UCIC têm um rácio enfermeiro doente de três para seis no turno da manhã e de dois para seis nos turnos da tarde e noite. Os organismos reguladores nacionais não estabelecem dotações específicas para unidades de Cuidados Intensivos Monovalente, como é o caso da UCIC. Com base nas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia e nos recursos disponíveis na UCIC da ULS, a dotação deverá ser de um enfermeiro para cada dois a três doentes (Mitchell et al., 2020). A dotação atual de um enfermeiro para três doentes responde aos critérios, garantindo-se a segurança dos doentes.

O horário de trabalho de enfermagem é estruturado em turno da manhã, tarde e noite, em períodos de 24 horas, com a última meia hora de cada turno dedicada à passagem de turno. O Enfermeiro Gestor gere o serviço nos dias úteis durante o turno da manhã

e na sua ausência, a gestão do serviço é assegurada pelo Enfermeiro Especialista com mais antiguidade, acumulando as funções de gestão com a prestação de cuidados aos doentes. No que diz respeito à estrutura organizacional, existe um enfermeiro responsável na UCIC, um responsável pela UHCI e um enfermeiro responsável pela sala de eletrofisiologia. A estratégia de trabalho adotada centra-se principalmente numa abordagem de enfermeiro responsável, na qual cada enfermeiro responsabiliza-se pelos cuidados prestados aos seus doentes.

Um enfermeiro de Reabilitação presente no turno da manhã, coordena o projeto de reabilitação cardíaca, centrando-se na educação dos doentes programados para alta, realçando a importância do autocuidado, da necessidade de mudanças alimentares, a realização de atividade física e o cumprimento da terapêutica no domicílio. Este elemento é ainda responsável pela admissão de doentes com critérios para o programa de reabilitação cardíaca e colabora durante os exames de ecografia. Em relação à carga de trabalho, a UCIC carece de uma escala ou recomendação específica para determinar a distribuição das horas de prestação de cuidados. A distribuição organiza-se pelo número de doentes atribuídos a cada enfermeiro, adaptando-se às necessidades individuais de cuidados.

A UCIC está integrada no serviço de cardiologia englobando o laboratório de eletrofisiologia, uma sala de reabilitação cardíaca, um laboratório de ecocardiografia e uma Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção, onde tivemos a oportunidade de realizar alguns turnos.

A criação da Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção (UHCI) em 2003 representou uma mudança transformadora nos cuidados de saúde da região sul do país. Isso permitiu que os doentes tivessem acesso à angioplastia primária em situações de emergência através da Via Verde Coronária (VVC), bem como a tratamentos eletivos, evitando que se deslocassem a outros centros de referência. A UHCI conta com uma sala de hemodinâmica equipada para a realização de exames fluoroscópicos e processamento de imagens digitais de alta resolução, atualmente, dedicada exclusivamente à cardiologia de intervenção. Está planeada a abertura de uma sala adicional, uma vez que o número de doentes e a atividade atual justificam essa necessidade. A unidade também dispõe de recursos para monitorização multiparamétrica e invasiva, bem como assistência respiratória e hemodinâmica, incluindo ventilação mecânica invasiva, seringa e bombas de infusão, um desfibrilhador e um monitor cardioversor, além de capacidade de monitorizar parcialmente a

tromboplastina ativada. Na UHCI os doentes recebem cuidados para tratamentos eletivos, com a opção de realizar angioplastias, utilizando aterectomia rotacional, análises de fração de fluxo de reserva e ultrassonografias intravasculares coronárias e ainda há a possibilidade de tratamento de emergência, realizando angioplastia primária para doentes que necessitam dessas intervenções.

A equipa da UHCI compreende três cardiologistas, três técnicos de cardiopneumologia, oito enfermeiros generalistas e dois enfermeiros especialistas, que realizam turnos entre a UCIC, a UHCI e o internamento de cardiologia. O horário de funcionamento é das 08h às 18h nos dias úteis, tanto para casos emergentes como eletivos, com uma equipa composta por um cardiologista intervencionista, um enfermeiro e dois técnicos de cardiopneumologia em cada turno. Durante o horário de folga, uma equipa de prevenção está disponível para lidar com casos de emergência para angioplastia primária.

Foram delineados para este contexto os seguintes objetivos específicos:

- 1-Conhecer a dinâmica, funcionamento e a organização da UCIC e da UHCI e os protocolos de atuação implementados face à PSC com sépsis.
- 2- Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, particularmente na PSC com sépsis.
- 3- Desenvolver uma prática profissional diferenciada na prestação de cuidados à PSC com sépsis e falência multiorgânica, promovendo procedimentos e intervenções de prevenção e controle de infeção.

2.1.2 - Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

A UCIP é, de acordo com a classificação europeia, uma UCI de nível III (Valentin & Ferdinande, 2011), classificação esta atribuída pelo nível de cuidados prestados, valências disponíveis e técnicas utilizadas. Localiza-se adjacente ao Serviço de Urgência Polivalente, ampliou a sua capacidade em 2012 para dezasseis camas. Contudo, estão atualmente em funcionamento apenas quatorze, devido a limitações de recursos humanos. A unidade está distribuída em três áreas distintas: doze camas em *open space*, um quarto privado e um quarto de isolamento de doentes, dotado de antecâmara, instalações sanitárias e sistema de ventilação configurável para trabalhar

em pressão positiva ou negativa. Cada uma dessas áreas clínicas está equipada com janelas que proporcionam luz natural.

No que diz respeito aos espaços não assistenciais, a UCIP compreende diversas áreas destinadas a diferentes funções, incluindo um espaço adequado para acolher e apoiar os familiares da PSC durante o internamento. Além disso, a localização da unidade permite um acesso rápido aos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, assim como ao bloco operatório.

A UCIP dispõe de todos os recursos necessários para oferecer cuidados à PSC. Cada sala está equipada com equipamentos e tecnologias fundamentais, permitindo abordagens invasivas e não invasivas. Cada unidade do doente possui um monitor com funcionalidades de monitorização padrão, complementadas por módulos adicionais conforme a necessidade. As informações recolhidas pelos monitores e ventiladores são enviadas diretamente para o sistema informático, eliminando a necessidade de registos manuais ou transcrições, validando automaticamente os dados. Neste ambiente, dependendo das condições clínicas do doente e dos cuidados necessários, podem ser usadas ferramentas de monitorização mais especializadas, como monitorização da pressão intracraniana (PIC), o índice bispectral e monitorização hemodinâmica invasiva, utilizando uma combinação da técnica de termodiluição e análise do contorno da curva arterial. Todas as salas estão preparadas para realizar técnicas de substituição renal, com abastecimento de água e drenagem para as águas residuais produzidas pelo circuito de diálise extracorporeal.

O sistema informático implementado na UCIP é projetado especificamente para este contexto, facilitando tanto a integração como a interoperabilidade dos dados e funções com outros sistemas. Ele incorpora informações em tempo real do monitor e do ventilador, além de dados clínicos do laboratório e serviços de imagem assim que disponíveis no espaço de trabalho de programa, o que melhora a fluidez do sistema. Possui capacidade para terapia de alto fluxo, tratamentos de substituição renal contínuos, intermitentes ou híbridos, além de suporte hemodinâmico químico com vasopressores, inotrópicos e terapia elétrica para cardioversão e aparelhos de estimulação temporária, transcutânea ou intravenosa.

A equipa médica concentra a maior parte do seu trabalho na UCI, não se dedicando em exclusivo, enquanto a Equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais atuam em equipas dedicadas em exclusivo na UCI.

Este serviço desempenha um papel importante na formação de estudantes de enfermagem e medicina, devido ao vínculo estreito entre o ensino pós-graduado e os contextos de ensino clínico. A equipa de enfermagem é composta por 53 enfermeiros, sendo um deles Enfermeiro Gestor. Destes, nove são enfermeiros especialistas em EMC, três em Enfermagem de Reabilitação (EEER), dois em Enfermagem de Saúde Comunitária (EEESC) e um em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). O rácio de enfermeiros na equipa segue as recomendações da OE, que designa um total de 44 enfermeiros para este contexto, com base na Norma para o cálculo de Dotações Seguras de Cuidados de Enfermagem (OE, 2019). No entanto, devido à natureza imprevisível desta unidade, é exigida alguma flexibilidade e eventualmente alguns ajustes para responder às circunstâncias específicas e ao nível dos cuidados prestados. Os cuidados de enfermagem à PSC, com necessidades complexas e em constante mudança, requerem uma gestão de enfermagem adequada e oportuna. A equipa de enfermagem é composta por profissionais com diferentes níveis de experiência e especialização, tendo em conta fatores como a competência na realização de algumas técnicas específicas, como por exemplo a hemodiálise convencional e também a área de especialidade do enfermeiro.

Este modelo de organização visa assegurar que cada equipa tenha uma combinação equilibrada de profissionais de enfermagem.

No que concerne à organização, em cada turno estão definidos oito a nove enfermeiros, sete dedicados exclusivamente a cuidados diretos ao doente e um enfermeiro com funções de coordenação, geralmente um especialista que acumula as responsabilidades de gestão da unidade com a prestação de cuidados aos doentes. O método de trabalho adotado é o de enfermeiro responsável. O rácio enfermeiro/doente pode atingir um máximo de 1:2, embora este rácio seja raramente alcançado devido aos níveis de ocupação. De acordo com Sakr et al. (2015), uma relação enfermeiro-doente superior a 1:1,5 associa-se a um índice de mortalidade superior.

A grande maioria da equipa de enfermagem da UCIP incorpora a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH), que segue as diretivas da DGS (2015), sendo composta por um médico e um enfermeiro com formação e competências para responder às emergências. É ativada segundo critérios bem definidos, nomeadamente em situações de paragem cardiorrespiratória, deterioração significativa ou sempre que o julgamento

clínico indique a necessidade de intervenção, operando no seu horário e, por vezes, sendo consultada para orientação e cooperação em diferentes situações.

A carga de trabalho de enfermagem na UCIP é avaliada pelo *Therapeutic Intervention Scoring System* - 28 (TISS-28) (Padilha et al., 2005) e do *Nursing Activities Score* (NAS), ferramentas que permitem a avaliação da carga de trabalho de enfermagem em UCI's (Regina & Raquel, 2007).

Foram delineando para este contexto os seguintes objetivos específicos:

- 1- Conhecer a dinâmica, funcionamento e a organização da UCIP 1 e os protocolos de atuação implementados face à PSC com sépsis.
- 2- Desenvolver uma prática profissional diferenciada na prestação de cuidados à PSC com sépsis e falência multiorgânica, promovendo procedimentos e intervenções de prevenção e controle de infeção.

2.1.3 - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Este Serviço de Urgência faz parte de uma Unidade Local de Saúde da região de Lisboa e vale do Tejo, criada em janeiro de 2024, que integra cerca de 30 valências, incluindo Internamento, Consultas, Urgência, Hospitalização Domiciliária, Hospital de Dia e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e tem uma área de influência que abrange quatro concelhos e inclui cerca de 219 mil habitantes.

É um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, nível 2, de acolhimento das situações de urgência, integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares (Despacho n.º 10319/2014), com uma média de atendimento, que oscila entre os 200/300 utentes por dia. Possui as valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Obstetrícia, Anestesiologia e Bloco Operatório, Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC) e Patologia Clínica, com capacidade para assegurar todos os exames básicos durante as 24 horas/diárias.

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), está sediada no serviço de urgência desde 2016 com uma grande expressão no que respeita à estabilização pré-hospitalar de vítimas de acidente ou doença súbita grave.

Este Serviço de Urgência Geral, está organizado em três áreas cruciais ao seu funcionamento: Triagem, Ambulatório e Internamento.

A Triage de Manchester implementada desde 2006 neste serviço, é realizada por enfermeiros que, de acordo com a prioridade clínica, encaminham o doente para a respetiva área de observação.

A área de ambulatório inclui dois espaços físicos distintos, de acordo com a triagem e respetiva prioridade clínica: área de não urgente e pouco urgente (azul e verde) e área de muito urgente (laranja) ou urgente (amarelo).

Ainda nesta área, existe uma sala de pequena cirurgia, onde se realizam procedimentos cirúrgicos mais básicos, que não exigem transferência para o bloco operatório e uma sala de inaloterapia, que permite individualizar estes doentes de todos os outros presentes no serviço.

A sala de emergência, localiza-se em frente à entrada de emergência do serviço e próxima do posto de triagem, tem fácil acesso e permite prestar cuidados a dois doentes críticos, em simultâneo. Nesta sala são estabilizados os doentes críticos emergentes, triados como emergentes (vermelho) ou muito urgentes (laranja), com necessidade de cuidados imediatos. Existe em cada turno um enfermeiro responsável pela sala e está sempre definido a primeira ajuda na sala.

A área de internamento tem capacidade total para 28 utentes, embora tenha frequentemente sobrelotação, com a necessidade de internamentos no corredor do serviço. Dentro desta área existe a Unidade de Internamento Polivalente e Agudos (UIPA), direcionada para cuidados diferenciados ao doente crítico com maior índice de gravidade, onde inclusivamente é possível realizar ventilação mecânica invasiva e não invasiva em todas as unidades.

A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral, inclui 82 enfermeiros, incluindo uma enfermeira especialista com funções de gestão e duas enfermeiras de apoio à gestão, que fazem exclusivamente o turno da manhã. Nesta equipa existem 18 enfermeiros especialistas, maioritariamente em enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

A equipa de enfermagem encontra-se distribuída por 5 equipas, com 16 elementos por equipa, incluindo um enfermeiro chefe de equipa, que é enfermeiro especialista.

Os enfermeiros são distribuídos por sectores, em cada turno, de acordo com uma escala diária elaborada pelo enfermeiro chefe de equipa, da respetiva equipa e de forma a garantir cuidados que todos os sectores estejam assegurados.

Foram delineados para este contexto os seguintes objetivos específicos:

- 1-Desenvolver capacidades no cuidar da pessoa em situação emergente exceção e catástrofe e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- 2-Realizar a administração de protocolos terapêuticos em situações complexas;
- 3-Agilizar procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

A OE define as competências comuns do Enfermeiro Especialista como “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2019, p. 4745). Estas competências encontram-se organizadas em quatro domínios; a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão de cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019, 2019).

As primeiras duas competências do enfermeiro especialista e a alínea c) dos Descritores de Dublin cuja evidência permite conferir o grau de Mestre, pertencem ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e serão abordadas e fundamentadas em conjunto.

“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 - Promove a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/ 2019, p. 4746).

Competência de Mestre:

“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, responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.” (Decreto-lei nº 74/2006, 2006, p. 2246).

A deontologia profissional caracteriza-se pelo conjunto de normas e princípios de conduta, isto é, os deveres intrínsecos à profissão, com carácter normativo, vinculativo e universal (Nunes, 2011).

A deontologia simboliza a manifestação de um ser e dever profissional, ou seja, o estudo dos deveres. Pode-se definir como um conjunto de normas e regras que regem uma profissão específica, fundamentadas nos princípios da moral, da ética e do direito, que procuram definir as melhores práticas, considerando as particularidades da profissão. Da mesma forma que a moral e o direito se transformam com o passar do tempo, também a deontologia profissional tende a se adaptar às circunstâncias de cada época (Nunes & Amaral, 2022).

No que diz respeito ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e de mestre, previamente referidas, além da aplicação dos conhecimentos adquiridos na fase teórica do mestrado, evidenciam-se as estratégias organizadas e realizadas durante os estágios clínicos. Essas estratégias apoiaram-se na revisão, análise e aplicação prática dos conhecimentos adquiridos através dos documentos normativos e reguladores da profissão de enfermagem, Estatutos da OE (Decreto -Lei nº 104/98, de 21 de abril), onde se inclui o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) (Decreto-Lei Nº 104/98, 1998). O REPE impõe o dever do enfermeiro, no desempenho das suas funções, de assumir uma conduta responsável e ética, atuando com respeito perante os direitos e interesses legítimos do doente (Decreto-Lei Nº 104/98, 1998).

No capítulo IV do Estatuto da OE, no seu artigo 99º “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade de pessoa humana e do enfermeiro.”(OE, 2015b, p. 80). No artigo 5º do REPE os cuidados de enfermagem são caracterizados por “terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade” e também por “estabelecerem uma relação de ajuda com o utente” (OE, 2015b, p. 100).

O estágio na UCIC permitiu para além do desenvolvimento de competências essenciais para a identificação e gestão de emergências cardiológicas relacionadas com a sépsis e o choque séptico, o desenvolvimento de uma prática ética e legal evidenciada pelo respeito pela PSC e a sua família. O choque séptico representa a progressão mais grave da sépsis caracterizando-se por disfunção circulatória e celular, que leva a hipotensão persistente, refratária à reposição volémica, e a uma resposta inflamatória desregulada, aumentando significativamente a taxa de mortalidade (Rosalino, 2021). Neste contexto, empenhei-me em orientar a minha prática de cuidados de enfermagem, particularmente durante o estágio, para o que se constitui como fundamental para a enfermagem, que é a PSC com iminente risco de vida, envolvendo a família nos cuidados.

O ambiente da UCI, inerente à complexidade dos cuidados, aos recursos tecnológicos existentes e à própria dinâmica multidisciplinar podem induzir à secundarização dos princípios éticos e deontológicos essenciais. Consideramos fundamental, que mesmo nestes contextos, “as intervenções de enfermagem sejam realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (OE, 2015^a, p. 38).

Durante o estágio, os cuidados prestados foram orientados pelos princípios da deontologia profissional e pelo Regulamento Do Exercício Profissional Dos Enfermeiros (REPE), considerando todos os artigos e dando particular atenção à salvaguarda da liberdade e da dignidade humana (artigo 99.º), à valorização dos princípios éticos e humanos (artigo 102.º) e à defesa dos direitos à vida e à qualidade de vida (artigo 103.º) (Lei Nº 156/2015, 2015).

No ambiente de UCI de nível III, o artigo 103.º, assume uma relevância especial, fazendo referencia à disponibilidade de meios avançados e terapêutica, permitindo a manutenção prolongada das funções vitais em disfunção. Nesta situação, a fronteira entre uma intervenção terapêutica orientada para a cura e situações de obstinação terapêutica revela-se, por vezes, impercetível e ambígua.

A aprendizagem experiencial ao longo dos contextos de estágio permitiu o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista no cuidado à PSC com sépsis, uma vez que, conforme defende Benner (2001), a experiência é necessária para a aquisição de perícia. Os cuidados de enfermagem especializados à PSC com sépsis em diversos serviços interligados dentro do Serviço Nacional de Saúde proporcionou-me uma experiência abrangente no cuidado a estes doentes. Em

particular, o cuidado à PSC com sépsis permitiu-me não apenas consolidar as minhas competências no cuidado a esta população específica, mas também desenvolver um comportamento ético e competência ética, que de acordo com a *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN) (2021), refere-se à forma como os enfermeiros incorporam a capacidade de se relacionar com os outros de forma respeitosa e responsável, enquanto a competência ética engloba a capacidade de reconhecer questões éticas (consciência/sensibilidade), determinar ações fundamentadas (reflexão/tomada de decisão) e possuir motivação, conhecimento e competência para implementar essas decisões (comportamento/ação) (AACN, 2021).

Apesar de toda a conduta profissional ser orientada pelos princípios descritos no REPE e DPE, alguns tiveram um relevo importante na prática. Assim, realço o dever de informação (artigo 105º da Lei 156/2015), realizando esclarecimentos de forma clara, assegurando o livre acesso à informação relacionado com questões de interesse para a PSC, a sua família e/ou pessoas significativas, respeitando o seu consentimento. Toda a nossa prática foi orientada pelo dever de sigilo profissional (artigo 106 da lei 156/2015), certificando-nos que a partilha de informação seria apenas com os profissionais diretamente envolvidos nos cuidados. Os cuidados foram realizados respeitando a intimidade da PSC internada na UCI (artigoº 107 da lei nº 156/2015), com uso de cortinas e biombos, com o objetivo de minimizar a exposição corporal.

Todos os princípios adquirem maior importância perante doentes críticos cuja vulnerabilidade é marcada pela sua dependência extrema de cuidados intensivos, devido à incapacidade de garantirem a sobrevivência sem cuidados especializados, estando mais expostos a riscos como complicações clínicas e perda de autonomia. A PSC exige uma abordagem ética e humanizada, centrada na proteção da dignidade, na minimização de danos e no respeito pelos seus direitos, mesmo em situações de vulnerabilidade extrema.

Perante o anteriormente exposto considera-se que foram adquiridas as competências que fazem parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e de mestre em enfermagem.

“B - Domínio da Melhoria da Qualidade

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

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

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro” (OE, 2019, p. 4747).

Competência de Mestre

a) “Possuir conhecimentos aprofundados numa determinada área científica, com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais;

d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006, p. 2246).

A qualidade nos cuidados de saúde está intimamente ligada à prática profissional dos Enfermeiros e, particularmente, à prática especializada de Enfermagem. A OE, criada pelo DL n.º 104/98, elaborou vários documentos normativos, como já anteriormente referido, fruto da capacidade de autorregulação e autonomia profissional, tendo a segurança do doente e a qualidade como conceitos centrais e de carácter transversal. Deste contexto normativo e concetual, destaca-se a importância dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pelo CE (2001) e do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Neste último documento, releva-se o papel do EEEMCPSC, face à progressiva exigência de padrões de qualidade em saúde e à diversificação e complexidade das problemáticas em saúde. Neste âmbito, realizámos uma leitura cuidadosa dos pressupostos presentes nos documentos, que nos serviram de referência e orientação durante a prestação de cuidados especializados, de forma a ir ao encontro do descrito no RPQCEEPSC (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Na UCIC, recebemos doentes com patologias de natureza cardiológica, provenientes de diferentes vias, geralmente acompanhados por equipas médicas e de enfermagem, nomeadamente transferidos de outros serviços por via intra-hospitalar, incluindo o internamento de cardiologia devido a descompensação hemodinâmica, da UHCI, no período pós cateterismo/angioplastia primária, também por via inter-hospitalar, oriundos de outros hospitais ou Serviços de Urgência Básica (SUB) da mesma ULS ou de outras por falta de vagas.

Paralelamente, admitimos também doentes diretamente do meio Extra-Hospitalar, integrados na Via Verde Coronária (VVC), transportados por equipas da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e/ou das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), assim como doentes externos em regime de hospital de dia para a realização de cardioversão elétrica de arritmias, sob sedoanalgesia, acompanhados em consulta externa.

No decorrer do estágio na UCIC, participámos no transporte intra-hospitalar da PSC com SCA, garantindo a transferência segura para diferentes especialidades. A maioria destes transportes destinou-se à UHCI para realização de procedimentos como cateterismo e angioplastia. Colaborámos também na transferência de PSC cujo estado clínico se agravou da enfermaria para a UCIC, para a sala de eletrofisiologia e para a UCIP.

Nestes procedimentos, em conjunto com a equipa de enfermagem, assegurámos a preparação, execução e vigilância do doente durante e após o procedimento, situações bastante frequentes dada a elevada rotatividade de doentes, privilegiando a disponibilização de vagas para a prestação de cuidados em situações de maior gravidade.

Aqui, destacamos cuidados à PSC com patologia aguda, nomeadamente síndromes coronárias agudas (SCA), tanto de enfarte agudo do miocárdio com supra de ST (EAM CSST), como sem supra de ST (EAM SSST), assim como perturbações de condução, nomeadamente bloqueios auriculoventriculares (BAV), que podem exigir ou não a implantação de pacemaker. Além disso são regularmente admitidos casos de endocardites e tromboembolismo pulmonar.

Garantimos uma monitorização fidedigna, em tempo real dos parâmetros vitais, de forma a permitir uma intervenção rápida e eficaz.

A localização central do posto de enfermagem nesta unidade, permitiu essa supervisão, apoiada pelo monitor de telemetria, que transmite em tempo real o ritmo cardíaco e os parâmetros vitais de cada doente, incluindo os doentes em enfermaria. Conseguimos identificar precocemente sinais de instabilidade, inerentes à PSC e agir de forma rápida e eficaz.

No ambiente de UCI, o cuidado à PSC é frequentemente marcado por alterações fisiológicas que exigem intervenção imediata. Devido à natureza emergente das intervenções, os profissionais podem desviar a atenção de procedimentos importantes, mas menos urgentes. A utilização de protocolos na UCI, pode potencialmente melhorar

o cuidado ao doente crítico, pois permite a rápida incorporação de novas informações aos cuidados prestados (Chang et al., 2012).

Neste sentido, para uma prestação de cuidados baseado em evidência foi importante na fase inicial de cada estágio conhecer os protocolos em vigor na UCI, bem como, o processo de gestão de cuidados, a estrutura física, a organização, recursos humanos e materiais e os projetos em curso através da cooperação do enfermeiro orientador. O nível de cuidados do doente crítico é complexo e requer o uso de uma multiplicidade de protocolos.

Durante o estágio, assistimos a vários processos de auditoria e fomos auditados durante a prestação de cuidados na realização da higiene das mãos, no âmbito das auditorias enquadradas no Plano Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, aos feixes de intervenções de prevenção de infeção relacionada com catéter venoso central, de prevenção da infeção urinária associada ao catéter vesical e de prevenção de infeção relacionada com a intubação. As auditorias são parte integrante dos processos de acreditação de qualidade e permitem um processo de melhoria continua constituindo-se, dessa forma, um parâmetro de avaliação para a competência B2.

Durante a realização destes estágios adquirimos e desenvolvemos conhecimentos, competências e destreza na utilização de equipamentos médicos que não dominávamos previamente, tais como os ventiladores, os diferentes módulos da monitorização multimodal, os aparelhos para as técnicas de substituição renal nos modos contínuo, intermitente e híbrido, os oxigenadores e membranas usadas em ECCO₂R. O manuseamento e utilização destes equipamentos permitiu-nos, ainda sob a supervisão do enfermeiro orientador, prestar cuidados de enfermagem especializados e ter uma atuação diferenciada em situações emergentes vividas durante o estágio. Cumprimos o objetivo definido: Desenvolver uma prática profissional diferenciada na prestação de cuidados à PSC, manuseando estes equipamentos com destreza, eficiência e eficácia para permitir uma atuação diferenciada nas situações emergentes.

As PSC internadas nesta unidade, não só pelas suas patologias de base, mas também pela necessidade e/ou dependência destes equipamentos, alguns deles invasivos, apresentam um risco acrescido de infeções e/ou sépsis.

Neste sentido, desenvolvemos uma *scoping review*, com o título: *“Intervenções de Enfermagem Especializada na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica com Sépsis”*

(Apêndice A), que permitiu aprofundar e conhecer a evidência científica mais recente, mapear e analisar as intervenções especializadas mais adequadas à PSC com Sépsis.

Realizámos ainda dois jornais de aprendizagem cujos temas foram: “O cuidado à Pessoa em Situação Crítica com sépsis: Aplicação do Ciclo Reflexivo de Gibbs” (Apêndice B), realizado na UCIC, e “O cuidado à Pessoa com Hemorragia Subaracnoideia: Aplicação do ciclo reflexivo de Gibbs” (Apêndice C), realizado na UCIP com a finalidade de refletir sobre as experiências em contexto clínico de forma organizada, usando como referência o ciclo reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013), identificando pontos fortes, áreas de melhoria e estratégias para responder eficazmente a situações semelhantes no futuro.

Estas atividades permitiram transformar experiências em oportunidades de aprendizagem e melhoria contínua, onde a análise crítica e reflexiva permitiu fortalecer o processo de tomada de decisão.

Durante a frequência do Mestrado em Enfermagem colaborámos com vários grupos de trabalho multidisciplinares, focados na investigação e na partilha de conhecimento, resultando na publicação de artigos científicos em revistas de quartil 3 (Q3) e quartil 4 (Q4), nacionais e internacionais.

Os artigos estão disponíveis nos Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), e têm os títulos seguintes:

1. Discrepancies between Screening Sonography and Ultrasound in Emergency Department - A case report (Apêndice D)
2. Ecografia de triagem pré-hospitalar em Portugal: uma abordagem prática (Apêndice E)
3. O impacto da ética na cultura organizacional dos bombeiros: revisão sistemática pelo Método PRISMA (Apêndice F)
4. Códigos de ética e organizações: revisão integrativa pelo Método PRISMA (Apêndice G)

Todas estas atividades potenciaram o desenvolvimento das competências no que se refere ao domínio (B), da melhoria da qualidade, mas também à competência exigida para o grau de mestre.

“C - DOMINIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

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

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados” (OE, 2019, p. 4748)

COMPETÊNCIA DE MESTRE

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;

A prática de enfermagem implica diariamente uma gestão, proporcional, adequada, racional e equitativa de recursos humanos e materiais. Logo se depreende que a gestão é responsabilidade de todos os enfermeiros e no caso particular do EE com competências diferenciadas, acrescem mais responsabilidades. Nesse sentido, o EEEMCPSC, dada a complexidade dos cuidados à PSC, assume a responsabilidade pela gestão de cuidados de forma abrangente, tanto da equipa que gere como da pessoa que cuida.

Os enfermeiros desempenham um papel importante para o sucesso das organizações de saúde. São responsáveis pela gestão, qualidade e sustentabilidade, bem como pela definição de objetivos de saúde e de desenvolvimento sustentável. Nas funções de gestão estabelecem estratégias que orientam as suas ações profissionais, criam ambientes favoráveis à prática de enfermagem e apoiam o desenvolvimento organizacional. O desenvolvimento de competências para a gestão eficaz das organizações de saúde é essencial, especialmente quando esses papéis são fundamentais para a prática de enfermagem (Perez-Gonzalez et al., 2024).

Durante o estágio na UCIC, no que se refere à gestão de cuidados, participámos no processo de realização de cateterismos cardíacos na UHCI e angioplastias com colocação de stent, o que permitiu aprofundar a compreensão sobre estes procedimentos e nos obrigou a gerir os cuidados identificando prioridades de forma que os procedimentos fossem realizados em tempo útil. Colaborámos nos cuidados em exames complementares de diagnóstico, como ecocardiograma de sobrecarga e

transesofágico, assegurando a vigilância do doente, a monitorização eletrocardiográfica e a administração de fármacos, incluindo midazolam e dipiridamol. Embora a nossa prática profissional diária nos proporcione algumas competências nesta área, a experiência direta num ambiente e métodos de trabalho diferentes, permitiu comparar e refletir criticamente, possibilitando o desenvolvimento de competências novas.

O enfermeiro orientador, com funções de chefe de equipa na maioria dos turnos realizados, possibilitou-nos não apenas observar, mas também partilhar e justificar as decisões tomadas relativamente à dinâmica inerente à função. Em virtude da alta casuística e taxa de ocupação da UCI, esta função de responsável de turno revela-se um fator fundamental para o funcionamento eficaz e eficiente em termos de recursos alocados, e principalmente na gestão de processos e prioridades. Apesar da carência de recursos humanos, tem-se agido em conformidade com as recomendações de dotações seguras emitidas pela OE (2019). No entanto, devido à limitação de recursos materiais e físicos, considerando que os recursos são finitos, como o número de camas disponíveis, existem momentos em que a capacidade da unidade atinge o seu limite, não sendo possível receber mais PSC, mesmo que necessitem urgentemente desse tipo de cuidados especializados. Esta situação obriga, por vezes, à reorganização da unidade e à transferência de PSC para outras unidades ou ao adiamento de admissões até que haja disponibilidade.

Acompanhar o enfermeiro orientador e observar outros enfermeiros responsáveis de turno, permitiu-nos comparar diferentes formas de decisão e isso proporcionou uma aprendizagem enriquecedora. Essa experiência permitiu-nos compreender a eficiência de métodos de gestão diferente que permitem o adequado funcionamento de um ambiente complexo, inerente à PSC. Ainda neste âmbito observámos as estratégias utilizadas e as decisões tomadas pelo enfermeiro responsável de turno, no sentido de garantir que sejam cumpridas, entre outras, as medidas de prevenção e controle de infeção.

A responsabilidade do enfermeiro, enquanto princípio orientador, centra-se nas decisões tomadas e nas ações que pratica ou delega. Neste contexto, desenvolvemos a capacidade de decisão, de atuar ou de delegar, com base em conhecimentos fundamentados cientificamente e em princípios éticos (OE, 2015a).

Considera-se pelo anteriormente exposto e fundamentado ter adquirido e desenvolvido as competências previstas.

“D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2019, 4749).

COMPETÊNCIA DE MESTRE

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

O EE no exercício da sua profissão deve usar “(...) os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”, segundo o artigo 76.º dos deveres em geral do Estatuto da OE (OE, 2015^a, p. 30).

O estágio em dois serviços, UCIC e UCIP, enquanto estudante revelou-se um desafio enriquecedor, repleto de momentos de aprendizagem e reflexão pessoal. A complexidade inerente à prática clínica nestes contextos, marcada pela presença de equipas multidisciplinares e pela dinâmica exigente e especializada, gerou num primeiro momento um misto de apreensão e expectativa. A consciência da responsabilidade e a necessidade de corresponder às exigências impostas pelo contexto como pelos profissionais que dele fazem parte contribuíram para um sentimento inicial de insegurança. Este receio, por sua vez, despertou-nos uma reflexão sobre as nossas capacidades e limitações, criando a oportunidade para o desenvolvimento de competências.

A insegurança inicial, embora desconfortável, foi determinante para estimular a autocritica e incentivar uma abordagem proativa na busca de conhecimento e competências. Reconhecer as limitações não foi um processo fácil, pois a nossa prática diária é no âmbito do doente crítico, contudo, esta consciência permitiu-nos encarar as dificuldades com uma perspetiva construtiva.

No ambiente extra-hospitalar, a nossa atuação garante o suporte integral à pessoa, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local de ocorrência, até à unidade de saúde de referência, garantindo a continuidade de cuidados.

A demora de cuidados prestados por enfermeiros à PSC no contexto extra-hospitalar, pode resultar num aumento significativo do risco de deterioração do estado clínico de vítimas de emergência média ou trauma. A falta de uma intervenção especializada pode comprometer a estabilização inicial, atrasar o início de medidas terapêuticas fundamentais e agravar as complicações associadas à condição da vítima (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), é o organismo Público em Portugal Continental que coordena o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), composto por um conjunto de meios de emergência com diferentes níveis de diferenciação. O SIEM tem como principal objetivo garantir a prestação de cuidados de emergência médica às vítimas de acidente ou doença súbita, assegurando uma resposta rápida e eficiente desde o local da ocorrência até à unidade de saúde mais adequada (INEM, 2013).

Além da coordenação dos meios operacionais, o INEM é responsável pela formação de profissionais na área da emergência médica, pelo desenvolvimento de protocolos clínicos e pela gestão dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que recebem e processam as chamadas de emergência médica através do número europeu 112 (INEM, 2020).

O meio de Suporte Imediato de Vida (SIV) insere-se num nível intermédio e a Viatura de Emergência e Reanimação (VMER) no nível mais alto de diferenciação dentro do SIEM, ambos desempenhando um papel importante na resposta a situações de urgência e emergência. A atuação é baseada em protocolos complexos e altamente especializados de intervenção, garantindo uma abordagem sistematizada e eficaz na estabilização da PSC. No contexto de SIV, o enfermeiro assume a função de líder da equipa, coordenando as decisões clínicas e garantindo a execução adequada das medidas terapêuticas necessárias (Despacho n.º 5561/2014, 2014), enquanto na VMER a liderança cabe ao médico enquanto elemento mais diferenciado.

De acordo com o regulamento 367/2015, aos enfermeiros compete o reconhecimento da PSC que necessita de uma intervenção urgente, pelo risco aumentado de instabilidade do seu estado clínico. Neste processo de avaliação, a componente subjetiva, que decorre da experiência clínica e do julgamento crítico do enfermeiro, exerce uma influência na interpretação das alterações dos parâmetros vitais e dos sinais e sintomas observados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A identificação da PSC, no contexto extra hospitalar, otimiza o processo de referência hospitalar, colocando a vítima certa no hospital certo, permitindo também antecipar o tratamento antes da chegada ao serviço de urgência (SU).

Esta premissa favorece a PSC que necessita de cuidados intensivos e apresenta condições clínicas que são sensíveis ao tempo, como as lesões traumáticas graves, doenças cardiovasculares agudas e paragem cardiorrespiratória (Ribeiro, 2020).

A reintegração dos enfermeiros no centro de orientação de doentes urgentes, realizado em novembro de 2024, representa um avanço significativo na qualidade e gestão das emergências médicas, na capacidade de resposta e melhora a eficiência na tomada de decisão, beneficiando tanto os profissionais de saúde como os cidadãos, nomeadamente a PSC.

A presença de enfermeiros no CODU constitui uma mais-valia na deteção precoce de situações emergentes e Vias Verdes nas chamadas telefónicas. A sua formação diferenciada/especializada e a experiência em triagem, permite-lhes identificar com maior rapidez situações de risco elevado, como o acidente vascular cerebral, a síndrome coronária aguda, trauma ou sépsis, permitindo uma atuação imediata e a utilização ou mobilização correta de recursos. A intervenção precoce contribui para a redução de sequelas e melhora o prognóstico da PSC (Despacho n.º 13562/2024, 2024). Adicionalmente, a capacidade de aconselhamento das equipas no terreno será amplamente beneficiada pela presença dos enfermeiros no CODU. A experiência prática adquirida em contexto hospitalar e extra-hospitalar permite-nos orientar as equipas de emergência com base em protocolos atualizados e evidência científica, assegurando um suporte adequado a situações complexas. Este apoio facilita a implementação de procedimentos apropriados e reforça a segurança da PSC e dos profissionais envolvidos.

Outro aspeto fundamental é o apoio prestado ao médico na tomada de decisão, especialmente em momentos de elevada carga horária de trabalho. A nossa colaboração, sustentada numa abordagem que valoriza a complementaridade de competências entre profissionais, permite mitigar este efeito, garantindo que as decisões sejam tomadas com base numa análise mais equilibrada e em conformidade com as boas práticas clínicas.

A fase inicial da segurança do doente ocorre no atendimento da chamada, onde a triagem telefónica desempenha um papel determinante. Os operadores, frequentemente técnicos de emergência pré-hospitalar, utilizam um sistema

informático, o *Telephonic Triage and Counseling System* (TETRICOSY), que permite identificar a gravidade da situação, reconhecer sinais de alerta e enviar os meios adequados à situação. A identificação precoce de patologias, tempo dependentes, como o AVC, o EAM, a Sépsis ou Trauma, permite a mobilização célere dos meios adequados e otimiza o prognóstico do doente (Leal, 2022).

A segurança do doente no âmbito pré-hospitalar, é na nossa prática, assegurada até à chegada à unidade de saúde adequada, sendo concluída com a transferência eficaz da informação, através da ferramenta ISBAR entre a equipa pré-hospitalar e os profissionais da unidade de saúde.

A avaliação, incluindo intervenções realizadas, resposta ao tratamento e evolução do estado clínico, permite uma abordagem mais eficiente e direcionada. A utilização do INEM Tool for Emergency Alert Medical System (iTEAMS) enquanto sistema digital de registo e comunicação integrada entre os serviços de emergência e hospitais contribui para a redução de erros e otimiza a segurança da PSC (Departamento de Emergência Médica INEM [DEM], 2019).

Prestamos diariamente cuidados à PSC quando as transportamos, reconhecendo que estas, apresentam um estado clínico mais grave, com scores de gravidade mais alto e mais falência de órgãos, do que aquelas que se deslocam por meios próprios ao SU.

Demonstra-se assim que as equipas pré-hospitalares diferenciadas têm um impacto significativo nos resultados da PSC. A suspeita de sépsis pelas equipas de emergência extra-hospitalar está associada a um menor atraso na adesão ao tratamento da sépsis (Loza-Gomez et al., 2021).

No âmbito da operacionalização da Via Verde Sépsis nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), e em conformidade com os pontos 2 e 3 da Norma n.º 010/2016 de 30/09/2016, atualizada a 16/05/2017, da Direção-Geral da Saúde, documento co-proposto pelo INEM, a avaliação inicial na abordagem à PSC com suspeita de sépsis, inclui a pesquisa sistemática de sinais e sintomas sugestivos de sépsis, nomeadamente: alteração da temperatura corporal (igual ou superior a 38°C, ou inferior a 35°C, considerando que a PSC sob efeito de antipiréticos podem apresentar normotermia), suspeita clínica de infeção, critérios de inflamação sistémica e critérios de gravidade clínica.

Na presença de hipotensão arterial (pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg), inicia-se a administração de solução polieletrólítica simples. Em adultos, o bólus

recomendado é de 250 ml até um máximo de 20 ml/kg, tendo como objetivo atingir uma TAS de 90 mmHg ou uma PAM de 65 mmHg.

Após a administração do bólus inicial, a PSC deve ser reavaliada e a informação clínica transmitida ao Médico Regulador (MR), de acordo com a metodologia estruturada ISBAR. Em articulação com o MR, deve ser definida a necessidade e disponibilidade de apoio médico, o encaminhamento hospitalar e a estratégia terapêutica subsequente. Caso o tempo estimado de chegada ao serviço de urgência ultrapasse os 30 minutos e a PSC mantenha sinais de choque após o primeiro bólus de fluídos – nomeadamente confusão ou alteração aguda do estado de consciência, tempo de preenchimento capilar superior a dois segundos e hipotensão – deve ser realizada uma segunda infusão de solução polieletrolítica simples até ao máximo cumulativo de 30 ml/kg entre o 1º e 2º bólus. Nos adultos, caso se justifique, deve ser iniciada perfusão com noradrenalina (5 mg diluída em 50 ml de dextrose a 5% em água), através de um catéter venoso periférico de calibre 18G, colocado na localização mais proximal possível. A perfusão deve ser iniciada à velocidade de 4,5 ml/h por via endovenosa, ajustada para manter uma pressão arterial média igual ou superior a 65 mmHg, com monitorização da pressão arterial a cada cinco minutos.

Durante o transporte, deve ser assegurada vigilância contínua dos seguintes parâmetros: estado de consciência, eletrocardiograma, sinais vitais, saturação periférica de oxigénio e presença de sinais de gravidade.

Para que um caso suspeito possa ser considerado elegível para a Via Verde Sepsis, é necessário excluir determinados critérios. Os critérios de exclusão atribuídos ao enfermeiro SIV incluem défice motor-sensitivo agudo, gravidez, hemorragia digestiva alta, PSC politraumatizada ou com queimaduras. Os critérios de exclusão exclusivos do Médico Regulador incluem PSC sem reserva fisiológica ou com limitação terapêutica previamente definida, estado de mal asmático, insuficiência cardíaca descompensada e síndrome coronário agudo.

Por fim, deve ser solicitado apoio médico assim que possível nas seguintes situações clínicas: via aérea não resolvida, necessidade de suporte respiratório, hipotensão refratária ao bólus inicial de solução polieletrolítica e score de Glasgow inferior a 8 ou diminuição de dois pontos face à avaliação anterior.

A segurança do doente é um processo dinâmico e multifatorial que se inicia na chamada telefónica e se mantém até à sua transferência na unidade de saúde mais adequada. A correta triagem, a atuação eficiente das equipas no terreno, a vigilância rigorosa

durante o transporte e a comunicação eficaz entre os diferentes intervenientes do sistema são pilares fundamentais para garantir um percurso seguro e uma abordagem centrada na qualidade dos cuidados prestados. Toda esta competência, formação e anos de experiência na Emergência Médica e urgência permitiram-nos o reconhecimento e a creditação ao estágio de urgência.

Aos EE, exige-se um compromisso constante com a atualização de conhecimentos, através da formação, de modo a desenvolver as competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, necessárias à prestação de cuidados de saúde equitativos aos doentes (OE, 2015a).

Nesse sentido, a pesquisa de literatura científica sobre temas relacionados com o doente crítico tornou-se uma prática indispensável. A consulta regular de estudos, artigos e manuais não só ampliou o nosso conhecimento teórico como também fundamentou a prática, proporcionando-nos maior segurança na abordagem de desafios diários.

Essa busca constante por informação permitiu-nos adquirir ferramentas e conhecimentos para interpretar situações complexas e discutir soluções com os enfermeiros orientadores, consolidando a ponte entre a teoria e a prática.

Manter-se continuamente atualizado permite ao enfermeiro defender e respeitar a vida, considerando-a inviolável, em conformidade com o estabelecido no artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e no artigo 24º da Constituição Da República Portuguesa (CRP), (2005), preservando a dignidade inerente ao ser humano.

A prática baseada em evidência (PBE) em enfermagem, refere-se à integração da melhor evidência disponível, experiência clínica e preferências do doente na tomada de decisões sobre o cuidado. Envolve o uso de pesquisa científica, experiência clínica, e consideração da vontade do doente para orientar a prática, assegurando intervenções baseadas nas melhores evidências disponíveis, levando ao aumento da segurança do doente e melhores resultados.

No decurso do estágio na UCIP, acompanhámos a equipa de emergência médica Intrahospitalar (EEMIH) numa situação de sépsis ocorrida no internamento de Pneumologia. A situação teve início na sequência da ativação da referida equipa devido ao agravamento súbito do estado clínico de uma PSC que, à chegada da EEMIH, se encontrava inconsciente, hipotensa e com sinais evidentes de disfunção orgânica múltipla. Ao chegar ao local, foi possível não só observar a dinâmica da EEMIH, como

também integrar a equipa, onde o médico enquanto *Team-Leader*, definiu as estratégias e delegou as competências. A prioridade passou imediatamente por garantir a permeabilidade das vias aéreas, a estabilização hemodinâmica e a monitorização contínua dos parâmetros vitais, seguindo a abordagem ABCDE. A avaliação inicial sugeria um quadro compatível com sépsis de provável origem respiratória, dado o contexto clínico subjacente e a presença de sinais sugestivos de infeção pulmonar. Durante a intervenção, foi realizado sedoanalgesia, intubação e ventilação mecânica, realizado colheitas laboratoriais e iniciada terapêutica empírica com antibióticos de largo espectro. Paralelamente, foi iniciada a expansão volémica com soluções cristalóides e necessidade de iniciar vasopressores, com posterior a transferência para a UCI. Tendo em conta a gravidade do quadro e a necessidade de vigilância e tratamento contínuos num ambiente diferenciado, este episódio permitiu-nos consolidar conhecimentos teórico-práticos sobre a abordagem sistematizada da sépsis em contexto hospitalar e reforçou a importância da atuação célere e coordenada de equipas multidisciplinares na resposta a situações de emergência.

Toda a atividade e intervenções realizadas por esta equipa, foram registadas de forma organizada e detalhada num único documento (Anexo I) exclusivo desta equipa, garantindo que todas as ações fiquem corretamente documentadas.

Paralelamente, a partilha e a discussão de experiências com os enfermeiros orientadores assumiram um papel determinante neste processo. Estes momentos de interação foram marcados por uma troca de saberes e experiências que foram além da competência técnica, incluindo reflexões críticas e orientações práticas que enriqueceram o nosso percurso. A disponibilidade e o apoio dos orientadores não só ofereceram segurança e amparo, como também serviram de modelo de atuação profissional, evidenciando a importância do trabalho em equipa e da comunicação eficaz nos contextos de saúde.

A experiência de participar ativamente em serviços complexos e exigentes, embora inicialmente desafiante, transformou-se numa oportunidade única de desenvolvimento pessoal e profissional. Cada dificuldade encarada, cada pesquisa realizada e cada conversa partilhada representaram etapas fundamentais na construção da nossa identidade enquanto futuro EE.

A participação em 2024 no *World Sepsis Congress* (Anexo II) e em 2025 no *World Sepsis Congress* (Anexo III) e no *THE SILENT THREAT OF SEPSIS: The critical role of nurses in Sepsis management* (Anexo IV), deu-nos acesso a informação

científica atualizada, podendo aprofundar o conhecimento sobre os mais recentes avanços clínicos, terapêuticos e organizacionais relacionados com a sépsis a nível mundial. Esta participação fomentou o desenvolvimento contínuo das competências, permitindo incorporar práticas baseadas na evidência no quotidiano profissional, que se mostraram determinantes para uma atuação eficaz no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da sépsis e na implementação célere de intervenções adequadas, respeitando as orientações nacionais.

A participação nestas iniciativas globais, juntamente com a realização de formação académica e profissional, nomeadamente a atualização do protocolo de SIV (Anexo IV), posiciona-nos enquanto agente ativo na luta contra a sépsis, garantindo que cada pessoa afetada por esta doença receba cuidados oportunos, adequados e fundamentados na melhor evidência disponível. A atuação, sustentada na evidência, é determinante para melhorar os resultados em saúde e reduzir a mortalidade associada à sépsis.

O EE tem o dever e o direito a condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional, sendo este último também um valor profissional, perspetivado para garantir a prestação de cuidados de excelência, à luz da evidência e conhecimentos mais recentes (OE, 2015a).

Tendo como fundamento as premissas anteriormente apresentadas, podemos afirmar que foram adquiridas as competências previstas no âmbito deste domínio. As mesmas representam um aprofundamento das capacidades reflexivas, relacionais e éticas, fundamentais para o exercício de uma prática profissional de excelência.

2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Conforme o Regulamento nº 429/2018, as competências específicas do EEEMCPSC incluem: “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação e Maximizar a intervenção na prevenção e controlo

de infecção 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.” Dando continuidade ao anteriormente referido neste relatório, mantivemos como referência durante os estágios, os PQCEEPSC na aquisição e desenvolvimento das supracitadas competências.

Competência específica 1 - Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Face à complexidade intrínseca às situações de saúde que envolvem a PSC com doença grave e/ou falência orgânica, bem como à sua família e ou pessoa significativa, torna-se fundamental que o EE desempenhe um papel ativo na mobilização de um vasto leque de conhecimentos que lhe permita compreender e intervir perante uma PSC. A capacidade de atuar em tempo útil é essencial, uma vez que as situações críticas requerem decisões eficazes e eficiente (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Benner, (2001), menciona que o conhecimento prático é progressivamente adquirido através da prática profissional e da aprendizagem sustentada na experiência. Como já anteriormente referido, adapta o Modelo de Dreyfus para abordar o desenvolvimento de conhecimentos e competências pelos enfermeiros, enfatizando a importância de profissionais especializados nesta área “para modelar as transições dinâmicas entre o conhecimento pessoal e a situação clínica” (Benner, 2001, p. 38).

Os estágios na UCIC, UHCI e UCIP, foram uma oportunidade de desenvolver competências de enfermagem especializadas, no contexto da PSC com sépsis. Embora a nossa prática diária, na Emergência Extra-Hospitalar seja parte integrante do contexto da PSC, reconhecemos que o nosso nível de competência, no início deste percurso não correspondia às exigências do ambiente numa UCI. Não sendo principiantes, uma vez que possuímos conhecimentos e experiência prévia que sustentavam a nossa capacidade de análise e tomada de decisão e a prestação autónoma de cuidados em determinadas situações, com uma abordagem global e holística da PSC, este novo contexto apresentou-se como um desafio distinto. A realidade com que nos deparámos é diferente da que estamos habituados, caracterizada pelo uso de materiais especializados e pela necessidade de cuidados técnicos altamente específicos. O apoio dos enfermeiros orientadores foi fundamental

nesta fase, proporcionando apoio e suporte para nos adaptarmos a uma nova realidade de cuidados. Só assim foi possível evoluir e tornar-nos competentes neste contexto, na medida em que conseguimos demonstrar a capacidade de “lidar com muitos imprevistos, que são inerentes à prática de enfermagem” (Benner, 2001, p. 54), apresentando a resiliência e a flexibilidade necessárias para agir em ambientes complexos.

Enquanto estudante durante o processo de aprendizagem clínica, realizámos um trabalho contínuo e demonstrativo das competências e conhecimentos adquiridos na fase teórica do Mestrado em Enfermagem e na experiência profissional anterior. É referido por Benner que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, do conhecimento e da competência, para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p. 14).

A maioria das PSC que cuidámos, inserem-se na definição de doente crítico, previamente apresentado e apresentam condições de elevada complexidade que requerem intervenções rápidas, eficientes e baseadas na evidência. A gestão clínica do doente crítico é diretamente influenciada por fatores tempo-dependentes, já que atrasos no reconhecimento de alterações no estado fisiológico ou na implementação de intervenções podem comprometer os outcomes. A má gestão da deterioração aguda na PSC pode levar a mortes potencialmente evitáveis (Difonzo, 2017).

No âmbito do exercício clínico, o EE experiencia e desenvolve a interação com a PSC e família, que vivenciam processos de transição relacionados com a saúde-doença, desenvolvimento ou situacionais. Nesta interação identifica, em parceria com os envolvidos, as necessidades existentes, promovendo uma atitude que privilegia “uma abordagem compreensiva da realidade” (Alarcão e Rua, 2005, p.80 cit. em Mendes, 2016). Garante-se assim que “as práticas do Cuidar sejam baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto” (Benner, 2001, p. 12).

A PSC com sépsis, pela sua gravidade e imprevisibilidade, gera um elevado impacto emocional aos familiares e a presença do EE permite um acompanhamento que alia conhecimento e competência técnica a uma postura empática e humanizada. Manifestámos esta atitude com a escuta ativa, a validação dos sentimentos dos familiares e a capacidade de comunicar com sensibilidade, respeitando os tempos e as reações de cada pessoa. Ao mesmo tempo, atuámos como elo de ligação entre a equipa de saúde e a família, facilitando a compreensão da situação clínica, traduzindo a

linguagem técnica e garantindo que os familiares se sentissem integrados no processo de cuidados.

Durante a interação com a família, tivemos o cuidado de cumprir o dever de informação (artigo 105 da lei nº 156/2015), prestando esclarecimentos claros e assegurando o acesso à informação relevante, tanto à PSC como aos seus familiares e pessoas significativas, respeitando o seu consentimento. Os cuidados prestados, respeitaram a intimidade da PSC (artigo 107.º da lei nº 156/2015), recorrendo ao uso de biombo e cortinas para garantir a exposição corporal mínima e apenas quando necessário. Cumprimos sempre o dever de sigilo profissional (artigo 106º da lei nº 156/2015), partilhando informação sobre a PSC apenas com os profissionais envolvidos no plano terapêutico, assegurando assim a continuidade e qualidade dos cuidados (OE, 2015a).

Segundo a OE, (2015^a, p. 97), “ só é possível fomentar a humanização se o ambiente for humanizador. O desafio para o enfermeiro é criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas sobretudo desenvolver na equipa de profissionais uma cultura de humanização”. É esperado que numa “equipa em que cuidar do outro é uma prioridade, todos desenvolvam capacidades, todos se humanizam. Numa equipa moralmente evoluída, a preocupação pelo outro vulnerável origina uma resposta eficiente às necessidades” (OE, 2015^a, p. 98).

Estabelecer uma relação com o outro é o ponto de partida para o ato de cuidar, sendo a forma como essa relação se constrói um reflexo da arte de cuidar. Do ponto de vista formativo, criar essa ligação com o outro é uma competência essencial, ao mesmo nível que o julgamento clínico e a autonomia moral. Além disso, relacionar-se com o outro é também condição indispensável para o desenvolvimento humano (Phaneuf, 2005).

Durante o estágio, um dos objetivos foi a inclusão da família nos cuidados à PSC com sépsis em todas as fases do processo, promovendo a segurança, continuidade e humanização dos cuidados de enfermagem. A adoção de uma abordagem comunicacional clara, facilitou a compreensão da situação clínica e o envolvimento da família na tomada de decisões. Simultaneamente, é importante identificar e apoiar necessidades emocionais, reduzindo o impacto psicológico da doença. Durante o internamento, a capacitação da família para os cuidados é indispensável, através de intervenções educativas que favoreçam a compreensão, a autonomia, a prevenção de complicações e a gestão eficaz da recuperação.

Phaneuf (2005), define a comunicação como um “processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (Phaneuf, 2005, p. 23).

As condições da PSC com sépsis, na UCI, podem limitar a realização plena de competências relevantes para a enfermagem, como a comunicação e relação, uma vez que o doente pode estar incapacitado de interagir tanto com os profissionais de saúde como os familiares.

As unidades de cuidado ao doente crítico caracterizam-se por um ambiente altamente tecnológico, frequentemente agressivo, impessoal e com acesso limitado a familiares e amigos. A humanização dos cuidados nestes contextos não se resume a permissão de visitas, mas implica o desenvolvimento de uma relação de confiança e apoio, onde o EE assume a responsabilidade de reconhecer atempadamente as necessidades dos familiares e atendê-las de forma adequada (Pestana, 2017).

Esta monitorização e toda a envolvência tecnológica que rodeia a PSC com sépsis, exige do EE uma atenção particular muitas vezes antecipando as questões relativas a este ambiente.

A UCIP caracteriza-se pela complexidade das situações clínicas que a compõem, dispondo de monitorização multimodal, importante em contextos de instabilidade fisiológica. Esta monitorização permite uma avaliação contínua de múltiplos parâmetros, como a função respiratória, a função hemodinâmica, a pressão intracraniana (PIC) e a pressão de perfusão cerebral (PPC), sendo esta última dependente do equilíbrio entre a PIC e a pressão arterial média (PAM). A monitorização destas variáveis permite identificar alterações que podem ser indicativas de deterioração aguda da PSC com sépsis e que envolvem uma ação rápida, multidisciplinar e coordenada para prevenir outcomes negativos. Atitudes terapêuticas como a proteção da via aérea com recurso a intubação endotraqueal e ventilação mecânica, o ajuste dos modos ventilatórios adequados a cada situação clínica, o recurso a gasimetria para controlo dos diferentes parâmetros, a gestão hemodinâmica incluindo o uso de drogas vasoativas, inotrópicas e cronotrópicas, e/ou o uso de cardioversão elétrica/química, foram frequentemente realizadas na abordagem à PSC. Na UCIC, foi admitida uma PSC em choque cardiogénico com necessidade de monitorização e de estabilização das funções vitais e durante a colocação de linha arterial e CVC, entrou em paragem cardio-respiratória. Este momento permitiu instituir medidas de suporte avançado de vida (SAV), colocando em prática as

competências e conhecimentos adquiridos previamente, e trabalhar com a equipa multidisciplinar na prática de SAV em ambiente especializado. Considera-se atingido o critério 1.1.4 “Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (...)”, definido no Regulamento n.º 429/2018, (2018, p. 19363).

Nos doentes neurocríticos, a monitorização da PPC e da PIC permite que sejam antecipados focos de instabilidade fisiológica, importante para a prevenção da lesão cerebral secundária. Neste contexto, a utilização de intervenções farmacológicas (como diuréticos osmóticos e sedativos) e não farmacológicas (elevação da cabeceira e controlo rigoroso do volume intracraniano), torna-se essencial para prevenir lesões neurológicas irreversíveis. A análise dos parâmetros monitorizados foi realizada em conjunto com a avaliação clínica da PSC para a tomada de decisões terapêuticas adequadas e não de forma isolada. A experiência clínica, a capacidade de reconhecer padrões e de adaptar as intervenções às necessidades da PSC, foram elementos importantes para uma tomada de decisões eficiente.

Em doentes neurocríticos o uso de escalas como o *Modified Early warning score - Sepsis Recognition Score* e o *Modified Early Warning Score* permitiram identificar a deterioração precoce da PSC, mas no âmbito específico da sépsis, elas são menos credíveis na identificação de uma nova infeção ou sépsis, associando-se a uma maior mortalidade intra-hospitalar (Hester et al., 2021).

Nos doentes com sépsis, as complicações neurológicas, englobam ainda alterações prolongadas no nível de consciência, convulsões, compromisso cognitivo persistente e défices focais resultantes de acidentes vasculares cerebrais ou hemorragia intracraniana. Tais complicações estão relacionadas com um aumento significativo da morbidade e mortalidade (Fan et al., 2024).

Como se depreende, na PSC com sépsis, a identificação precoce de instabilidade e a resposta eficaz, conforme descrito nas competências do EEEPSC (OE, 2018), assume relevância e é evidenciada pela capacidade do EE em reconhecer a instabilidade da PSC, nomeadamente a deterioração do estado neurológico, a elevação da PIC, ou alterações hemodinâmicas ou metabólicas. A capacidade de agir rapidamente, de forma coordenada e com base em evidências científicas, assegura que a PSC, receba o tratamento adequado minimizando o risco de sequelas graves ou mesmo a morte.

Na UCIC e na UCIP, existem numerosos protocolos específicos para cada situação. Face a esta diversidade existente, optou-se por dar prioridade à sua adequação às situações clínicas concretas, garantindo a monitorização a prevenção de efeitos secundários e

intercorrências relacionadas. Os protocolos de delirium, analgesia e sedação, nos quais se definem objetivos específicos e ajustados à situação clínica da PSC, são alguns exemplos, que evidenciam a responsabilidade do enfermeiro na gestão e titulação dos ritmos de perfusão, com o intuito de atingir os resultados esperados, minimizando simultaneamente as intercorrências.

De acordo com Hall et al., (2020) a reanimação de uma PSC *in extremis*, ocorre em circunstâncias caóticas com um quadro clínico incompleto, exigindo uma rápida tomada de decisão. Nessas situações, a memória e a cognição são prejudicadas, o desempenho diminui e as distrações interrompem as ações planejadas. O stress e a fadiga também reduzem o raciocínio cognitivo. Os mesmos autores demonstraram que seguindo protocolos, os profissionais reduziram acima de metade a taxa de erro. Isso é importante porque o uso de protocolos melhora o desempenho humano em ambientes complexos e pode ainda reduzir a taxa de erro nessas situações (Hall et al., 2020).

Na UCI a dor e a agitação podem contribuir para o sofrimento da PSC, para além disso, as respostas à dor podem gerar aumento da necessidade de oxigénio, libertação endógena de catecolaminas e hipermetabolismo que pode retardar a recuperação da PSC. Os analgésicos e sedativos são constantemente administrados para mitigar esses efeitos nocivos, mas devem ser ponderados contra os efeitos nocivos da sedação profunda que incluem fraqueza muscular, delírio, ventilação mecânica prolongada e mortalidade (Delbaere et al., 2010).

Nesse sentido, recomenda-se a monitorização sistemática da dor na UCI (OE, 2008). A DGS no uso das suas competências reconheceu a dor como 5º sinal vital desde 2003 (DGS (Direção Geral da Saúde), 2003) e a OE publicou o guia de boas práticas que destaca a gestão da dor como um dever dos enfermeiros e um indicador de excelência na prática profissional. O controlo da dor é globalmente reconhecido como um direito da PSC e uma responsabilidade inalienável dos enfermeiros.

Nos contextos clínicos onde realizámos os estágios, ao prever que um procedimento seria doloroso, era administrado analgesia, normalmente opioide forte de ação rápida, e/ou aumentada a taxa de infusão do analgésico, para atenuar a dor. As intervenções não farmacológicas de controlo da dor, embora complementares, não foram negligenciadas nos cuidados à PSC. Devido à imobilidade física constante e de forma prolongada, a PSC apresenta frequentemente dor associada. A mobilização regular e o posicionamento permitem atenuar a dor e providenciar o conforto (Barr et al., 2013).

Utilizámos a escala numérica para avaliar a dor da PSC, e no doente ventilado e/ou com depressão do estado de consciência, a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS). A correta gestão da dor, se presente, é uma obrigação e um dever. Considerando a ideia de gestão multimodal da dor e o protocolo de analgesia, administrámos terapêutica analgésica opióide e não opióide de forma endovenosa, em perfusão contínua ou em bólus e, quando justificado, a analgesia por via epidural quando essa via está disponível, avaliando a resposta, os possíveis efeitos secundários e intercorrências (Barr et al., 2013).

O conforto é entendido como a satisfação das necessidades humanas fundamentais em circunstâncias de saúde stressantes, proporcionando alívio, tranquilidade ou transcendência nos âmbitos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. O contexto físico refere-se às sensações e funções corporais do doente, enquanto o psicoespiritual abrange as necessidades emocionais e espirituais. O sociocultural relaciona-se com os valores, crenças e redes de apoio social, e o ambiental envolve fatores como o ruído, iluminação e temperatura. Kolcaba defende que esses quatro contextos estão interligados e devem ser considerados de forma integrada nos cuidados de conforto (Kolcaba, 1994).

No ambiente de UCI, promover o conforto da PSC é essencial para prevenir o delirium, uma vez que fatores como a dor, privação do sono, ruído e desorientação contribuem para o seu aparecimento. Promover um ambiente calmo, alívio da dor e o sono, permite mitigar e reduzir a incidência do delirium.

O delirium na PSC em UCI, tem uma relevância estimada em 60-80% dos internamentos e constitui um preditor negativo com impactos cognitivos e funcionais a médio e longo prazo. A monitorização e gestão do delirium, utilizando a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) (Anexo V), foi identificada como uma oportunidade de aprendizagem. A aplicação desta ferramenta, permitiu-nos identificar a presença ou ausência de delirium e agir em conformidade promovendo cuidados centrados no doente, contribuindo para o desenvolvimento de competências nesta área fundamental.

Pela fundamentação anteriormente exposta, considera-se a aquisição e desenvolvimento da primeira competência específica.

Competência específica 2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação

A Lei de bases da Proteção Civil em Portugal define catástrofe como “o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (DRE, 2006, p. 1). Devido à probabilidade de ocorrência de catástrofes de forma imprevisível, é recomendado às organizações de saúde efetuar, de forma organizada, diagnósticos periódicos da sua situação interna, visando a conceção de uma resposta de emergência para diferentes cenários (DGS, 2010) que poderão provocar desequilíbrios entre as necessidades e os recursos existentes (INEM, 2012).

Os enfermeiros desempenham papéis importantes em situações de catástrofe, atuando como *first responders*, agentes de triagem e prestadores de cuidados. No entanto a eficácia dos sistemas de saúde e da prestação de cuidados em situação de catástrofe depende da preparação das equipas, incluindo enfermeiros com competências e capacidades fundamentais para uma resposta rápida e eficaz. A experiência mundial em catástrofes e emergências, naturais e causadas pelo homem, reforça a necessidade de os enfermeiros estarem preparados para participar na preparação, resposta e recuperação de catástrofes ou emergências multivítimas (ICN, 2019).

Durante o período em que decorreram os estágios, não se confirmaram eventos ou processos classificados como catástrofe ou emergência multivítimas. No entanto, houve oportunidade de participar em atividades de conceção e treino do plano de resposta a situações de catástrofe ou emergência, a exemplo da Jornada Mundial da Juventude 2023, FerroExSilves, Tunes, 2023 e DECIR´2024 (Anexo VI). Participar nestes cenários e fazer parte destas experiências, permitiram-nos aferir procedimentos, consolidar competências, desenvolver e planear a atuação em situações de carácter excecional, potencializando uma tomada de decisão baseada nas melhores práticas e em concordância com o definido nos planos de emergência das organizações de saúde, contribuindo para a diminuição do risco de erro e maior possibilidade de sucesso. Os enfermeiros, enquanto grupo numeroso de profissionais diferenciados nas organizações de saúde, são uma classe indispensável para o desenvolvimento e dinamização dessa resposta.

Os exercícios de treino e programas de educação são essenciais para os enfermeiros de emergência permanecerem preparados e proficientes em lidar com os vários momentos da resposta à catástrofe, incluindo triagem, gestão de vítimas em massa, controle de infeções e procedimentos de evacuação (Olorunfemi & Adesunloye, 2024).

Além do treino para aquisição e consolidação desta competência, tanto a leitura como a reflexão sobre este tema foram uma prioridade. Alguns dos documentos considerados basilares na gestão de situações de catástrofe, a nível institucional, regional e nacional foram lidos. Analisámos o Manual de Resposta a Situações de Exceção, elaborado pelo (INEM, 2012), e a orientação da DGS 007/2010, (2010), de carácter mais conceptual, sobre a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Para compreender a estrutura e funcionamento da resposta nacional a situações de catástrofe, foi efetuado uma pesquisa sobre a sua organização. Destaca-se o Despacho n.º 4067 / 2024, (2024), que efetua a última alteração ao Sistema de Gestão de Operações (SGO), o Decreto-Lei n.º 90-A/2022, (2022) que aprova o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS), que descreve todo o sistema e declara que todos os agentes de proteção se articulam sob um comando único e também a Lei 80/2015 que procede à segunda alteração à Lei nº 27/2006 que aprova a Lei de Bases de Proteção Civil. Ainda neste contexto considerámos essencial conhecer os planos de resposta a situações de catástrofe a nível institucional e ao nível dos serviços onde estagiámos.

Devido à imprevisibilidade das situações de catástrofe ou emergência multivítima, a aplicação prática da competência mencionada depende de fatores imponderáveis que estão fora do nosso controlo, ainda assim, com base na fundamentação da participação em simulacros de catástrofe e emergência multivítima, consideramos ter desenvolvido a referida competência.

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

As orientações do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, especificamente no que diz respeito à concretização do objetivo estratégico 5.3 do Pilar 5, consiste em reduzir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos. Está estabelecida a meta de reduzir, pelo menos 30%,

a incidência de várias IACS, nomeadamente a da pneumonia associada à infeção (PAI), em cada unidade hospitalar ou unidade de saúde (Direção Geral da Saúde, 2022).

É de ressaltar a importância da intervenção do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC na conceção e implementação de projetos de melhoria continua da qualidade na área da prevenção e controlo de infeção, uma vez que, e tendo em consideração o regulamento de competências específicas, este é portador de competências que visam aumentar a sua intervenção na prevenção e controle da infeção perante a PSC ou em falência orgânica, respondendo em tempo útil às necessidades detetadas (Regulamento n.º 429/2018 OE, 2018).

Com base neste enquadramento, para além da consulta destas fontes de informação fidedignas já citadas, considerando os contextos específicos dos Estágios, considerámos pertinente concretizar uma pesquisa dos documentos normativos sobre esta área de cuidados. Deste modo, considerando que atuamos num ambiente distinto, a Emergência Extra-Hospitalar, o estágio foi uma oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre a prevenção e controlo de infeção, cuja relevância reconheço.

Dado o avanço da evidência científico nas áreas das infeções e campos afins, a Direção Geral de Saúde emite, avalia e revê regularmente as normas e recomendações para a prática clínica. Entre estas, destacam-se os diferentes feixes de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2022c), da prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central (DGS, 2022a) e da prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter urinário (DGS, 2022b). Tais normas requerem uma adaptação cuidadosa à prática clínica e, no âmbito deste relatório, exercem uma influência significativa na prática especializada de enfermagem direcionada aos cuidados à PSC com sépsis.

A interação entre a sépsis e a disfunção cardíaca no contexto de choque séptico também evidencia a importância da prevenção de complicações cardiovasculares associadas, como a hipotensão e a hipoperfusão tecidual, que podem levar a isquémia miocárdica e falência multiorgânica (Rosalino, 2021).

Neste contexto, conhecemos as recomendações da Unidade Local de Saúde (ULS), em concordância com a Direção Geral de Saúde (DGS), e os protocolos relacionados com a infeção, prevenção e controlo, e também analisámos os procedimentos específicos que incorporam as boas práticas essenciais à abordagem desta temática.

Além disso, o estágio proporcionou-nos uma oportunidade para refletir sobre prática e procedimentos que, devido à sua frequente repetição na prática profissional, tendem

a tornar-se sistematizados, muitas vezes sem a devida análise crítica e atualização baseada em evidências. Por exemplo, o “Feixe de Intervenções” para a prevenção da PAI, refere que a PAI é a infeção mais frequente adquirida em UCI (DGS, 2022c). A mesma pode ser evitável com a implementação indispensável de boas práticas, cabendo ao EEPSC, um papel fundamental na sua prevenção.

Para prevenir microaspirações, que constituem o principal mecanismo de colonização e infeção das vias respiratórias inferiores, encontra-se atualmente recomendado a utilização de octenidina. A prática de utilizar clorhexidina na higiene oral não é atualmente recomendada e é sustentada por um corpo significativo de evidências que revelou lacunas na evidência científica sobre a frequência, quantidade e método de aplicação deste agente (DGS, 2022c).

Outro aspeto importante, relativo à prática clínica e equacionado por um dos enfermeiros orientadores, foi a utilização de luvas esterilizadas para a aspiração de secreções das vias aéreas inferiores. Embora seja prática comum no campo de estágio e também no local de trabalho habitual, a pesquisa realizada evidenciou inconsistências nas recomendações existentes. A DGS (2015) indica o uso de luvas esterilizadas, enquanto a OMS (2009), não defende este aspeto de forma específica. De acordo com a norma da DGS (2015), a escolha do tipo de luvas deve basear-se na análise de risco realizada pelo profissional de saúde prévio ao procedimento, garantindo uma prática adaptada às necessidades individuais de cada doente.

A Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico (SPEDC) Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses (AESOP) Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTferidas) Associação Nacional Controlo de Infeção (ANCI) elaboraram em conjunto, um documento que recomenda o uso de luvas esterilizadas em procedimentos invasivos de risco intermédio ou elevado de contaminação onde se inclui a aspiração de secreções (AEOP, 2024).

Durante o estágio, tivemos a oportunidade de realizar de forma sistemática a aspiração subglótica em PSC com sépsis sob ventilação mecânica invasiva. Esse procedimento inicialmente foi realizado com supervisão do enfermeiro orientador e depois de forma autónoma. O método revelou-se eficaz na redução da pneumonia associada à intubação, conforme descrito por Mao et al., (2016), numa meta-análise. A técnica promove a diminuição de microrganismos no espaço subglótico, entre a glote e o balão da via aérea artificial. A experiência prática com este método resultou em avanços

importantes na aquisição de competências especializadas e na melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados.

Embora tenha havido uma reflexão e análise minuciosa, não negligenciámos as precauções básicas de controlo de infeções que, embora gerais, são importantes para a segurança do doente, profissionais e familiares. Lembrando o princípio de que “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco”, destaca-se a importância das atividades, que frequentemente subvalorizadas, são fundamentais para a segurança dos cuidados prestados. Embora as funções e procedimentos dos profissionais estejam definidos, ocasionalmente é necessário ajustá-los para responder às dinâmicas e necessidades específicas de uma UCI deste nível.

A OE defende que o EE tem um papel de máxima importância na sensibilização dos seus pares para a adoção de práticas corretas de prevenção e controlo de infeção uma vez que este “desempenha um papel ativo na supervisão e em auditorias internas às práticas dos profissionais de saúde no que concerne à prevenção e controlo de infeção (OE, 2018, p. 1).

Estima-se que pelo menos 20% das IACS possam ser prevenidas através de programas sustentados e multifacetados de prevenção e controlo de infeções, incluindo a vigilância das IACS ([ECDC], 2022).

Neste campo de ação, garantimos cuidados seguros e contribuimos para a prevenção de eventos adversos no âmbito dos cuidados por nós prestados à PSC.

A descrição, análise crítica e justificação das atividades realizadas durante o estágio, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EE, na área da PSC com sépsis, e das competências de ME, permite-nos afirmar que as mesmas foram adquiridas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório de estágio constitui uma reflexão aprofundada e fundamentada sobre o percurso académico realizado, englobando as diversas etapas concretizadas para a aquisição das competências inerentes ao EEEMCPSC, onde se integra também, uma reflexão e análise críticas, fundamentais para o processo de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O percurso, caracterizado pela aquisição de novos conhecimentos, habilidades e competências, imprimiu uma exigência intrínseca que fomentou simultaneamente o desenvolvimento pessoal e profissional. Este crescimento refletiu-se na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e à sua família, de uma forma global e com foco na PSC com sépsis de uma forma mais particular, promovendo uma prática mais humanizada.

O EE distingue-se pela capacidade de refletir criticamente sobre os cuidados prestados, alicerçando-se na experiência e na busca contínua da excelência, através de uma prática fundamentada em evidências científicas. A prática baseada na evidência representa um dos principais pilares da enfermagem, permitindo que a tomada de decisão se fundamente em dados científicos atualizados, garantindo cuidados mais eficazes, seguros e adequados às necessidades da PSC.

A investigação realizada ao longo deste percurso, permitiu-nos não apenas validar, mas também aperfeiçoar as intervenções existentes impulsionando a inovação e a criação de novas abordagens, contribuindo para a evolução do conhecimento na área. A especialização, por sua vez, ao aprofundar as competências técnicas e não técnicas em domínios específicos, permitiu-nos prestar cuidados diferenciados, assegurando uma resposta mais qualificada às exigências dos contextos de ação. A articulação entre a investigação e a especialização contribui para o crescimento da profissão, elevando a qualidade da prática e reforçando a importância da enfermagem.

No âmbito do exercício profissional, o EEEMCPSC enfrenta um desafio diário, devido à diversidade de contextos onde a sua intervenção se revela uma mais-valia. Este desafio é intensificado pelo aumento da complexidade das condições de saúde, pelo avanço das tecnologias e pela vulnerabilidade própria da PSC, que agrava e aumenta as necessidades. No entanto, são estas exigências constantes que impõem a necessidade de aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo de competências, sustentados por um processo de reflexão crítica e reconstrução permanente da

realidade e das experiências clínicas. Todo o processo depende, sobretudo, do compromisso e da resiliência do EE, sendo apenas através desta abordagem que se pode garantir uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros, fundamentais para a excelência clínica.

No contexto da sépsis, a atuação do EEEMCPSC é determinante, uma vez que esta patologia representa uma das principais causas de mortalidade em ambiente de cuidados intensivos, exigindo uma resposta célere, diferenciada e baseada na melhor evidência científica. A complexidade da sépsis, caracterizada por uma resposta desregulada do organismo a uma infeção, pode desencadear disfunções orgânicas graves, impondo uma abordagem sistemática e multidisciplinar, na qual o EEEMCPSC realiza intervenções importantes desde a vigilância clínica, à implementação de medidas terapêuticas, culminando com uma tomada de decisão fundamentada.

A deteção precoce da sépsis, é um fator determinante na redução da morbilidade e mortalidade associadas, sendo o EEEMCPSC um elemento-chave na identificação dos primeiros sinais e sintomas, na aplicação de escalas de avaliação e na implementação de feixes e protocolos institucionais para um tratamento eficaz. Este percurso permitiu-nos desenvolver a capacidade de avaliação crítico-reflexiva e não só reconhecer precocemente a deterioração clínica da PSC, mas também intervir atempadamente na estabilização hemodinâmica e na gestão da terapêutica antimicrobiana, garantindo a otimização da resposta terapêutica.

Na abordagem à sépsis, a realização da *scoping review*, para além do enriquecimento sobre a temática permitiu-nos fundamentar as intervenções, de forma a garantir a segurança da PSC. A implementação de feixes de tratamento, a administração de terapêutica, em especial a antimicrobiana, a gestão rigorosa de fluidoterapia e oxigenoterapia, assim como a vigilância dos parâmetros laboratoriais e hemodinâmicos, são exemplos de intervenções que demonstram a importância de um conhecimento aprofundado e atualizado.

É importante ressaltar que o papel do EEEMCPSC não se esgota na prestação direta de cuidados, uma vez que a sua atuação abrange igualmente a educação e a capacitação da equipa multidisciplinar, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados. A formação e a sensibilização para a identificação precoce da sépsis, a implementação de estratégias de prevenção, como o controlo rigoroso da infeção e a otimização do suporte hemodinâmico, são aspetos fundamentais que conseguimos desenvolver e que contribuíram para a redução da incidência e do impacto desta doença.

No âmbito dos estágios realizados no contexto da especialidade e do mestrado em Enfermagem, consideramos que os objetivos inicialmente delineados, tanto para a vertente prática dos estágios como para a elaboração do relatório final, foram alcançados. A vivência clínica permitiu a consolidação e aplicação dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, bem como o desenvolvimento de competências técnicas, não técnicas, científicas e relacionais, essenciais ao exercício profissional especializado. Paralelamente, a elaboração do relatório possibilitou uma reflexão crítica e fundamentada sobre a prática, promovendo uma interação coerente entre a teoria e a prática, o que se revelou importante para o nosso crescimento pessoal, académico e profissional. Concluímos, por isso, que este trajeto contribuiu positivamente para o desenvolvimento das competências exigidas ao enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à PSC, indo ao encontro dos objetivos propostos e das expectativas que nortearam todo este percurso formativo.

BIBLIOGRAFIA

- American Association of Critical Care Nurses, [AACN], (2021). Core Competencies for Professional Nursing Education. *BYU College of Nursing*, 1-82.
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2024). *Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde*: Link entre doente e profissional de saúde. AEOP.
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., Davidson, J., Devlin, J., Kress, J., Joffe, A., Coursin, D., Herr, D., Tung, A., Robinson, B., Fontaine, D., Ramsay, M., Riker, R., Sessler, C., Pun, B., Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Quarteto Editora (ed.)). Prentice Hall. <https://www.worldcat.org/title/de-iniciado-a-perito-excelencia-e-poder-na-pratica-clinica-de-enfermagem/oclc/63702286>
- Bowen, K., & Prentice, D. (2016). Are Benner's expert nurses near extinction? *Nursing Philosophy*, 17(2), 144-148. <https://doi.org/10.1111/nup.12114>
- Brito, M. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa [Universidade Católica Portuguesa]. In *Instituto de Ciências da Saúde do Porto*. http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf%0Ahttp://hdl.handle.net/10400.14/12617
- Carneiro, A., Andrade-Gomes, J., & Póvoa, P. (2016). Novidades na Sépsis com Implicações na Prática Clínica News in Sepsis with Implications in Clinical Practice. *Medicina Interna*, 23(1), 44-52.
- Carneiro, A. (2022). Sépsis: O Bom Senso está de Volta. *Medicina Interna - Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29(2), 158-164. <https://doi.org/10.24950/rspmi.364>
- Chang, S., Sevransky, J., & Martin, G. (2012). Protocols in critical illness. *Crit Care*, 16, 306.
- Chichra, A., Tickoo, M., & Honiden, S. (2024). Managing the Chronically Ventilated Critically Ill Population. *Journal of Intensive Care Medicine*, 39(8), 703-714.

<https://doi.org/10.1177/08850666231203601>

Chua, W., Rusli, K. Bin, & Aitken, L. (2024). Early warning scores for sepsis identification and prediction of in-hospital mortality in adults with sepsis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 33(6), 2005-2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.17061>

Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro), 1 (2015). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Constituição da República Portuguesa, [CRP], (1976). Decreto de aprovação da Constituição de 10 de Abril/1976. Diário da República n.º 86/1976, Série I, Diário da República

Conselho de Enfermagem [CE] (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538>

Daniel, M., Bedoui, Y., Vagner, D., Raffray, L., Ah-Pine, F., Doray, B., & Gasque, P. (2022). Pathophysiology of Sepsis and Genesis of Septic Shock: The Critical Role of Mesenchymal Stem Cells (MSCs). *International Journal of Molecular Sciences*, 23(16). <https://doi.org/10.3390/ijms23169274>

Decreto-Lei n.º 74/2006, Diário da República, 1ª Série A 2242 (2006). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Delbaere, K., Close, J., Brodaty, H., Sachdev, P., & Lord, S. (2010). Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: Cohort study. *BMJ (Online)*, 341(7770), 1-18. <https://doi.org/10.1136/bmj>

Despacho n.º 13562/2024, Diário da República, n.º 202/2019 1 (2024). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9494-2019-125517180>

Despacho n.º 5561/2014, Diário da Republica, 2.ª série (nº 79 de 23 de abril de 2014) 11123 (2014). <https://dre.pt/application/conteudo/25696609>

- Decreto-Lei n.º 90-A/2022, Aprova o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro Nº 251 Diário da República, 1.ª série 15 (2022).
- Decreto-Lei nº 102/2023 Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República nº215/2023 4 (2023).
- Direção Geral de Saúde. (2022a). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central* (NORMA CLÍNICA: 022/2015 Atualizada 29 de Agosto de 2022).
- Direção Geral de Saúde. (2022b). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical* (NORMA CLÍNICA: 019/2015 Atualizada a 29 de Agosto de 2022). [dgshttps://www.dgs.p](https://www.dgs.p)
- Direção Geral de Saúde. (2022c). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação* (NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022).
- Direção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. In *Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/qualidade-do-ar-ambiente/indice-de-qualidade-do-ar.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde* (06/10/2010). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>Direção Geral de Saúde. (2015).
- Norma 013/2014 - Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Atualização em 07/08/2015. Lisboa acedido em 10 de março de 2025
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. In *Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2022). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 | 2026. *Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde*.
- Difonzo, M. (2017). Rapid Response Systems: how to interpret levels of evidence. *Clinical Management Issues*, 11(2), 71-88. <https://doi.org/10.7175/cmi.v11i2.1271>

- DRE, (2006). Lei de Bases da Protecção Civil - Lei n.º 27 / 2006. In *Diário da República* n.º 126 / 2006 , Série I de 2006-07-03.
- DRE, (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. In *Regulamento n.º 429/2018, Diário da República* n.º 429/2018, Série II de 2018-07-16.
- Dreher-Hummel, T., Nickel, C. H., Nicca, D., & Grossmann, F. F. (2021). The challenge of interprofessional collaboration in emergency department team triage - An interpretive description. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1368-1378. <https://doi.org/10.1111/jan.14675>
- European Centre for Disease Prevention and Control, [ECDC], (2022). *European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals - protocol version 6.1.*
- ESSEM. (2022). *Regulamento Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.* Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Almada
- ESSEM. (2024). *Regulamento Geral dos Cursos de 2º Ciclo de Estudos da ESSEM.* 1-21.
- Fan, T., Premraj, L., Roberts, J., Lydston, M., Robba, C., Hager, D., Suarez, J. I., Battaglini, D., & Cho, S.-M. (2024). In-hospital Neurological Complications, Neuromonitoring, and Long-term Neurological Outcomes in Patients with Sepsis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Crit Care Med.*, 52(3), 452-463. https://doi.org/10.4103/jhnps.jhnps_70_24
- Ferreira, R., Macedo, F., Fiaresga, A., Rodrigues, R., Batista, M., Pinto, F., Uva, M., & Pinho, P. (2023). *Rede De Referência Hospitalar De Cardiologia 2023.*
- Freund, Y., de Abreu, M. C., Lebal, S., Rousseau, A., Lafon, T., Yordanov, Y., Macrez, R., Coisy, F., Le Borgne, P., Femy, F., Douillet, D., Boter, N. R., Eyer, X., Bouillon-Minois, J. B., Ogereau, C., Bouzid, D., Goulet, H., Roussel, M., Rousseau, G., ... Gerlier, C. (2024). Effect of the 1-h bundle on mortality in patients with suspected sepsis in the emergency department: a stepped wedge cluster randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, 50(7), 1086-1095. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07509-1>
- Gama, L. (2023). *Transição De Cuidados Da Internação Hospitalar Ao Domicílio: Estudo*

- De Método Misto*. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Brasil
- Gao, J., Lu, Y., Ashrafi, N., Domingo, I., Alaei, K., & Pishgar, M. (2024). Prediction of sepsis mortality in ICU patients using machine learning methods. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12911-024-02630-z>
- García, S., González, P., Álvarez, T., Pardos, D., & Delgado, R. (2020). Nurses' roles in emergency response coordination centers in Spain: A resource to consider. *Emergencias*, 32(6), 409-411.
- Gibbs, G. (2013). Learning by Doing. In *Oxford Brookes University* (First Edit). Oxford Centre for Staff and Learning Development. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.01110-X>
- Goulden, R., Hoyle, M. C., Monis, J., Railton, D., Riley, V., Martin, P., Martina, R., & Nsutebu, E. (2018). QSOFA, SIRS and NEWS for predicting inhospital mortality and ICU admission in emergency admissions treated as sepsis. *Emergency Medicine Journal*, 35(6), 345-349. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-207120>
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Wordpress*, 21(4), 1-6. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclcfindmkaj/https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hall, C., Robertson, D., Rolfe, M., Pascoe, S., Passey, M. E., & Pit, S. W. (2020). Do cognitive aids reduce error rates in resuscitation team performance? Trial of emergency medicine protocols in simulation training (TEMPIST) in Australia. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0441-x>
- Hernández-Jiménez, E., Plata-Menchaca, E. P., Berbel, D., López de Egea, G., Dastis-Arias, M., García-Tejada, L., Sbraga, F., Malchair, P., García Muñoz, N., Larrad Blasco, A., Molina Ramírez, E., Pérez Fernández, X., Sabater Riera, J., & Ulsamer, A. (2024). Assessing sepsis-induced immunosuppression to predict positive blood cultures. *Frontiers in Immunology*, 15(November), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1447523>
- Hester, J., Youn, T. S., Trifilio, E., Robinson, C. P., Babi, M. A., Ameli, P., Roth, W., Gatica, S., Pizzi, M. A., Gennaro, A., Crescioni, C., Maclel, C. B., & Busl, K. M. (2021). The Modified Early Warning Score: A Useful Marker of Neurological

- Worsening but Unreliable Predictor of Sepsis in the Neurocritically Ill - A Retrospective Cohort Study. *Critical Care Explorations*, 3(5), 1-11. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000386>
- INEM. (2012). *Situação De Exceção*. Instituto Nacional de emergência Médica. Lisboa
- INEM, (2013). *SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica*. Instituto Nacional de Emergência Médica. Lisboa
- INEM. (2019). Manual Clínico - ITEAMS. Departamento de Emergência médica. INEM
- INEM, (2020). *Em caso de Emergência Ligue 112*. Instituto Nacional de Emergência Médica. Lisboa
- International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0* (Version 2.0).
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- La Via, L., Sangiorgio, G., Stefani, S., Marino, A., Nunnari, G., Cocuzza, S., La Mantia, I., Cacopardo, B., Stracquadanio, S., Spampinato, S., Lavallo, S., & Maniaci, A. (2024). The Global Burden of Sepsis and Septic Shock. *Epidemiologia*, 5(3), 456-478. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia5030032>
- Lambden, S., Laterre, P. F., Levy, M. M., & Francois, B. (2019). The SOFA score - Development, utility and challenges of accurate assessment in clinical trials. *Critical Care*, 23(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2663-7>
- Leal, J. (2022). *A importância do aconselhamento telefónico de Suporte Básico de Vida em situações de Paragem Cardio-Respiratória*. Instituto Superior de Ciências da Informação e Administração.
- Loza-Gomez, A., Hofmann, E., NokLam, C., & Menchine, M. (2021). Severe sepsis and septic shock in patients transported by prehospital services versus walk in patients to the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 45, 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.021>
- Mao, Z., Gao, L., Wang, G., Liu, C., Zhao, Y., Gu, W., Kang, H., & Zhou, F. (2016). Subglottic secretion suction for preventing ventilator-associated pneumonia: An updated meta-analysis and trial sequential analysis. *Critical Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1527-7>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range And Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.4324/9781315451176-5>

- Mendes, A. (2016). Reflective Practice in the Clinical Learning: Earnings for the Building of the Nursing Thinking. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Ministério da Saúde. (1998). *Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril: Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto*. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A, 1739-1757. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/104-1998-256153>
- Mitchell, A., Maria, G., & Banning, A. (2020). *Cardiac Catheterization and Coronary Intervention*. (O. U. Press (ed.); 2ª, Vol. 4, Issue 1). Oxford University Press.
- Morris, T. H. (2020). Experiential learning-a systematic review and revision of Kolb's model. *Interactive Learning Environments*, 28(8), 1064-1077. <https://doi.org/10.1080/10494820.2019.1570279>
- Naz, H., & Ganaie, N. (2023). Evidence-Based Practice in Nursing: A Comprehensive Review. *Clinical Medicine and Health Research Journal*, 03(06), 713-715. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.99.3.010>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. (Lusociência (ed.)).
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem.: Vol. I*.
- Ordem dos Enfermeiros. 2008). *DOR Guia orientador de boa prática. Cadernos OE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n. 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26*, 17240-17243. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem* (Coord. Sérgio Deodato; Edição do Conselho Jurisdicional dos mandatos 2008-2011 e 2012-2015). Ordem dos Enfermeiros.OE, (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- 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, n.º 184, 25 de setembro, 128-130. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124312989>

- Olorunfemi, O., & Adesunloye, O. B. (2024). Disaster Preparedness and First Aid Response: The Role of Emergency Nurses. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 12(2), 231-236. https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_12_24
- Organização das Nações Unidas, [ONU] (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. http://www.fpce.up.pt/sae/pdfs/Decl_Univ_Direitos_Homem.pdf
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., Grossi, S., Silva, M., Cruz, V., & Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 39(2), 229-233. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000200014>
- Perez-Gonzalez, S., Marques-Sanchez, P., Pinto-Carral, A., Gonzalez-Garcia, A., Liebana-Presa, C., & Benavides, C. (2024). Characteristics of Leadership Competency in Nurse Managers: A Scoping Review. *Journal of Nursing Management*, 2024, 1-18. <https://doi.org/10.1155/2024/5594154>
- Pestana, T. (2017). *Humanização, Qualidade E Excelência Nos Cuidados De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica*. Universidade Católica Portuguesa.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. In *Lusociencia* (pp. 1-633). https://www.academia.edu/42116056/Comunica%C3%A7%C3%A3o_entrevista_relacao_de_ajuda_Margot_Phaneuf
- Póvoa, P., Coelho, L., Dal-Pizzol, F., Ferrer, R., Huttner, A., Conway Morris, A., Nobre, V., Ramirez, P., Rouze, A., Salluh, J., Singer, M., Sweeney, D. A., Torres, A., Waterer, G., & Kalil, A. C. (2023). How to use biomarkers of infection or sepsis at the bedside: guide to clinicians. *Intensive Care Medicine*, 49(2), 142-153. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06956-y>
- Rababa, M., Hamad, D., & Hayajneh, A. (2022). Sepsis assessment and management in critically ill adults: A systematic review. *PLoS ONE*, 17, 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270711>
- Ramalho Neto, J., Marques, D., Fernandes, M., & Nóbrega, M. (2016). Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 174-181. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>
- Regina, M., & Raquel, G. (2007). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *BRASIL Rev Esc Enferm USP*, 41(3), 346-354. www.ee.usp.br/reeusp
- <https://doi.org/10.7476/9788523218676.0002>

- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República* n.º 26/2019, 2.ª série de 06/02/2019.
- Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018 19359 (2018).
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. In *Diário da República*, 2.ª série N.º 123.
- Reis, J., & Silva, C. (2021). Implementação de Procedimento Operacional Padrão: cuidados com cateterismo arterial na terapia intensiva. *Research, Society and Development*, 10(11), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19304>
- Ribeiro, M. (2020). *Atuação Dos Enfermeiros Da Ambulância De Suporte Imediato De Vida Em Pediatria: Qual A Realidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Rogers, W., MacKenzie, C., & Dodds, S. (2012). Why bioethics needs a concept of vulnerability. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(2), 11-38. <https://doi.org/10.3138/ijfab.5.2.11>
- Rosalino, I. (2021). *Falência Ventricular Direita no Choque Séptico*. Universidade de Lisboa.
- Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., Colombara, D. V., Ikuta, K. S., Kissoon, N., Finfer, S., Fleischmann-Struzek, C., Machado, F. R., Reinhart, K. K., Rowan, K., Seymour, C. W., Watson, R. S., West, T. E., Marinho, F., Hay, S. I., ... Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 395(10219), 200-211. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
- Sakr, Y., Moreira, C. L., Rhodes, A., Ferguson, N. D., Kleinpell, R., Pickkers, P., Kuiper, M. A., Lipman, J., & Vincent, J. L. (2015). The impact of hospital and ICU organizational factors on outcome in critically ill patients: Results from the Extended Prevalence of Infection in Intensive Care Study. *Critical Care Medicine*, 43(3), 519-526. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000754>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., &

- Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49(49), 153-171.
- Silva, E., Mendes, A., & Antunes, S. (2021). Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 353-361. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>
- Singer, M., Seymour, C., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G., Chiche, J., Coopersmith, C., Hotchkiss, R., Levy, M., Marshall, J., Martin, G., Opal, S., Rubenfeld, G., Poll, T., Vincent, J., & Angus, D. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315, 801-810. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170149>
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575-1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Zhu, R., Wang, Q., Zhang, J., Liu, W., Ma, C., Han, S., & Duan, Z. (2024). Trends and Hotspots in Nursing Theory Research Published from 1990 to 2022: A Web of Science-Based Bibliometric Analysis. *Journal of Nursing Management*, 2024. <https://doi.org/10.1155/2024/8667809>

APÊNDICES

**APÊNDICE A - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA
NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS:
REVISÃO SCOPING**

Intervenções de enfermagem especializada na abordagem à pessoa em situação crítica com sépsis: Revisão Scoping

Gualter Cruz^{1,2,3}, Célia Vaz^{2,3,4}, Cidália Castro^{3,4}

¹ Instituto Nacional de Emergência Médica,

² Nursing Lab, 2829-511 Almada, Portugal; jfernandes@egasmoniz.edu.pt,

³ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of health & Science, 2829-511 Almada, Portugal,

⁴ Department of Nursing, Arco Ribeirinho Local Health Unit, 2830-094 Barreiro, Portugal

RESUMO

Introdução: A sépsis é um desafio de saúde global, com uma estimativa de cerca de 49 milhões de casos por ano em todo o mundo e cerca de 11 milhões de mortes. É essencial o reconhecimento precoce e o tratamento adequado e atempado para evitar a progressão para casos mais graves da doença. Os programas educativos sobre o reconhecimento precoce da sépsis pretendem o aumento da adesão dos enfermeiros aos protocolos de sépsis e ao tratamento com intuito de reduzir a mortalidade.

Objetivo: Mapear e analisar a evidencia científica acerca das intervenções de enfermagem especializada na abordagem à pessoa em situação crítica (PSC) com sépsis.

Metodologia: Scoping review baseada na *Joanna Briggs Institute* (JBI), para responder à questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem especializada na abordagem à pessoa em situação crítica com sépsis?” A pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews e RCAAP.

Foram incluídos artigos publicados entre 2014 e 2024 escritos em português e inglês. A revisão foi escrita conforme o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA – ScR).

Resultados: Do total de 1262 artigos identificados na pesquisa inicial, foram elegíveis 12 para extração e análise e consequentemente constituem o *corpus* do trabalho. Foram agrupados nas seguintes categorias: Interagir/integrar; Reconhecimento precoce da sépsis; Personalizar plano de cuidados; Reconhecer o papel nos cuidados; Gerir e Liderar; Educar para a saúde; Defender os direitos da PSC; Promover a melhoria contínua.



Conclusão: A revisão scoping evidencia o papel do enfermeiro especialista na garantia da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica (PSC) com sépsis. A sua capacidade de deteção precoce, monitorização rigorosa e comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar contribui significativamente para a otimização dos cuidados e a sobrevivência da PSC.

Palavras-chave: Feixe de cuidados, Sépsis, Enfermagem de Cuidados Intensivos

**APÊNDICE B - JORNAL DE APRENDIZAGEM - O CUIDADO À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS: APLICAÇÃO DO CICLO
REFLEXIVO DE GIBBS**



Egas Moniz School of Health & Science

**II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
2º Ano/1º Semestre**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM - O CUIDADO À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÉPSIS: APLICAÇÃO DO
CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**

Discentes:

Gualter Cruz nº 118484

Docentes:

Professora Mestre Célia Vaz

Almada

Setembro 2024

**APÊNDICE C - JORNAL DE APRENDIZAGEM - O CUIDADO À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA:
APLICAÇÃO DO CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**



Egas Moniz School of Health & Science

**II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
2º Ano/1º Semestre**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM - O CUIDADO À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM HEMORRAGIA
SUBARACNOIDEIA: APLICAÇÃO DO CICLO REFLEXIVO
DE GIBBS**

Discentes:

Gualter Cruz nº 118484

Docentes:

Professora Mestre Célia Vaz

Almada

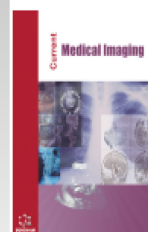
Novembro 2024

**APÊNDICE D - ARTIGO: DISCREPANCIES BETWEEN SCREENING
SONOGRAPHY AND ULTRASOUND IN EMERGENCY DEPARTMENT -
A CASE REPORT**



Current Medical Imaging

Content list available at: <https://benthamscience.com/journals/cmim>



CASE REPORT

Discrepancies between Screening Sonography and Ultrasound in Emergency Department – A Case Report

Sérgio Miravent¹, Teresa Figueiredo², Inna Donchenko³, Manuel Duarte Lobo^{4*}, Gualter Cruz⁵ and Rui Pedro Almeida⁶

¹Department of Radiology, University of Algarve, Algarve Regional Health Administration (ARS Algarve), Faro, Portugal

²Faculty of Medicine, University of Algarve, Faro, Portugal

³University Hospital Center of Algarve, Faro, Portugal

⁴Local Health Unit of Northeast, Polytechnic University of Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

⁵National Institute of Medical Emergency, Lisboa, Portugal

⁶Department of Radiology, University of Algarve, Comprehensive Health Research Center (CHRC), Faro, Portugal

Abstract:

Introduction:

This case report presents a discrepancy in sonographic findings between a screening sonography performed by a Sonographer in the Basic Emergency Service (BES) and a subsequent ultrasound performed by a Radiologist physician in a Referral Hospital (RH). The aim of this report is to discuss the possible reasons for the discrepancy and its implications for patient care.

Case Presentation:

A patient with a history of epigastric pain and vomiting underwent screening sonography in a BES, which suggested Intrahepatic Biliary Dilatation Duct (IHBD) and main pancreatic duct dilatation. The patient was subsequently referred to the RH for further evaluation. However, the Radiologist in the RH did not confirm any of the initial suspicions from BES through a normal ultrasound procedure. The discrepancy raises questions regarding the quality of the screening ultrasound, misinterpretation of the BES images, or the potential for ambiguity in the point of care ultrasound (POCUS) exam.

Conclusion:

The differences in sonographic findings between BES and RH, in this case, suggest that the improvement of the patient's clinical condition and therapeutic interventions may have contributed to the discrepancy. Further investigation and standardization of POCUS training and interpretation may improve diagnostic accuracy and patient outcomes.

Keywords: Ultrasound, Screening, Bile ducts, Sonographers, Radiologists, Abdomen.

Article History

Received: March 04, 2023

Revised: July 18, 2023

Accepted: August 31, 2023

**APÊNDICE E - ARTIGO: ECOGRAFIA DE TRIAGEM PRÉ-HOSPITALAR
EM PORTUGAL: UMA ABORDAGEM PRÁTICA**

Ecografia de triagem pré-hospitalar em Portugal: uma abordagem prática

Pre-hospital screening ultrasound in Portugal: a practical approach

Sérgio Miravent¹, Cármen Jimenez², Ana Bárbara³, Celina Neto⁴, Gualter Cruz⁵

¹ Administração Regional de Saúde do Algarve, Unidade de Recursos Partilhados; Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Departamento de Radiologia, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-1345-5747> scctavares@ualg.pt

² Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Serviço de Urgência Básico de Vila Real de Santo António, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-8237-6287>

³ Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Departamento de Radiologia, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-7465-7724>

⁴ Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Serviço de Urgência Básico de Vila Real de Santo António, Portugal

<https://orcid.org/0009-0003-2998-6213>

⁵ Instituto Nacional de Emergência Médica, Serviço de Urgência Básico de Vila Real de Santo António, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-6109-1223>

Palavras-chave

Emergência; Hemorragia;
Tomografia computadorizada;
Triagem; Ultrassom.

Resumo

Introdução: O presente caso clínico pretende evidenciar a importância que a ecografia de triagem pode desempenhar num Serviço de Urgência Básico (SUB) distante do hospital de referência (HR), através do uso de um protocolo simples como o Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST).

Objetivo: Este artigo tem o seu foco na demonstração do papel vital da ultrassonografia de triagem na deteção precoce de condições potencialmente fatais.

Apresentação do caso clínico: Uma vítima de 34 anos, politraumatizada, estável, foi trazida por referência do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) para o SUB, onde, entre outros exames disponíveis, realizou uma ecografia de triagem, que revelou líquido livre no recesso hepatorenal. Posteriormente, o doente foi encaminhado para o HR para investigação pelas respetivas especialidades.

Conclusão: O exame FAST foi crucial na identificação de sinais imagiológicos que permitiu à médica assistente reencaminhar rapidamente o doente para o HR, com dados concretos justificáveis, para investigação complementar com urgência.

Keywords

Computed Tomography;
Emergency; Hemorrhage;
Ultrasound; Screening.

Abstract

Introduction: The present clinical case aims to highlight the importance that triage ultrasound can play in a Basic Emergency Service (SUB) far from the reference hospital (HR), using a simple protocol such as Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST).

Objective: This article focuses on demonstrating the vital role of screening ultrasound in the early detection of life-threatening conditions.

Clinical case presentation: A 34-year-old victim, polytraumatized, stable was brought by referral from the National Institute of Medical Emergency (INEM) to the SUB, where, among other available tests, he underwent a screening ultrasound, which revealed free fluid in the hepatorenal recess. Subsequently, the patient was referred to the HR department for investigation by the respective specialties.

Conclusion: The FAST screening was crucial in the identification of imaging signs that allowed the attending physician to quickly refer the patient to the HR, with justifiable concrete data, for urgent further investigation.

**APÊNDICE F - ARTIGO: O IMPACTO DA ÉTICA NA CULTURA
ORGANIZACIONAL DOS BOMBEIROS: REVISÃO SISTEMÁTICA PELO
MÉTODO PRISMA**

O Impacto da Ética na Cultura Organizacional dos Bombeiros: Revisão Sistemática pelo Método PRISMA

Gualter Cruz¹, Carlos Rouco², Vítor Reis^{3,4}

gualter095@gmail.com; carlos.rouco@ulusofona.pt; vitor.reis@enb.pt

^{1,3} Escola Nacional de Bombeiros, Rua Doutor António Macieira, 2710-689, Sintra, Portugal

² Intrepid Lab/ CETRAD, Universidade Lusófona, , Campo Grande 376, 1749-024, Lisboa, Portugal

⁴LE@D, Universidade Aberta, Rua da Escola Politécnica 147, 1269-001 Lisboa, Portugal

Pages: 205-222

Resumo: A ética é essencial nas organizações e estas operacionalizam a sua introdução através da adoção de códigos que orientam o agir dos seus colaboradores. A adoção de um comportamento ético torna-se assim um pilar fundamental, em particular para os bombeiros. É objetivo desta revisão identificar o impacto da ética na cultura organizacional dos bombeiros. Para o efeito realizou-se uma revisão sistemática pelo método prisma através da busca nas bases de dados eletrónicas Biblioteca virtual em saúde, CINAHL, MEDLINE e APA PsycInfo através do uso de descritores e operadores booleanos. De um total de 2422 artigos, após aplicação dos critérios de elegibilidade apenas foram incluídos 17 artigos. Os resultados demonstram que a adoção de um código de ética nos bombeiros apresenta vantagens ao nível da cultura organizacional, comando, chefia e liderança, desempenho ético-profissional e também no conhecimento ético. Existe sempre uma responsabilidade ética associada a qualquer ação durante uma missão.

Palavras-chave: Ética; Cultura organizacional; Desempenho; Bombeiros.

The Impact of Ethics on the Organizational Culture of Firefighters: Systematic Review Using the PRISMA Method

Abstract: Ethics is essential in organizations, and they operationalize its introduction through the adoption of codes that guide the actions of their employees. The adoption of ethical behaviour thus becomes a fundamental pillar, particularly for firefighters. The objective of this review is to identify the impact of ethics on the organizational culture of firefighters. For this purpose, a systematic review was conducted using the prisma method through the search in the electronic databases Virtual Health Library, CINAHL, MEDLINE and APA PsycInfo using descriptors and Boolean operators. Out of a total of 2422 articles, only 17 articles were included after applying the eligibility criteria. The results show that the adoption of a code of ethics in firefighters has advantages in terms of organizational culture, command, leadership and leadership, ethical-professional performance and in ethical



knowledge. There is always an ethical responsibility attached to any action during a mission.

Keywords: Ethics; Organizational culture; Performance; Firefighters.

1. Introdução

Os profissionais dos corpos de bombeiros no desempenho diário da sua missão são confrontados com a necessidade permanente de refletir a sua responsabilidade perante a sociedade. Esta reflexão constante e permanente permite analisar e mitigar as consequências e/ou irresponsabilidades, resultantes dos seus atos e dilemas. Atualmente a sociedade examina atentamente o nível de competência de qualquer profissional na sua atividade o que incute de forma tácita a responsabilidade social (Oliveira, 2012).

**APÊNDICE G - ARTIGO: CÓDIGOS DE ÉTICA E ORGANIZAÇÕES:
REVISÃO INTEGRATIVA PELO MÉTODO PRISMA**

Códigos de Ética e Organizações: Revisão Integrativa pelo Método PRISMA

Gualter Cruz¹, Carlos Rouco², Vítor Reis^{3,4}

gualtero95@gmail.com; carlos.rouco@ulusofona.pt; vitor.reis@enb.pt

^{1,3} Escola Nacional de Bombeiros, Rua Doutor António Macieira, 2710-689, Sintra, Portugal

² Intrepid Lab/ CETRAD, Universidade Lusófona, Campo Grande 376, 1749-024, Lisboa, Portugal

⁴ LE@D, Universidade Aberta, Rua da Escola Politécnica 147, 1269-001 Lisboa, Portugal

Pages: 223-238

Resumo: A ética profissional afeta qualquer organização em todas as suas vertentes, na medida que garante a qualidade dos serviços prestados e é um pilar fundamental no processo de tomada de decisão de qualquer colaborador. O objetivo desta revisão integrativa foi identificar as vantagens da implementação de um código de ética numa organização. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura (RIL) usando as bases de dados eletrónicas (Pubmed, *Web of Science*, plataforma EBSCOhost, CINAHL e na plataforma b-on) mediante uso de descritores e operadores booleanos. A procura foi apresentada através do diagrama PRISMA para apresentar o fluxo de busca por evidências. A procura recuperou um total de 1865 artigos e após avaliação dos critérios de elegibilidade, 22 artigos foram incluídos. Os resultados demonstraram que a adoção de códigos de ética pelas organizações é uma prova firme de declaração da organização comprometer-se em respeitar os direitos dos cidadãos e da sociedade.

Palavras-chave: Código de ética; Obrigação Moral; Ética organizacional; Má conduta profissional.

Codes of Ethics and Organizations: Integrative Review by the PRISMA Method

Abstract: Professional ethics affects any organization in all its aspects, as it guarantees the quality of the services provided and is a fundamental pillar in the decision-making process of any employee. The aim of this integrative review was to identify the advantages of implementing a code of ethics in an organization. An integrative literature review (ILR) was performed using electronic databases (Pubmed, *Web of Science*, EBSCOhost platform, CINAHL and the b-on platform) using descriptors and Boolean operators. The search was presented through the PRISMA diagram to present the search flow for evidence. The search retrieved a total of 1865 articles and after evaluating the eligibility criteria, 22 articles were included. The results showed that the adoption of codes of ethics by organizations is a firm proof of the organization's commitment to respect the rights of citizens and society.

ANEXOS

**ANEXO I - FOLHA DE REGISTO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA
MÉDICA INTRA HOSPITALAR**



**EQUIPA EMERGÊNCIA MÉDICA
INTRA HOSPITALAR**

Centro Hospitalar
Universitário do Algarve
Unidade de Faro

Activação: Hora ____; Data ____/____/____ Final Intervenção: Hora ____; Data ____/____/____

Etiqueta

Nome – BI- Morada

Activação EEMI ☐ Follow-up ☐
Diagnóstico Internamento _____
Autonomia prévia _____
Insuficiência Órgão _____ Qual? _____
Doente (cirúrgico) (médico) outro _____
Localização _____

Responsável pela activação _____
Chamada equipa assistencial Sim ____ Não ____ Recusou? ____ Compareceu? ____
Motivo de activação da EEMI _____

Momento de activação
Freq.Cardiaca ____ TA ____/____ Freq.Resp. ____ Temp. ____ Sat. O2% ____ FIO2 ____ ECG: Ritmo ____
Nível de Consciência – Alerta - Responde a estímulo verbal- Responde ao estímulo doloroso - Não responde
Escala Coma Glasgow - O ____/ M ____/ V ____ Total ____

Medidas instituídas previamente à chegada da EEMI:
Nenhuma ____ Oxigenoterapia ____ Fluidoterapia/Medicação _____

Intervenção da EEMI

	Hora ____	Hora ____	Hora ____	Hora ____	Hora ____	Hora ____
TENSÃO ARTERIAL						
PULSO						
SATURACÃO O2%						
FREQ. RESPIRATÓRIA						
TEMPERATURA						
DOR						

Nenhuma: DNR/Limitação terapêutica ____ Porquê? _____
Oxigenoterapia ____ Acesso venoso ____ Glicemia: ____ ECG: Ritmo ____ PaceMaker ____
Gasimetria: PH ____ PO2 ____ PCO2 ____ Hg ____ K ____ NaCl ____ Cal ____ Glucose ____ Lac ____ SO2 ____
Fluidoterapia/Medicação _____

Paragem Cardíaca- Hora ____; Data ____/____/____ Desfibrilhação 1º choque ____ 2º choque ____
Notas: _____

Final da activação
Freq.Cardiaca ____ TA ____/____ Freq.Resp. ____ Temp. ____ Sat. O2% ____ FIO2 ____ ECG: Ritmo ____
Meio Administração de O2 ____ Escala Coma Glasgow - O ____/ M ____/ V ____ Total ____
Nível de Consciência – Alerta - Responde a estímulo verbal- Responde ao estímulo doloroso - Não responde
Gasimetria: PH ____ PO2 ____ PCO2 ____ Hg ____ K ____ NaCl ____ Cal ____ Glucose ____ Lac ____ SO2 ____
Notas: _____

Destino: Mantem-se serviço ____; Transferido para: ____; Óbito-Hora ____; Data ____/____/____
Médico ____ Enfermeiro ____ Hora ____; Data ____/____/____

**ANEXO II - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORLD SEPSIS
CONGRESS 2024**



World Sepsis Congress Spotlight: Unmet Need in Sepsis Diagnosis and Therapy

Certificate

Gualter Cruz

participated in the
World Sepsis Congress Spotlight
on April 23, 2024

Louise Thwaites
Program Chair
Asia Pacific Sepsis Alliance
Vietnam

Michael Wong
Program Chair
Physician-Patient Alliance for Health & Safety
United States of America

The WSC Spotlight: Unmet Need in Sepsis Diagnosis and Therapy is organized
by the Global Sepsis Alliance and the Physician-Patient Alliance for Health & Safety.



Global
Sepsis
Alliance



September | World
13 | Sepsis
2024 | Day

**ANEXO III - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORLD SEPSIS
CONGRESS 2025**



5th World Sepsis Congress Sepsis Research and Innovations

Certificate

Gualter Cruz

participated in the
5th World Sepsis Congress
on April 8 and 9, 2025

Niranjan 'Tex' Kissoon
President
Global Sepsis Alliance

Mariam Jashi
CEO
Global Sepsis Alliance

The 5th World Sepsis Congress is the flagship annual event of the
Global Sepsis Alliance, initiator of World Sepsis Day.



Global
Sepsis
Alliance

September | World
13 | Sepsis
2025 | Day

**ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO THE SILENT
THREAT OF SEPSIS: The critical role of nurses in Sepsis
management 2025**



**ANEXO V - Certificado De Formação Profissional SIV - Protocolo
Suspeita De Sépsis 2024**

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação ProfissionalDe acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo
Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.**SIV - Protocolo Suspeita de
Sépsis**

Certifica-se que

Gualter Dos Reis Gomes Da Cruzrealizou a formação de atualização do Protocolo SIV Suspeita de Sépsis
com aproveitamento, em 19 de março de 2024O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Pinto)

Certificado nº. slmEIoTsnIV
Válido até

Mod. INEM 454.1



SIV - Protocolo Suspeita de Sepsis

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Os critérios da Direção Geral de Saúde para suspeita/confirmação de sépsis;
- O protocolo de suspeita de sépsis;
- Os critérios de pedido de apoio médico.

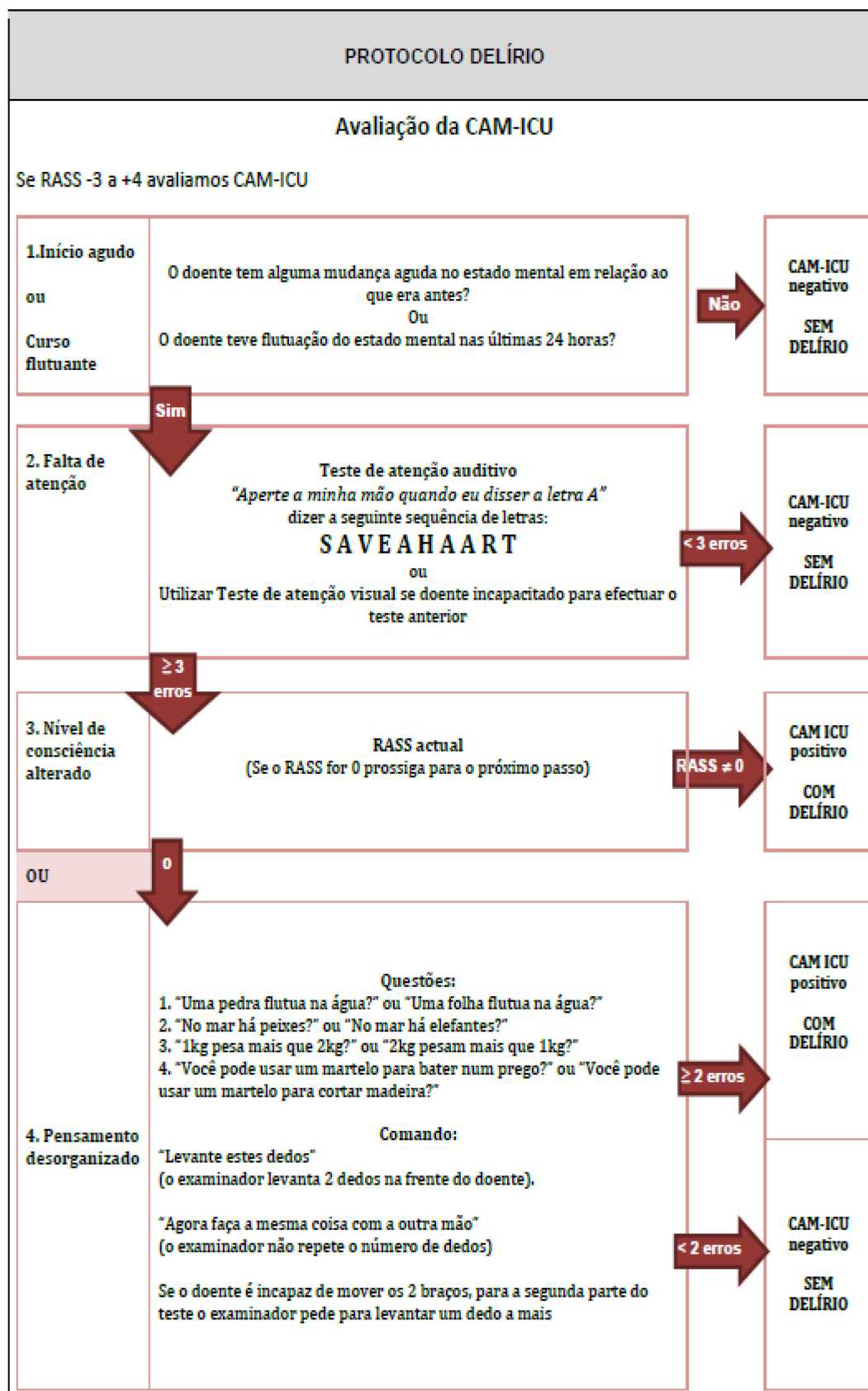
DEM - Departamento de Emergência Médica

Direção de Enfermagem

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

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

ANEXO VI - ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU)



ANEXO VII - DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS E EXERCÍCIOS



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que Gualter dos Reis Gomes da Cruz, Enfermeiro, no INEM - Delegação Regional do Algarve, portador do Cartão de Cidadão n.º11699131, com a cédula profissional n.º 71899, participou nos seguintes dispositivos:

- Jornada Mundial da Juventude, Lisboa, 2023
- FerroExSilves, Tunes, 2023
- DECIR'2024

A participação visa a resposta a situações de catástrofe e multivítimas. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica ou risco de falência orgânica demonstrou as seguintes competências:

- Demonstrou conhecer os planos e princípios de atuação em situações de catástrofe
- Atribuiu graus de urgência e decide a sequência de atuação
- Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Faro, 05 de maio de 2025

O Enfermeiro Gestor da Delegação Regional do Algarve

Assinado por: VASCO MIGUEL SOARES CRAVEIRO
ALVES MONTEIRO
Num. de Identificação: 11421117

(Enf.º Vasco Monteiro)

O Enfermeiro Diretor

Assinado por: Rui Alexandre Vieira Campos
Num. de Identificação: 10031081
Data: 2025.05.05 14:17:29 +01'00'

(Enf.º Rui Campos)