

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

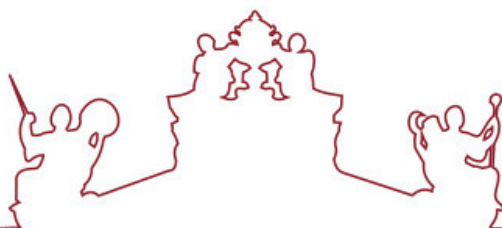
Segurança da via aérea em doentes sob ventilação mecânica invasiva durante o transporte intra-hospitalar

Inês Isabel Pereira Piteira

Orientador(es) | Maria José Martins Catalão

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

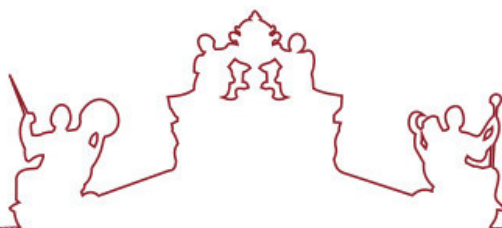
Segurança da via aérea em doentes sob ventilação mecânica invasiva durante o transporte intra-hospitalar

Inês Isabel Pereira Piteira

Orientador(es) | Maria José Martins Catalão

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)
Vogais		Maria Dulce dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja) Maria José Martins Catalão (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador) Maria do Céu Marques (Universidade de Évora) (Arguente)

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos é apenas uma gota no oceano. Mas o oceano seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

A concretização deste percurso académico e profissional não teria sido possível sem o contributo, apoio e incentivo de várias pessoas que, de forma direta ou indireta, marcaram esta jornada.

À Professora Maria José Catalão, pela orientação exímia, pela exigência científica, pela disponibilidade constante e pela forma inspiradora com que conduziu este processo. O seu rigor, clareza e capacidade de desafiar o pensamento crítico foram determinantes para o crescimento académico e profissional alcançado.

Às enfermeiras orientadoras Márcia, Sandra e Ana, nos contextos de Hemodinâmica, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, respetivamente, pela partilha generosa de conhecimento, pelo acompanhamento atento e pela confiança demonstrada ao longo dos estágios. A vossa experiência e apoio foram fundamentais para a consolidação das competências desenvolvidas.

À minha amiga e colega Joana P., pelo impulso inicial e pela motivação constante.

À minha amiga Joana C., por ter sido casa quando estive longe da minha. O teu apoio e acolhimento tornaram possível enfrentar um dos maiores desafios deste percurso.

Ao meu namorado Hugo, pela paciência infinita, por ouvir todas as reclamações, dúvidas e angústias, e por estar presente em todos os momentos, mesmo nos mais difíceis.

À minha família, por acreditarem sempre em mim, por me encorajarem a ser mais e melhor todos os dias e por serem o meu porto seguro.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

Segurança da via aérea em doentes sob ventilação mecânica invasiva durante o transporte intra-hospitalar

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica. O documento tem como objetivo analisar reflexivamente a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem. O tema central foca-se na segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva. Adotou-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, suportada pela teoria da mudança da prática baseada em evidências e complementada por uma revisão da literatura. A análise das atividades desenvolvidas nos contextos clínicos evidencia que o transporte intra-hospitalar apresenta riscos elevados de eventos adversos. Conclui-se que o enfermeiro especialista assume um papel central na redução destas complicações, promovendo a uniformização de cuidados, a liderança clínica e a implementação de práticas seguras alicerçadas na melhor evidência científica disponível.

Palavras-chave: Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Segurança do doente; Transporte intra-hospitalar; Ventilação Mecânica Invasiva

ABSTRACT

Airway safety in patients under invasive mechanical ventilation during intrahospital transport

This report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Specialization in the Care of the Critically Ill Person. The document aims to reflectively analyse the acquisition of competencies as a Specialist Nurse and as a Master in Nursing. The central theme focuses on airway safety during the intra-hospital transport of patients under invasive mechanical ventilation. A descriptive and critical-reflective methodology was adopted, supported by the theory of change in evidence-based practice and complemented by a literature review. The analysis of the activities carried out in clinical contexts highlights that intra-hospital transport presents a high risk of adverse events. It is concluded that the specialist nurse plays a central role in reducing these complications, promoting the standardisation of care, clinical leadership, and the implementation of safe practices grounded in the best available scientific evidence.

Keywords: Nursing; Critically ill patient; Patient safety; Intra-hospital transport; Invasive mechanical ventilation

ABREVIATURAS E SIMBOLOS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ANCI – Associação Nacional de Controlo de Infecção

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BICSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

BSIMPLE – Sistema de Informação Clínica Patient Care

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRIA – Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EE – Enfermeiro Especialista

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

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

EPA – Equipa de Primeiro Atendimento

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITLS – *International Trauma Life Support*

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

MMPBE – Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

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

PQCEEMC – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

TAVI – Transcatheter Aortic Valve Implantation

ULS – Unidade Local de Saúde

UICDMC – Unidade de Internamento de Curta Duração Médico-Cirúrgica

UÉESESJD – Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VVC – Via Verde Coronária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	22
2.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE JUNE LARRABEE	22
2.2. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS.....	27
2.3. SEGURANÇA DA VIA AÉREA DO DOENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR.....	28
2.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	31
3. CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	32
3.1. SERVIÇO DE HEMODINÂMICA	34
3.1.1. Enquadramento	34
3.1.2. Estrutura Organizacional, Recursos Físicos e Materiais.....	34
3.1.3. Recursos Humanos	36
3.1.4. Apreciação do contexto sob a perspetiva do enfermeiro especialista.....	37
3.1.5. Análise SWOT do Serviço de Hemodinâmica	38
3.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	39
3.2.1. Enquadramento	39
3.2.2. Estrutura Organizacional, Recursos Físicos e Materiais.....	40
3.2.3. Recursos Humanos	41
3.2.4. Apreciação do contexto sob a perspetiva do enfermeiro especialista.....	42
3.2.5. Análise SWOT para o Serviço de Urgência Polivalente	43

3.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	44
3.3.1. Enquadramento	44
3.3.2. Estrutura Organizacional, Recursos Físicos e Materiais.....	45
3.3.3. Recursos Humanos	46
3.3.4. Apreciação do contexto sob a perspectiva do enfermeiro especialista.....	47
3.3.5. Análise SWOT para o Serviço de Medicina Intensiva	48
4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	50
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	52
4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal.....	53
4.1.2. Domínio Da Qualidade	58
4.1.3. Domínio Da Gestão Dos Cuidados.....	63
4.1.4. Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais	68
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	72
4.2.1. Cuida Da Pessoa, Família/Cuidador A Vivenciar Processos Complexos De Doença Crítica E Ou Falência Orgânica	73
4.2.2. Dinamiza A Resposta Em Situações De Emergência, Exceção E Catástrofe, Da Conceção À Ação.....	78
4.2.3. Maximiza A Intervenção Na Prevenção E Controlo Da Infecção E De Resistência A Antimicrobianos Perante A Pessoa Em Situação Crítica E/Ou Falência Orgânica, Face À Complexidade Da Situação E À Necessidade De Respostas Em Tempo Útil E Adequadas .	81
4.3. DESAFIOS ENFRENTADOS E SUPERAÇÃO	84
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
APÊNDICES.....	96

APÊNDICE I - Resumo da Scoping Review intitulada: “Práticas e Recomendações para a Segurança da Via Aérea no Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico Ventilado: Uma Scoping Review”	97
APÊNDICE II – Planeamento de Sessão e Questionário de Avaliação da Formação em Serviço: “Transporte Intra-Hospitalar do Doente sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI”	100
APÊNDICE III – Planeamento de Sessão e Questionário de Avaliação da Formação em Serviço: “Prevenção do erro terapêutico em UCI: boas práticas na administração da terapêutica endovenosa e no cateter venoso central”	108
APÊNDICE IV– Resumo do Poster “Práticas E Desafios Na Segurança Da Via Aérea Do Doente Sob VMI No Transporte Intra-Hospitalar: Evidência Atual”	115
APÊNDICE V – Resumo do Poster “Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise”	120
APÊNDICE VI – Resumo da Comunicação Livre: “Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto de Melhoria”	123
ANEXOS	127
ANEXO I- Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025 como co-autora e apresentadora, do póster, subordinado ao tema: “Práticas e desafios na segurança da via aérea do doente sob VMI no transporte intra-hospitalar: evidência atual”	128
ANEXO II- Certificado Suporte Avançado de Vida	130
ANEXO III- Certificado Suporte Avançado de Vida Pediátrico	132
ANEXO IV- Certificado International Trauma Life Suport	134
ANEXO V- Certificado de Apresentação do Poster “Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise”	136
ANEXO VI- Certificado de participação no WEBINAR “(RE)AGIR quando o impossível acontece”	138
ANEXO VII- Certificado de Participação em WEBINAR “Desafios Globais: Sinergias Profissionais”, organizado pela Associação Nacional de Controlo de Infecção, com a	

comunicação livre subordinada ao tema “Plano de Prevenção e Controlo de Infeção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto de Melhoria”	140
---	------------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT do Serviço de Hemodinâmica	38
Tabela 2 - Análise SWOT para o Serviço de Urgência Polivalente.....	43
Tabela 3 - Análise SWOT para o Serviço de Medicina Intensiva	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema representativo do MMPBE	26
---	----

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular denominada Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, inserida no plano de estudos do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, [UÉESESJD].

Este relatório, de natureza profissional, tem como finalidade descrever, analisar e refletir sobre o percurso formativo, com enfoque no desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista [EE] em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] na vertente da Pessoa em Situação Crítica [PSC], bem como das competências inscritas no perfil de desempenho que confere o grau de Mestre, conforme definido no enquadramento legal estabelecido no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (2018).

A sua elaboração constitui um instrumento fundamental para avaliar os processos de aprendizagem e o desenvolvimento de competências, permitindo uma análise crítica, objetiva e devidamente fundamentada de todos os aspetos e atividades realizadas durante os estágios (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Assume, por isso, um papel relevante enquanto elemento de avaliação curricular.

Os contextos clínicos permitiram o desenvolvimento do percurso formativo com o aprofundamento de conhecimentos e competências em enfermagem, nomeadamente na área da EMC-PSC. O estágio do 1º ano/2º semestre, denominado de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, decorreu no Serviço de Hemodinâmica de uma Unidade Local de Saúde [ULS] do Alentejo. O estágio 2º ano/1º semestre denominado Estágio à Pessoa em Situação Crítica com

Relatório decorreu em dois contextos distintos. O primeiro momento no Serviço de Urgência Polivalente [SUP] de uma ULS do Alentejo e o segundo no Serviço de Medicina Intensiva [SMI] De uma ULS do Vale do Tejo, com orientação científico-pedagógica da Professora Maria José Catalão.

A opção pelo Mestrado em EMC-PSC surge de um interesse pessoal em querer consolidar conhecimentos nas áreas da urgência, emergência e cuidados ao doente crítico, bem como da pertinência que esta especialização assume no âmbito das funções que desempenho no Bloco Operatório. Assim, a escolha deste percurso formativo revela coerência com a prática profissional exercida e com o projeto de desenvolvimento de competências especializado que desenvolvi anteriormente, subordinado ao tema “Segurança da via aérea em doentes sob ventilação mecânica invasiva durante o transporte intra-hospitalar”.

O transporte intra-hospitalar de doentes críticos é um procedimento frequente, mas que acarreta riscos significativos, como a desconexão do ventilador e hipoxemia, que podem comprometer a segurança e a estabilidade clínica do doente. De acordo com Putra et al. (2022), as transferências intra-hospitalares visam garantir a continuidade dos cuidados, mas apresentam um risco considerável de eventos adversos. Lin et al. (2020), acrescentam que o transporte de doentes sob ventilação mecânica aumenta significativamente o risco de danos, tendo em conta o possível agravamento da função respiratória e de outros órgãos vitais. Desta forma, a adoção de práticas baseadas em evidência científica, aliada à implementação de protocolos seguros e *checklists* padronizadas, é essencial para reduzir eventos adversos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A gestão da segurança da via aérea no doente sob ventilação mecânica invasiva [VMI] durante o transporte intra-hospitalar configura-se, assim, como uma área de elevada complexidade clínica e risco acrescido, exigindo intervenções sistematizadas, tomada de decisão fundamentada e práticas sustentadas na melhor evidência científica disponível. Neste enquadramento, foi escolhido o Modelo da Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE] de June Larrabee como referencial teórico para suportar este relatório. Este modelo constitui um referencial teórico-metodológico pertinente, ao operacionalizar um processo estruturado de identificação de problemas, pesquisa e análise crítica da evidência, implementação de intervenções e avaliação de

resultados. A sua utilização sustenta a adoção de cuidados mais seguros, consistentes e mensuráveis, promovendo a melhoria contínua da qualidade assistencial e a redução de eventos adversos associados à manutenção da via aérea no doente crítico em contexto do transporte intra-hospitalar.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica [PQCEEMC] reforçam a importância de prevenir complicações, organizar os cuidados e garantir um ambiente terapêutico seguro, salientando o papel central do EE na promoção da segurança do doente e na melhoria contínua da qualidade assistencial (OE,2017). Esta atuação é particularmente relevante durante o transporte intra-hospitalar, onde as intervenções devem ser seguras, eficazes e alinhadas com as melhores práticas clínicas. A pertinência do tema converge com o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022), que reconhece a ocorrência de incidentes de segurança nos sistemas de saúde modernos. Assim, a implementação de políticas e estratégias para reduzir esses eventos, a nível nacional e internacional, traduz-se em ganhos em saúde e constitui uma prioridade evidente nos cuidados de saúde atuais.

A metodologia adotada para a elaboração deste relatório privilegia uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, centrada na análise das atividades desenvolvidas e das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de prática clínica (Hemodinâmica, Serviço de Urgência Polivalente e Serviço de Medicina Intensiva). O processo reflexivo sobre a aquisição de competências é sustentado pela mobilização do referencial teórico de June Larrabee - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, articulando a experiência prática com os referenciais normativos e ético-deontológicos da Ordem dos Enfermeiros.

Complementarmente, a fundamentação científica do relatório alicerça-se na melhor evidência disponível, integrando os resultados da *Scoping Review* realizada sobre a segurança da via aérea no transporte intra-hospitalar.

O objetivo geral deste Relatório visa demonstrar a aquisição de competências do EE em EMC-PSC, bem como as competências de mestre.

Por sua vez, os objetivos específicos são:

- Contextualizar a temática abordada, integrando a teoria de Enfermagem que a sustenta, nomeadamente, o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, a evidência científica relevante e os referenciais normativos que orientam a prática profissional;
- Caracterizar os contextos formativos, académicos e clínicos, que enquadraram as experiências desenvolvidas;
- Elaborar uma análise reflexiva das atividades realizadas, com vista a demonstrar o seu contributo para o desenvolvimento de competências especializadas no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica;
- Realizar o enquadramento teórico e conceptual da temática em estudo através de uma *Scoping Review*, sustentado numa corrente teórica de Enfermagem e fundamentando a sua pertinência no preconizado pelos PQCEEMC à PSC da Ordem dos Enfermeiros e no plano de segurança.

De acordo com os objetivos previamente definidos, o Relatório encontra-se organizado em quatro capítulos principais, que permitem uma análise ampla e aprofundada das diferentes dimensões do percurso formativo realizado. O primeiro capítulo apresenta a fundamentação teórica e conceptual que sustentou as intervenções de enfermagem realizadas, explicitando o modelo teórico escolhido, princípios e referenciais que orientaram a tomada de decisão clínica. O capítulo seguinte procede a uma caracterização dos contextos clínicos onde decorreram as práticas, contemplando a descrição da infraestrutura física, os recursos materiais e tecnológicos disponíveis, a dotação e qualificação dos recursos humanos, bem como a eficiência e adequação dos cuidados prestados. O terceiro capítulo integra a descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, bem como das experiências que sustentaram a aquisição das competências comuns e específicas, definidas para o enfermeiro especialista e para o grau de Mestre em Enfermagem, à luz do referencial teórico adotado. Por fim, o relatório termina com a conclusão, onde é feita uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, bem como das competências inerentes à obtenção do grau de mestre em Enfermagem. Esta reflexão integra uma análise do impacto do percurso formativo na prática clínica, na autonomia profissional e no crescimento pessoal, articulando contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Complementarmente, os apêndices e anexos

integram documentação adicional pertinente, oferecendo suporte ao conteúdo apresentado ao longo do relatório e aos processos formativos descritos.

O relatório encontra-se redigido em conformidade com as Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na UÉESESJD (2023) e com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e segue as normas de referência da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

Na elaboração deste trabalho foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial generativa como apoio à revisão linguística, reformulação textual e organização do conteúdo. Todo o texto foi posteriormente analisado, validado e adaptado pela autora, que assume a responsabilidade integral pelo rigor científico, interpretação da evidência e conclusões apresentadas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O presente capítulo estabelece a fundamentação teórica e conceptual que sustentou o percurso formativo e a intervenção especializada. Em primeira instância, explora-se o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, demonstrando o seu contributo para a sistematização da melhoria da qualidade dos cuidados à PSC.

Subsequentemente, procede-se à concetualização da problemática, integrando a síntese da evidência científica resultante da *Scoping Review* sobre a segurança da via aérea em doentes submetidos a VMI durante o transporte intra-hospitalar. Por fim, é feita uma análise do papel do EEEMC-PSC à luz dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e das políticas de segurança do doente.

2.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE JUNE LARRABEE

A consolidação de boas práticas em enfermagem requer a articulação entre evidência científica, pensamento crítico e uma atuação profissional consciente e intencional. Neste sentido, Brandão et al. (2019) defendem a necessidade de integrar o conhecimento disciplinar estruturado na prática clínica, reforçando o papel das teorias como base para a construção de intervenções fundamentadas. Assim, as teorias de enfermagem constituem instrumentos essenciais para sustentar práticas rigorosas, coerentes e orientadas para os resultados, permitindo ao enfermeiro desenvolver raciocínios clínicos que ultrapassam a mera experiência empírica (Younas & Quennell, 2019).

Como salientam Brandão et al. (2019), a prática de enfermagem deve articular-se com referenciais teóricos robustos, capazes de explicar, prever e orientar fenómenos complexos no âmbito do cuidado, contribuindo para a superação da dicotomia entre teoria e prática. De forma complementar, Younas e Quennell (2019) evidenciam que a utilização de teorias facilita a organização do conhecimento disciplinar e a sua aplicação no contexto clínico, promovendo uma prática mais consistente e fundamentada.

Deste modo, as teorias fortalecem o processo de tomada de decisão, ao fornecerem ao enfermeiro um quadro conceptual que orienta a interpretação do contexto, a avaliação das necessidades e a definição de prioridades. Neste âmbito, Younas e Quennell (2019) destacam ainda que a integração de modelos teóricos na prática clínica favorece uma atuação crítica, reflexiva e contextualizada. Assim, as teorias de médio alcance assumem particular relevância, uma vez que apresentam maior aplicabilidade no quotidiano clínico e contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Brandão et al., 2019).

É neste enquadramento que se justifica a adoção da teoria de June Larrabee - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, enquanto referencial orientador deste relatório.

Ao estruturar um processo sistemático que compreende a identificação da necessidade de mudança, a análise crítica da evidência, a implementação de intervenções e a avaliação de resultados, o modelo de Larrabee promove a padronização de práticas e a monitorização de indicadores de segurança, aspetos determinantes em contextos de elevada complexidade e risco, como o transporte intra-hospitalar do doente crítico sob ventilação mecânica invasiva. O seu enfoque na melhoria contínua da qualidade, na mensuração de *outcomes* e na sustentabilidade das mudanças assistenciais revela-se, assim, particularmente congruente com os princípios da segurança do doente.

Centrado na qualidade dos cuidados, o MMPBE, surge com o propósito de modificar determinadas práticas de cuidados de enfermagem, evoluindo do conhecimento intuitivo e experiencial para uma prática fundamentada na evidência. Este modelo promove o recurso à investigação científica proveniente de fontes credíveis e atualizadas, integrando o raciocínio clínico e a análise crítica de forma rigorosa (Larrabee, 2011).

O MMPBE é composto por seis etapas e caracteriza-se pela sua natureza dinâmica, não exigindo uma sequência linear na sua execução. É possível a necessidade de regressar a etapas anteriores como meio de aperfeiçoamento do processo. Estas etapas são definidas como: avaliar a necessidade de mudança na prática; localizar as melhores evidências; realizar uma análise crítica das evidências; implementar e avaliar a mudança na prática e integrar e manter a mudança na prática (Larrabee, 2011).

A primeira etapa do modelo consiste em **identificar um problema clínico ou uma oportunidade de melhoria**, o qual pode emergir da prática quotidiana, de indicadores de qualidade, auditorias, eventos adversos ou necessidades percebidas pelos profissionais de enfermagem. Segundo Larrabee (2011), esta etapa é essencial para reconhecer discrepâncias entre práticas atuais e práticas desejáveis, servindo de ponto de partida para o processo de mudança.

Seguidamente, é necessário **analisar e compreender o problema em profundidade**, determinando a sua relevância, magnitude e impacto. Esta fase tem como objetivo clarificar a questão clínica, discutir o problema com a equipa e identificar potenciais causas, fatores contextuais e implicações éticas ou organizacionais que influenciam a situação (Larrabee, 2011). Trata-se de preparar o terreno conceptual e clínico que permitirá orientar a pesquisa de evidência.

A terceira etapa corresponde à **procura e avaliação crítica da evidência científica disponível**. Larrabee (2011) defende que os enfermeiros devem recorrer a estratégias de pesquisa estruturadas e utilizar fontes credíveis, como revisões sistemáticas, *guidelines*, estudos experimentais e observacionais. A avaliação crítica deve considerar a validade metodológica, relevância clínica e transferibilidade da evidência para o contexto real de cuidados.

Após recolhida a evidência, surge a quarta etapa de **síntese e análise de aplicabilidade**. Neste ponto, a equipa de enfermagem integra os resultados da investigação com a experiência clínica e com as preferências e necessidades dos doentes. Para Larrabee (2011), a prática baseada em evidências não consiste numa mera aplicação mecânica de resultados científicos; pelo contrário, exige um processo deliberado de adaptação ao contexto, considerando recursos, cultura organizacional, competências da equipa e possíveis barreiras à mudança.

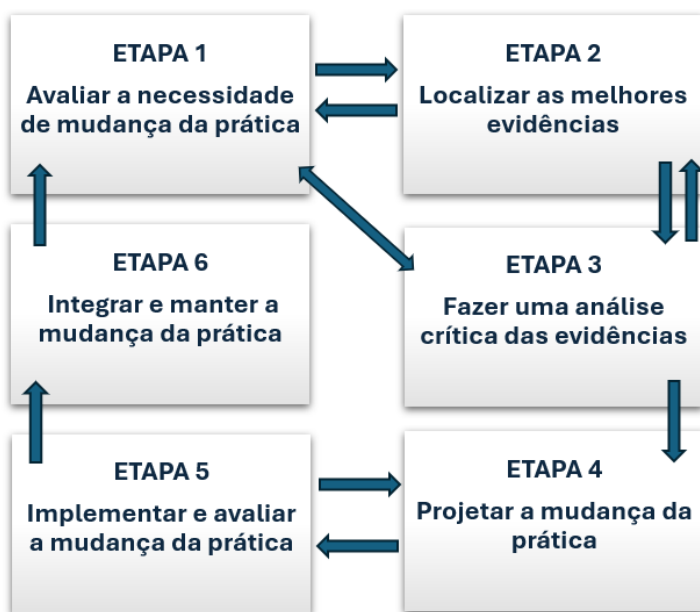
A quinta etapa consiste em **desenvolver e implementar um plano de mudança de prática**, que deve incluir formação, definição de intervenções, elaboração de materiais de suporte, implementação faseada e planeamento de indicadores. Larrabee (2011) sublinha que a mudança deve ser participativa, envolvendo os profissionais que irão implementá-la, para garantir adesão e sustentabilidade.

Segue-se a sexta etapa de **avaliação dos resultados**, onde se monitoriza o impacto da intervenção nos resultados clínicos, organizacionais e na satisfação dos doentes. A avaliação contínua permite identificar melhorias obtidas, fragilidades persistentes e possíveis ajustes necessários (Larrabee, 2011).

Por fim, a autora descreve a importância de integrar e disseminar a prática baseada em evidências, consolidando a mudança como um novo padrão institucional e promovendo a partilha de resultados com a equipa e com a organização. Para Larrabee (2011), a disseminação é parte essencial da cultura de melhoria contínua e motiva outros profissionais a adotarem práticas sustentadas na evidência.

Em suma, o modelo de Larrabee destaca-se pela sua natureza acessível, prática e orientada para a realidade clínica. A estrutura em etapas sequenciais permite aos enfermeiros conduzir processos de mudança sustentados na evidência científica, promovendo cuidados mais seguros, eficazes e alinhados com as necessidades reais dos doentes e das instituições de saúde. A sua aplicabilidade favorece a autonomia profissional, fortalece o pensamento crítico e contribui para uma cultura organizacional centrada na qualidade.

Figura 1 Esquema representativo do MMPBE



Fonte: Adaptado de Larrabee (2011)

Face à complexidade e ao risco inerente à gestão da via aérea no doente sob VMI durante o transporte intra-hospitalar, o MMPBE de Larrabee revela-se particularmente pertinente, por oferecer um referencial estruturado e operacional para identificar fragilidades na prática, sustentar decisões clínicas na melhor evidência científica e implementar intervenções padronizadas e avaliáveis. A sua natureza dinâmica, orientada para a análise crítica, para a adaptação ao contexto e para a monitorização de resultados, permite responder de forma sistemática a situações de elevada variabilidade clínica e potencial ocorrência de eventos adversos, como as associadas à manutenção da via aérea. Deste modo, ao promover a melhoria contínua da qualidade, a mensuração de *outcomes* e a sustentabilidade das mudanças, este modelo configura-se como o enquadramento teórico mais adequado para suportar a implementação de estratégias seguras e baseadas na evidência neste domínio específico dos cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente ao doente sob VMI no transporte intra-hospitalar.

2.2. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

A segurança do doente constitui um princípio basilar da qualidade em saúde e um eixo estruturante da prática clínica em enfermagem. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a segurança do doente define-se como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável, considerando o conhecimento científico disponível e os recursos existentes (World Health Organization [WHO], 2021). Por sua vez, a Direção-Geral da Saúde reforça que a implementação de práticas seguras e sistematizadas visa prevenir erros evitáveis e promover resultados clínicos mais favoráveis, integrando a segurança como dimensão indissociável da qualidade assistencial (DGS, 2022). Esta perspetiva torna-se ainda mais evidente em contextos de grande complexidade clínica, como os cuidados ao doente crítico, onde a necessidade de múltiplas intervenções, o uso constante de tecnologia e a tomada de decisões de forma célere aumentam o risco de ocorrência de eventos adversos. Nestes contextos, a segurança do doente exige uma abordagem estruturada, sustentada na padronização de processos, na vigilância contínua e no desenvolvimento de competências especializadas.

O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 reforça este compromisso estratégico, estabelecendo como prioridades a prevenção de eventos adversos, a segurança em ambientes críticos, a padronização de práticas, a comunicação eficaz entre equipas e a capacitação contínua dos profissionais de saúde (DGS, 2022). Estes eixos orientadores reconhecem que a segurança não depende apenas do desempenho individual, mas também da organização dos sistemas, da cultura institucional e do trabalho colaborativo. Neste enquadramento, o transporte intra-hospitalar do doente crítico sob VMI configura-se como um processo clínico de elevado risco, mas simultaneamente passível de melhoria através da adoção de práticas baseadas na evidência, nomeadamente protocolos institucionais, *checklists* e estratégias de comunicação estruturada, alinhadas com as recomendações do PNSD.

Paralelamente, os PQCEEMC, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, assumem um papel normativo fundamental na orientação da prática profissional. Estes padrões preconizam cuidados seguros, baseados na evidência científica, centrados na pessoa e orientados para a prevenção de complicações, atribuindo ao EE a responsabilidade de garantir um ambiente terapêutico seguro, antecipar e gerir o risco clínico, implementar medidas preventivas e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2017). Assim, o EE emerge como elemento central na coordenação

de equipas, na supervisão de procedimentos complexos e na implementação de estratégias de segurança que minimizem a ocorrência de eventos adversos.

Deste modo, a qualidade em saúde e a segurança do doente configuram-se como dimensões indissociáveis da prática de enfermagem, especialmente no cuidado à pessoa em situação crítica. O transporte intra-hospitalar do doente sob VMI constitui um domínio privilegiado para a aplicação destas políticas e referenciais, exigindo intervenções estruturadas, formação contínua, protocolos padronizados e liderança clínica do enfermeiro especialista, de forma a assegurar cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

2.3. SEGURANÇA DA VIA AÉREA DO DOENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

O transporte intra-hospitalar de doentes críticos constitui uma prática inevitável na prestação de cuidados de saúde diferenciados, sendo frequentemente necessário para a realização de exames complementares de diagnóstico, intervenções terapêuticas especializadas ou transferência entre unidades assistenciais (Murata et al., 2022). Apesar da sua natureza rotineira nos contextos hospitalares, este processo implica a deslocação de pessoas clinicamente instáveis, altamente dependentes de suporte tecnológico e de vigilância contínua, para ambientes transitórios onde as condições de monitorização e controlo podem ser menos favoráveis do que nas unidades de cuidados intensivos (Murata et al., 2022).

Neste sentido, o transporte intra-hospitalar é conceptualizado como a movimentação do doente dentro da própria instituição de saúde, mantendo-se a necessidade de assegurar, de forma ininterrupta, a continuidade do suporte vital e da monitorização clínica, circunstância que o caracteriza como um procedimento intrinsecamente complexo e potencialmente gerador de risco (Murata et al., 2022).

A vulnerabilidade associada a este contexto é particularmente evidente na pessoa em situação crítica, definida como aquela que apresenta falência ou disfunção aguda de um ou mais órgãos vitais e que depende de intervenções terapêuticas avançadas e monitorização contínua para a manutenção da vida. De acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados

Intensivos, em articulação com a Ordem dos Médicos, a prestação de cuidados a estes doentes exige planeamento rigoroso, equipas diferenciadas e protocolos estruturados, sobretudo em momentos de transição assistencial, como o transporte, nos quais o risco de descompensação clínica se encontra aumentado (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] & Ordem dos Médicos, 2023).

Entre os suportes mais frequentemente necessários nestes doentes destaca-se a ventilação mecânica invasiva, definida como uma estratégia terapêutica que substitui ou auxilia a ventilação espontânea através de uma via aérea artificial, permitindo assegurar trocas gasosas adequadas quando a função respiratória se encontra comprometida. A dependência deste suporte implica que a manutenção da segurança da via aérea (incluindo a permeabilidade, a correta fixação do tubo endotraqueal, a integridade do circuito ventilatório e a monitorização contínua dos parâmetros respiratórios) seja determinante para a estabilidade clínica do doente (Lin et al., 2020; SPCI & Ordem dos Médicos, 2023). Qualquer interrupção inadvertida do suporte ventilatório pode traduzir-se rapidamente em hipoxemia, instabilidade hemodinâmica ou deterioração aguda do estado geral, reforçando a necessidade de intervenções altamente especializadas durante o transporte (Murata et al., 2022).

A evidência científica tem vindo a sublinhar que a segurança neste contexto não depende exclusivamente de competências técnicas individuais, mas sim de uma abordagem sistémica que integre planeamento prévio, organização dos recursos, padronização de procedimentos e formação específica das equipas envolvidas. Estudos que implementaram programas estruturados de melhoria da qualidade e análise proativa de risco demonstraram ganhos significativos na segurança do transporte de doentes ventilados, evidenciando a importância de estratégias organizacionais consistentes e baseadas em evidência (Lin et al., 2020). Paralelamente, investigações anteriores apontam que a manipulação frequente da via aérea e a instabilidade associada às deslocações hospitalares podem contribuir para complicações respiratórias adicionais, o que reforça a necessidade de práticas sistematizadas e seguras neste processo (Bercault et al., 2005).

Deste modo, a segurança da via aérea do doente sob ventilação mecânica invasiva durante o transporte intra-hospitalar emerge como uma área prioritária de intervenção clínica, de gestão do risco e de desenvolvimento científico, exigindo a fundamentação das práticas profissionais na

melhor evidência disponível. É neste enquadramento que se justifica a análise e sistematização do conhecimento existente, de forma a sustentar intervenções seguras e padronizadas.

Como tal, para sustentar a intervenção neste relatório, procedeu-se a uma revisão da literatura do tipo *Scoping Review*, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), orientada pela questão: "Quais as práticas atuais e recomendações para garantir a segurança da via aérea em doentes ventilados durante o transporte intra-hospitalar?".

O processo de pesquisa e síntese de evidência, que culminou na análise de 7 estudos e na elaboração de um artigo científico (disponível no Apêndice I), permitiu identificar que o transporte intra-hospitalar é um período de elevada vulnerabilidade para a pessoa em situação crítica.

A análise da evidência científica permitiu identificar que a incidência de eventos adversos neste contexto é alarmante, com estudos a reportarem taxas que podem atingir os 78,8% (Putra et al., 2022). As complicações mais frequentemente documentadas incluem a instabilidade hemodinâmica, a hipoxemia grave e ocorrências críticas relacionadas com a via aérea, como a extubação acidental e a falha de equipamento de ventilação (Alizadeh Sharafi et al., 2020; Branson & Rodriguez Jr., 2020). Identificou-se que a preparação inadequada do doente e do equipamento, bem como a ausência de protocolos padronizados, constituem os principais fatores preditores destes eventos (Hu et al., 2021; Putra et al., 2022).

A evidência aponta assim, inequivocamente, para a necessidade de sistematização de processos. A literatura analisada demonstra que a implementação de *checklists* de verificação de segurança e a padronização da composição das equipas de transporte (com formação especializada) são estratégias eficazes na redução da mortalidade e de eventos adversos (Canellas et al., 2020; Nisha & Theresa, 2022). Adicionalmente, a evidência enfatiza a necessidade imperiosa de monitorização contínua avançada, incluindo a capnografia (Branson & Rodriguez Jr., 2020), e a existência de protocolos institucionais escritos, cuja ausência está diretamente associada ao aumento do risco para a pessoa em situação crítica (Hu et al., 2021; Lin et al., 2020).

2.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O EE em EMC-PSC, detém competências específicas que o tornam um elemento central na gestão do transporte intra-hospitalar. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EE em EMC-PSC, este profissional é responsável pela vigilância contínua da pessoa em situação crítica, pela antecipação de complicações, pela gestão avançada da via aérea e da ventilação mecânica, bem como pela tomada de decisão clínica em contextos de elevada instabilidade (OE, 2018a). No transporte intra-hospitalar do doente sob VMI, o EE em EMC-PSC desempenha um papel determinante na aplicação dos padrões de qualidade relacionados com a segurança, a continuidade dos cuidados, a prevenção de eventos adversos e a coordenação da equipa. A sua intervenção inclui a avaliação clínica prévia, a validação das condições de estabilidade do doente, a verificação do funcionamento e adequação dos equipamentos de monitorização e ventilação, bem como a vigilância contínua da permeabilidade da via aérea e dos parâmetros respiratórios durante todo o percurso (OE, 2018a; Hu et al., 2021). A atuação do enfermeiro especialista encontra-se igualmente alinhada com os princípios da qualidade e segurança do doente preconizados pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026, nomeadamente no que respeita à redução de riscos evitáveis, à padronização de práticas e ao desenvolvimento de competências profissionais em áreas críticas da prestação de cuidados (DGS, 2022). A liderança clínica exercida pelo EE em EMC-PSC contribui para a implementação efetiva de protocolos e *checklists* no transporte intra-hospitalar, promovendo uma prática segura, consistente e baseada na evidência científica (Canellas et al., 2020; Nisha & Theresa, 2022).

Deste modo, a integração dos Padrões de Qualidade de Enfermagem na prática do transporte intra-hospitalar do doente crítico ventilado reforça o papel do EE como fundamental na garantia da segurança da via aérea e da continuidade dos cuidados. Esta abordagem permite não só minimizar a ocorrência de eventos adversos, mas também assegurar cuidados de enfermagem diferenciados, alinhados com os referenciais da profissão e com as políticas nacionais de segurança do doente, constituindo um elemento fundamental para a análise crítica e discussão dos resultados observados na prática clínica.

3. CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O contexto clínico onde se realizam os estágios constitui um elemento fulcral na formação dos profissionais de saúde, ao proporcionar condições privilegiadas para a aquisição de conhecimentos, e desenvolvimento de competências em ambientes, devidamente supervisionados e pautados por critérios de segurança. Como tal, o presente capítulo dedica-se à análise dos contextos clínicos, com o intuito de assegurar uma caracterização rigorosa do ambiente de formação e, simultaneamente, sustentar a compreensão dos conteúdos desenvolvidos ao longo deste relatório.

Os contextos clínicos foram desenvolvidos em duas Unidades Locais de Saúde distintas, nomeadamente numa ULS da região do Alentejo e numa ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo. Os dois primeiros estágios decorreram na ULS da região do Alentejo, sendo que o primeiro, no período de 21 de abril a 20 de junho de 2025 decorreu no Serviço de Hemodinâmica e o segundo, no período de 15 de setembro a 14 de novembro de 2025, decorreu no Serviço de Urgência Polivalente. Por sua vez, o último contexto clínico teve lugar no Serviço de Medicina Intensiva numa ULS do Centro Hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo no período de 17 de novembro de 2025 a 30 janeiro de 2026.

As ULS constituem um modelo organizacional de integração vertical dos cuidados de saúde, reunindo numa única entidade administrativa os cuidados de saúde primários, hospitalares e, quando aplicável, cuidados continuados, visando assegurar a continuidade assistencial, a melhoria da qualidade dos cuidados e a gestão eficiente dos recursos disponíveis (Cruz et al., 2022). Este modelo, ao promover a articulação estruturada entre diferentes níveis de prestação, pretende reorganizar a oferta de serviços tendo em conta as necessidades das populações, reforçando a coordenação e a equidade no acesso (Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2024).

A Unidade Local de Saúde da região do Alentejo é uma entidade pública integrada no Serviço Nacional de Saúde, responsável pela prestação de cuidados de saúde à população residente no seu distrito. Desenvolve a sua atividade através de um modelo de gestão que articula cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados garantindo uma resposta assistencial completa e articulada ao cidadão (ULS, 2025). A instituição assume como missão a promoção da saúde e a prestação de cuidados diferenciados, acessíveis e humanizados, centrados nas necessidades das pessoas e da comunidade que serve. Orienta a sua ação pelos princípios de qualidade, equidade, eficiência e humanização, procurando desenvolver serviços de saúde seguros, tecnicamente competentes e sustentáveis. Neste contexto, destaca ainda o compromisso com o desenvolvimento profissional contínuo dos seus colaboradores, reconhecendo o impacto da formação na qualidade dos cuidados prestados (ULS, 2025). Esta ULS abrange uma área territorial do Alentejo, integrando unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares que asseguram a cobertura populacional de diversos concelhos da região. A instituição constitui, assim, um pilar essencial na organização dos serviços públicos de saúde no território, assumindo uma função estratégica no acesso, gestão e continuidade dos cuidados (ULS, 2025).

Por sua vez, a ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo integra o Serviço Nacional de Saúde [SNS], constituindo-se como uma entidade pública de gestão integrada responsável pela prestação de cuidados à população dos concelhos vizinhos. A missão desta ULS consiste em promover a saúde das populações sob a sua responsabilidade, assegurando o acesso a cuidados de saúde de forma equitativa, eficiente e humanizada, com enfoque na qualidade assistencial, na dignidade da pessoa e no desenvolvimento contínuo das equipas profissionais (Entidade de Serviços Partilhados do Estado, 2025). Como unidade local de saúde, a instituição assume o compromisso de integrar e articular os diferentes níveis de prestação - cuidados primários, hospitalares e cuidados de saúde comunitários - constituindo-se como uma estrutura estratégica que visa reforçar a continuidade dos cuidados, evitar fragmentações assistenciais e melhorar os resultados em saúde da população. (BICSP, 2024).

3.1. SERVIÇO DE HEMODINÂMICA

3.1.1. Enquadramento

Inaugurado no ano de 2009 e inicialmente designado por Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção - UADC, passa no ano de 2019 a designar-se por Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular do Alentejo [CRIA]. Com um modelo de gestão autónomo, sob tutela do Concelho de Administração da ULS onde se encontra. Este Serviço possui características únicas de intervenção cerebrovascular no país, dando resposta às necessidades da população da região sul do país. Situa-se no piso 1 do hospital, e funciona todos os dias úteis entre as 8h-20h e em regime de prevenção permanente 24 horas, 7 dias por semana, dando resposta a situações emergentes assegurando assim a Via Verde Coronária [VVC] para doentes com enfarte agudo do miocárdio [EAM].

3.1.2. Estrutura Organizacional, Recursos Físicos e Materiais

No que remete ao espaço físico, o serviço é composto por:

- duas salas de angiografia (Sala I e II), ambas estão equipadas com desfibrilhador, ventilador e todo o equipamento para intervenção em suporte avançado de vida;
- duas salas de comando de apoio à angiografia, estas salas são compostas por vários equipamentos informáticos (visualizadores de imagem; consolas de raio-X; computadores; polígrafos, entre outros) que permitem igualmente a realização de relatórios de procedimentos realizados;
- um recobro com 5 cadeirões e 3 unidades devidamente equipadas, onde os utentes recuperam após a realização dos procedimentos. Nesta sala, são ainda realizadas admissões de utentes que serão submetidos a procedimentos programados em contexto de ambulatório.

Apresenta uma vasta oferta de serviços, abrangendo diversas áreas, nomeadamente:

- Cardiologia de Intervenção: Cardíaca e Estrutural;
- Aritmologia;
- Eletrofisiologia;
- Neurorradiologia;
- Radiologia de Intervenção;

- Nefrologia;
- Cirurgia Vascular.

A especialidade médica de Cardiologia é, sem dúvida, a maioritária no serviço, dividindo-se em distintas áreas consoante os procedimentos que oferece. As áreas são então a Arritmologia e a Hemodinâmica. Além de oferecer cuidados ao doente com EAM, permite igualmente a realização de procedimentos como a implantação de Pacemakers Definitivos e/ou Cardioversores/Desfibriladores e Ressincronizadores; Angiografias Coronárias diagnósticas e/ou Angioplastias Coronárias; e Implantação de Válvula Aórtica Transcateter [TAVI].

Neste momento, a cardiologia de intervenção estrutural assume um papel relevante no serviço, com a implantação das TAVI. Este procedimento emerge como uma solução viável, proporcionando uma opção minimamente invasiva para a substituição da válvula aórtica. Neste sentido, o serviço disponibiliza consultas de enfermagem e médicas pré TAVI, com o objetivo de colher dados relevantes sobre a situação clínica do utente antes da realização deste procedimento e consultas de *Follow UP* cerca de um mês pós procedimento com o intuito de perceber como se encontram os utentes pós intervenção.

Embora a Cardiologia constitua a especialidade médica com maior expressão no Serviço de Hemodinâmica, esta unidade presta igualmente cuidados no âmbito de outras especialidades, nomeadamente Cirurgia Vascular, Nefrologia ou Radiologia de Intervenção. No contexto da Cirurgia Vascular, são realizados procedimentos como angiografias e angioplastias da artéria aorta, das artérias carótidas e das artérias dos membros inferiores, incluindo as artérias femorais, poplíteas e pediosas. Relativamente à especialidade de Nefrologia, são efetuadas angiografias de acessos vasculares venosos e arteriais, flebografias, bem como a implantação e revisão de cateteres centrais destinados a hemodiálise. Por sua vez, a Radiologia de Intervenção consiste essencialmente na realização de biópsias hepáticas, pulmonares.

O serviço encontra-se, também, a desenvolver um estudo, denominado “*CoroPrevention*”, em parceria com a Universidade de Tampere na Finlândia. Este estudo tem como objetivo investigar os efeitos que o aconselhamento do estilo de vida direcionado e personalizado e a terapêutica farmacológica otimizada podem ter na ocorrência de eventos cardiovasculares, em pessoas com doença cardíaca coronária estável com alto risco de eventos cardiovasculares.

No que respeita à gestão de dados relacionada com os processos de saúde dos utentes é feita com recurso ao programa CardioBase. Este permite o registo estruturado de todos os procedimentos de cardiologia de intervenção, incluindo angiografia coronária, angioplastia, implante de stents, e registo de materiais utilizados. A nível clínico, o CardioBase fornece suporte ao acompanhamento longitudinal do doente, permitindo que toda a equipa aceda ao histórico de intervenções, complicações e terapias prévias, o que potencia decisões terapêuticas mais seguras e fundamentadas (CardioBase, 2024). Os registos de enfermagem são também efetuados com recurso a este software.

3.1.3. Recursos Humanos

O corpo clínico do serviço caracteriza-se pela sua natureza multidisciplinar, incluindo enfermeiros, médicos (dos vários ramos de especialização mencionado em cima), bem como técnicos superiores de imagiologia e cardiopneumologia, técnicos auxiliares de saúde [TAS] e um assistente técnico.

A equipa de enfermagem é composta por 9 elementos, dos quais 7 detêm especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, correspondendo a uma taxa de diferenciação superior a 75%.

O recobro do serviço de hemodinâmica enquadra-se num contexto de vigilância acrescida, onde, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, a dotação de enfermagem deve ser ajustada à complexidade e carga de cuidados. Na prática, este contexto apresenta rácios frequentemente compreendidos entre 1 enfermeiro para 2 a 4 doentes, podendo aproximar-se de 1:1 em situações de maior instabilidade, como no período imediato pós-procedimento estrutural cardíaco, garantindo vigilância contínua e intervenção atempada (OE, 2019b).

A gestão da equipa de enfermagem é assegurada por uma enfermeira especialista em EMC-PSC, que desempenha funções de coordenação e gestão da unidade, acumulando estas responsabilidades com a prestação direta de cuidados. Por sua vez, no que remete à equipa de prevenção, esta é constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico superior de cardiopneumologia, um técnico superior de radiologia, um técnico auxiliar de saúde e um assistente técnico.

A organização dos cuidados é realizada segundo o método por posto de trabalho, no qual os enfermeiros são responsáveis pelos doentes localizados numa determinada área física do serviço durante o período de trabalho. Este modelo privilegia a distribuição dos cuidados em função da localização dos doentes, permitindo uma gestão mais racional dos recursos e uma maior proximidade na vigilância clínica.

3.1.4. Apreciação do contexto sob a perspetiva do enfermeiro especialista

A análise do contexto do Serviço de Hemodinâmica, à luz das competências desenvolvidas nas unidades curriculares do curso de especialização em EMC-PSC, permitiu reconhecer este espaço como um ambiente altamente diferenciado do ponto de vista tecnológico, mas simultaneamente marcado por elevada complexidade clínica e por frequentes transições assistenciais. A existência de salas de intervenção equipadas com imagiologia avançada, ventiladores, monitorização multiparamétrica e material de suporte avançado de vida, associada a uma equipa multidisciplinar experiente e a uma percentagem significativa de enfermeiros especialistas, cria condições favoráveis à estabilização imediata do doente crítico durante os procedimentos invasivos.

Contudo, os conhecimentos adquiridos nas áreas de segurança do doente, ventilação mecânica invasiva e gestão do risco permitiram uma leitura mais crítica da prática, evidenciando que os momentos de maior vulnerabilidade não ocorrem apenas durante o procedimento técnico, mas sobretudo nas fases de transição, nomeadamente no recobro e no transporte intra-hospitalar para outras unidades. Muitos destes doentes encontram-se sob sedação, com compromisso hemodinâmico e, por vezes, dependentes de ventilação mecânica invasiva ou suporte ventilatório temporário, tornando a manutenção da permeabilidade da via aérea, a fixação adequada do tubo endotraqueal e a continuidade da ventilação aspetos prioritários de segurança.

A substituição de equipamentos fixos por dispositivos portáteis e a deslocação para fora do ambiente controlado da sala de hemodinâmica podem introduzir riscos acrescidos de desconexões acidentais, falhas de monitorização ou deterioração respiratória muito rapidamente. A importância da verificação sistemática de equipamentos, da definição clara de papéis na equipa e da utilização de *checklists*, tornam-se estratégias essenciais para minimizar eventos adversos.

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel central enquanto líder clínico e gestor do risco, promovendo a sistematização de processos, a antecipação de complicações e a continuidade dos cuidados, assegurando que a segurança da via aérea se mantém como prioridade em todas as fases do percurso assistencial do doente.

3.1.5. Análise SWOT do Serviço de Hemodinâmica

Para caracterizar a adequação do contexto à temática em análise, foi realizada uma análise SWOT, permitindo identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças do Serviço de Hemodinâmica, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 1 - Análise SWOT do Serviço de Hemodinâmica

Forças	Fraquezas
- Existência de equipamento de suporte avançado de vida e ventiladores nas salas, permitindo estabilização imediata do doente crítico; - Equipa altamente diferenciada (+ de 75% de enfermeiros especialistas), favorecendo liderança clínica no período pós-procedimento; - Ambiente tecnicamente preparado para resposta rápida a instabilidade hemodinâmica.	- Transporte do doente no período pós-procedimento (frequentemente hemodinamicamente instável) constitui momento de maior vulnerabilidade clínica; - Distância física entre a Hemodinâmica e a UCI/enfermarias, prolongando o tempo de exposição a risco durante o transporte; - Dependência de equipamentos portáteis durante a transição para fora do ambiente controlado.
Oportunidades	Ameaças
Implementação de <i>checklist</i> estruturada para transporte pré e pós-procedimento, promovendo verificação sistemática da via aérea e estabilidade hemodinâmica;	Avaria ou indisponibilidade do equipamento de transporte único; Emergências simultâneas que condicionem a disponibilidade de equipa experiente para acompanhar o transporte;

• Padronização de procedimentos de preparação e estabilização antes da transferência.	• Risco de instabilidade súbita (arritmias, hipotensão, necessidade de reintubação) durante o percurso.
---	---

3.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

3.2.1. Enquadramento

O Serviço de Urgência Polivalente desta ULS, constitui uma unidade assistencial de referência para o atendimento de situações urgentes e emergentes da população adulta da região do Alentejo Central. Enquadrado no Departamento de Urgência/Emergência, o SUP apresenta-se como uma urgência diferenciada, classificada como polivalente no âmbito da Rede Nacional de Referenciação Hospitalar, assegurando resposta permanente e multidisciplinar em diversas áreas clínicas (ULS, 2025).

A sua missão consiste essencialmente na observação, tratamento e encaminhamento de doentes classificados como emergentes, muito urgentes e urgentes, de acordo com os critérios definidos pelo sistema de Triagem de Manchester. A aplicação deste sistema permite uma avaliação estruturada e uma hierarquização eficaz das situações clínicas, assegurando que cada doente recebe uma resposta adequada, atempada e proporcional à gravidade da sua condição (ULS, 2025). A adoção da triagem reflete, assim, o compromisso do serviço com a qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como com a gestão eficiente dos recursos disponíveis, com o objetivo de otimizar os resultados em saúde dos doentes assistidos.

Também com o objetivo de uma organização mais eficiente do atendimento, favorecendo a redução dos tempos de espera o SUP passou a dispor da Equipa de Primeiro Atendimento [EPA], que desempenha um papel essencial na resposta às situações urgentes da população. Atuando como primeiro ponto de contacto médico. A sua atuação contribui para a melhoria da qualidade assistencial na ULS, proporcionando um atendimento mais rápido e eficaz, particularmente orientado para a resolução de situações clínicas menos complexas (ULS, 2025).

O SUP localiza-se no edifício central do hospital, no 1º piso, facilitando assim o acesso rápido aos principais exames complementares de diagnóstico, incluindo imagiologia, análises clínicas, anatomia patológica e ressonância magnética, assim como ao bloco operatório e à unidade de cuidados intensivos (localizados no piso 2), garantindo ainda proximidade à cardiologia de intervenção no serviço de hemodinâmica.

3.2.2. Estrutura Organizacional, Recursos Físicos e Materiais

No que remete ao espaço físico o SUP encontra-se estruturado da seguinte forma:

- Sala de Triagem: composta pelo posto de triagem e pelo posto da re-triagem. Onde um enfermeiro realiza a triagem (Segundo a Triagem de Manchester) e um segundo enfermeiro assume o posto da re-triagem, re triando os utentes cujo tempo de espera superou o limite estipulado para a sua primeira avaliação.
- Balcão 1 (homens) e Balcão 2 (mulheres): onde são avaliadas todas as situações de saúde da área médica, sem existência de limite de vagas, com os cuidados de enfermagem assegurados por um enfermeiro e um enfermeiro de apoio para cada balcão respetivamente. Com a particularidade que no turno da noite apenas existe um enfermeiro responsável por balcão e um enfermeiro de apoio a ambos os balcões.
- Balcão 3 (orto-cirúrgico): onde são avaliadas todas as situações do foro ortopédico e cirúrgico, com os cuidados de enfermagem assegurados por um enfermeiro. Este balcão funciona em articulação com a sala de pequena cirurgia e sala de ortopedia, específicas para tratamentos diferenciados destas áreas.
- BALCÃO 4: constituído por uma aérea aberta com capacidade total de 12 camas e 3 quartos de isolamento. É uma área destinada a utentes com permanência superior a 48h nos balcões de medicina, evitando a sua sobrelotação. Os cuidados de enfermagem são prestados por dois enfermeiros.
- Sala de Emergência: com capacidade para dois postos para a prestação de cuidados à Pessoa com emergência médica, cirúrgica, trauma, VVC e via verde Acidente Vascular Cerebral [AVC]. Os cuidados de enfermagem são assegurados pelo enfermeiro chefe de turno e, caso haja necessidade, com o apoio de um enfermeiro da unidade de internamento de curta duração médico-cirúrgica [UICDMC].

- UICDMC: constituída por oito camas de internamento onde são prestados cuidados a utentes com instabilidade hemodinâmica ou que requerem uma vigilância mais criteriosa. Os cuidados de enfermagem são assegurados por dois enfermeiros.

A gestão de dados relacionada com os processos de saúde dos utentes é feita com recurso ao software SClinico, o qual assegura o registo, a consulta e a integração da informação clínica relativa ao episódio no Serviço de Urgência. Este sistema permite ainda a elaboração de registos de enfermagem claros e estruturados, suportados pela CIPE, promovendo a continuidade e a transição segura dos cuidados prestados.

3.2.3. Recursos Humanos

No que respeita aos Recursos Humanos, o SUP é composto por uma equipa multidisciplinar, incluindo enfermeiros, médicos dos vários ramos de especialização, assistentes técnicos, assistentes operacionais e/ou TAS bem como técnicos superiores de imagiologia, cardiopneumologia, imunoterapia e análises clínicas. Por conseguinte, a equipa de enfermagem é composta por 82 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor, 20 enfermeiros especialistas, dos quais 10 com especialização em EMC-PSC. Isto representa uma taxa de prevalência de cerca de 12% de enfermeiros especialistas em EMC-PSC no SUP. Este valor encontra-se significativamente abaixo dos 50% recomendados pela Ordem dos Enfermeiros para serviços de urgência. Considerando a elevada afluência e a tipologia de doentes críticos assistidos, o rácio enfermeiro/doente varia consoante o turno, podendo ultrapassar valores seguros recomendados. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, contextos com doentes de elevada dependência exigiriam dotações próximas de 1:1 ou 1:2 (OE, 2019b). Verifica-se, assim, que a dotação existente poderá não assegurar de forma consistente a vigilância contínua da via aérea, constituindo um potencial fator de risco para a segurança do doente, particularmente durante o transporte intra-hospitalar. A organização dos cuidados segue um modelo misto, predominando o método de trabalho em equipa por áreas funcionais (por exemplo, a equipa da sala de reanimação). Contudo, a proporção de enfermeiros especialistas em EMC-PSC, como já referido, é de apenas 12%, situando-se muito abaixo do referencial preconizado para os serviços de urgência.

3.2.4. Apreciação do contexto sob a perspetiva do enfermeiro especialista

O Serviço de Urgência Polivalente caracteriza-se por apresentar uma elevada afluência de doentes, grande rotatividade, sobrelotação frequente e múltiplos estímulos simultâneos, constituindo um ambiente de elevada imprevisibilidade onde a deterioração clínica pode ocorrer de forma súbita. A proximidade a serviços de diagnóstico e terapêutica e a existência de sala de emergência equipada para suporte avançado de vida constituem fatores facilitadores da estabilização inicial; contudo, a pressão assistencial e a limitação de recursos humanos diferenciados podem comprometer a vigilância contínua do doente crítico.

A mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares sobre a abordagem sistematizada à pessoa em situação crítica, ventilação mecânica e segurança do doente permitiu compreender que este contexto representa um período particularmente sensível para a segurança da via aérea. Muitos doentes iniciam ventilação mecânica invasiva no próprio serviço e necessitam de transporte urgente para a imagiologia, bloco operatório ou cuidados intensivos, frequentemente em situações de instabilidade hemodinâmica e com preparação limitada pelo fator tempo.

A sobrelotação, a disposição física do espaço e a reduzida percentagem de enfermeiros especialistas podem dificultar a organização prévia do transporte, aumentando o risco de omissões na verificação do ventilador portátil, na disponibilidade de oxigénio, na fixação do tubo endotraqueal ou na monitorização contínua. Os conteúdos relativos à gestão do risco clínico e cultura de segurança permitiram interpretar estes constrangimentos como fatores predisponentes à ocorrência de eventos adversos evitáveis.

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel determinante na gestão clínica do doente crítico, destacando-se pela capacidade de priorizar intervenções, promover a estabilização prévia à transferência, organizar os recursos disponíveis e articular eficazmente os diferentes elementos da equipa. Paralelamente, incentiva a adoção de procedimentos uniformizados e baseados na evidência, contribuindo para uma prática mais consistente e segura. A sua atuação diferenciada permite conferir maior estrutura e previsibilidade a um ambiente potencialmente desorganizado, diminuindo a variabilidade dos cuidados e assegurando que a manutenção da via

aérea e a continuidade do suporte ventilatório se mantêm como prioridades fundamentais durante todo o transporte intra-hospitalar.

3.2.5. Análise SWOT para o Serviço de Urgência Polivalente

No sentido de enquadrar criticamente o contexto do Serviço de Urgência Polivalente à luz das exigências da prática especializada e da segurança do doente crítico, foi realizada uma análise SWOT. Esta ferramenta possibilitou uma leitura integrada dos recursos disponíveis, das fragilidades organizacionais e dos riscos potenciais associados ao transporte intra-hospitalar, bem como das oportunidades de melhoria da prática clínica. A síntese desta análise é apresentada na tabela seguinte.

Tabela 2 - Análise SWOT para o Serviço de Urgência Polivalente

Forças	Fraquezas
• Proximidade com os serviços de imagiologia e UCI (piso 2), permitindo redução do tempo de transporte do doente crítico ventilado; • Existência de Via Verde e Sala de Emergência devidamente equipadas para estabilização inicial da via aérea; • Disponibilidade de meios de monitorização durante fases críticas.	• Sobrelotação do serviço, com presença de macas nos corredores, criando obstáculos físicos à passagem segura de macas com ventiladores portáteis e monitores; • Rácio insuficiente de enfermeiros especialistas para liderar e supervisionar transportes intra-hospitalares complexos; • Variabilidade na preparação do doente para transporte.
Oportunidades	Ameaças
• Implementação de formação em serviço sobre transporte seguro do doente crítico ventilado; • Padronização da mala de transporte e dos equipamentos essenciais de via aérea;	• Realização de transportes sob pressão temporal, com risco de omissão de etapas de estabilização e verificação de dispositivos;

• Introdução de <i>checklist</i> de verificação pré-transporte.	• Possibilidade de deslocação do tubo endotraqueal durante mobilização em espaços congestionados; • Falhas de ventilação ou monitorização durante o percurso.
---	---

3.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

3.3.1. Enquadramento

O SMI faz parte da rede de referência hospitalar de Cuidados Intensivos - Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A sua missão visa a prestação de cuidados altamente diferenciados aos doentes admitidos ou internados no Centro Hospitalar que apresentam falência de um ou mais órgãos, com risco de vida, necessitando de tratamento urgente e cuidados permanentes médicos e de enfermagem. Na UCI são internados doentes do foro médico ou cirúrgico, provenientes do Serviço de Urgência, dos Blocos Operatórios, das Enfermarias, das Unidades de Técnicas ou de Ambulatório, do Centro Hospitalar ou de outros Hospitais. [ULSa], 2025).

Encontra-se organizado em 3 áreas de atividade: Internamento (UCI), Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMI] e uma consulta de Medicina Intensiva.

O SMI é um serviço com duas Unidades. Encontra-se localizado no piso 1 e piso 3 do hospital, configurando-se de acordo com diferentes níveis de cuidados. No piso 1, o SMI é classificado como uma unidade polivalente de nível III, dispondo de 7 camas, das quais duas são destinadas a unidades de isolamento. Por sua vez, no piso 3 dispõe de 4 camas, classificando-se como uma unidade de nível II. Trata-se de um serviço polivalente, destinado ao internamento de doentes de natureza médica, cirúrgica, cardíaca, neuro crítica e vítimas de trauma. A unidade possui Nível B de idoneidade atribuído pelo Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, sendo reconhecido o cumprimento dos requisitos estruturais e funcionais necessários à formação de médicos internos das especialidades médicas (ULSa, 2025). Os doentes são admitidos durante a fase crítica da sua condição clínica, permanecendo internados até à estabilização do quadro

clínico, sendo posteriormente transferidos para outras enfermarias do hospital, onde prosseguem o tratamento até à alta hospitalar.

Os utentes que obtêm alta hospitalar após internamento no Serviço de Medicina Intensiva são posteriormente acompanhados em Consulta de Medicina Intensiva, com o objetivo de avaliar possíveis complicações e fragilidades decorrentes do episódio de doença crítica. Nesta consulta são aplicados instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida, bem como questionários destinados a analisar o grau de satisfação dos utentes relativamente à sua experiência de internamento em cuidados intensivos (ULSa,2025).

3.3.2. Estrutura Organizacional, Recursos Físicos e Materiais

Relativamente ao espaço físico, o SMI localizado no piso 1, apresenta uma área concebida em regime de espaço aberto, que facilita a vigilância contínua dos doentes e o registo das intervenções pela equipa de enfermagem, promovendo um ambiente de trabalho que favorece a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. Nesta área aberta encontram-se cinco camas, sendo que as restantes duas correspondem a quartos de isolamento. Adjacente a esta área localiza-se a zona de trabalho de enfermagem, subdividida em zona de monitorização e registos - equipada com uma bancada com três computadores para registo clínico e um monitor central com transmissão dos parâmetros vitais das sete unidades - e zona de preparação de medicação. Em frente à área de trabalho encontram-se os dois quartos de isolamento, ambos com pressão negativa.

No que concerne ao piso 3, a unidade apresenta igualmente uma organização em espaço aberto, embora de menores dimensões, dispondo de quatro camas. À entrada da unidade, do lado esquerdo, encontra-se a área de trabalho de enfermagem, destinada à vigilância e coordenação dos cuidados. Mais adiante, no mesmo lado, localiza-se a secretaria, equipada com dois computadores para registos clínicos e um monitor central que permite a visualização contínua dos parâmetros vitais das quatro unidades. À semelhança do piso 1, esta organização espacial em área aberta favorece a monitorização contínua dos doentes, a rápida identificação de alterações clínicas e a intervenção atempada da equipa de enfermagem, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Os dados de saúde e o processo de enfermagem da pessoa são operacionalizados através do software *BSIMPLE - PATIENT CARE*, que consolida numa única plataforma digital toda a informação fundamental para o registo e suporte à tomada de decisão clínica.

3.3.3. Recursos Humanos

No que remete à equipa multidisciplinar, esta é composta por médicos, enfermeiros, TAS, e uma técnica administrativa. A equipa médica do SMI assegura uma presença contínua e permanente de dois médicos com diferenciação em Medicina Intensiva, garantindo a atividade assistencial na Unidade de Cuidados Intensivos e a resposta à emergência médica intra-hospitalar. A relação entre o número de médicos e as camas de cuidados intensivos cumpre as diretrizes nacionais em vigor, permitindo uma prestação de cuidados atempada e adequada aos doentes internados na UCI e às necessidades assistenciais do hospital (ULSa,2025). Por sua vez, a equipa de enfermagem é constituída atualmente por 53 enfermeiros, incluindo a enfermeira gestora, 10 enfermeiros detêm o título de EE em EMC, mas apenas 5 são EE em EMC-PSC, o que representa uma taxa de prevalência inferior a 10%. Este valor encontra-se significativamente abaixo dos 50% recomendados pela Ordem dos Enfermeiros para as UCI. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, aplicável às unidades de cuidados intensivos de nível II e III, é recomendada uma dotação mínima de 50% de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Pessoa em Situação Crítica, em cada turno, com cobertura contínua (OE, 2019b).

. Em cada turno de trabalho, existe um enfermeiro coordenador, responsável pela supervisão e garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como por enfermeiros prestadores de cuidados diretos, assegurando uma relação mínima enfermeiro-doente de 1:2. Embora as duas Unidades tenham níveis de diferenciação diferente, nível II e Nível III, por norma estão escalados 8 enfermeiros por turno (entre as duas unidades) Ficando 2 enfermeiros na unidade nível II com 4 camas e 6 enfermeiros na Unidade nível III com capacidade para 7 camas. Integram ainda esta equipa enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que prestam cuidados específicos nesta área. Em cada turno está igualmente assegurada, de forma contínua, a presença de um enfermeiro integrante da Equipa de EEMI no piso 1, nível III (ULSa, 2025).

No âmbito da resposta à urgência, a EEMI foi criada com o propósito de alargar a assistência ao doente crítico para além da área geográfica da Unidade de Cuidados Intensivos. A sua intervenção assume particular relevância no atendimento urgente aos doentes integrados nas Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral, contribuindo de forma determinante para o funcionamento eficaz destes circuitos assistenciais, considerados essenciais na resposta às situações emergentes da população servida pelo hospital (ULSa, 2025). A EEMI desempenha igualmente um papel central na implementação do Circuito do Doente Crítico, assegurando uma resposta rápida e adequada às situações de risco identificadas no contexto intra-hospitalar. Possui regulamento próprio e depende hierárquica e funcionalmente do SMI, para dar resposta aos cuidados urgentes e imediatos aos utentes do Hospital em risco. Funciona, em permanência, 24 horas por dia, todos os dias da semana (ULSa,2025).

Neste contexto, adota-se o Método de Trabalho Individual (ou Enfermeiro de Referência), onde cada enfermeiro assume a responsabilidade integral pelo planeamento e execução dos cuidados a um ou dois doentes. Este método é o mais seguro para a Pessoa em Situação Crítica, permitindo uma vigilância contínua da via aérea e da ventilação mecânica. O rácio enfermeiro/doente de 1:2 cumpre as recomendações para Unidades de Nível II/III.

3.3.4. Apreciação do contexto sob a perspetiva do enfermeiro especialista

O SMI constitui o contexto onde existe a maior concentração de doentes dependentes de ventilação mecânica invasiva e de múltiplos suportes orgânicos, beneficiando de monitorização contínua, tecnologia diferenciada e rácios de enfermagem mais adequados, fatores que promovem um ambiente assistencial mais seguro. A Ordem dos Enfermeiros reconhece que a prestação de cuidados altamente diferenciados à pessoa em situação crítica exige rácios de enfermagem ajustados à complexidade assistencial, permitindo vigilância contínua, antecipação de complicações e intervenção especializada (OE, 2019b). A organização em *open space*, a vigilância permanente e o método de enfermeiro de referência favorecem a deteção precoce de alterações clínicas e a intervenção imediata, assegurando um controlo rigoroso da via aérea e dos parâmetros ventilatórios.

Os conhecimentos teóricos adquiridos previamente sobre ventilação mecânica, segurança do doente e gestão do risco sustentaram uma prática clínica mais crítica e fundamentada, permitindo

interpretar de forma integrada os dados fisiológicos, antecipar complicações e implementar intervenções baseadas na evidência. Este contexto possibilitou consolidar competências avançadas na gestão do doente ventilado, reforçando a importância da monitorização contínua e da manutenção da estabilidade respiratória e hemodinâmica.

Todavia, foi possível constatar que, apesar das condições assistenciais diferenciadas existentes na unidade, o transporte intra-hospitalar para exames complementares ou procedimentos externos representa um momento de maior vulnerabilidade para a pessoa em situação crítica, associado à transição para equipamentos portáteis e à saída do ambiente altamente controlado da unidade. Estes fatores podem comprometer a continuidade do suporte ventilatório, hemodinâmico e terapêutico, aumentando o risco de intercorrências clínicas e eventos adversos. Paralelamente, foram identificados desafios relacionados com os recursos humanos, nomeadamente a rotatividade de enfermeiros e a integração frequente de profissionais com menor experiência em contexto de cuidados intensivos, exigindo adaptação rápida face à elevada pressão assistencial e reforçando a dependência do enfermeiro especialista na supervisão clínica e na garantia da segurança dos cuidados. Do ponto de vista organizacional, os transportes intra-hospitalares são frequentemente realizados sob pressão temporal, podendo ocorrer interrupções dos cuidados planeados e dificuldade em assegurar equipas completas e devidamente preparadas para acompanhar doentes de elevada complexidade. Estes fatores, associados à transição entre equipas e contextos assistenciais, podem comprometer a vigilância contínua e a comunicação estruturada, reforçando a necessidade de planeamento rigoroso, liderança clínica e prática baseada na evidência para garantir a segurança da pessoa em situação crítica.

Neste processo, o enfermeiro especialista assume um papel determinante na preparação criteriosa do transporte, na verificação sistemática de equipamentos e na coordenação da equipa, garantindo que a segurança da via aérea e a estabilidade clínica do doente sob ventilação mecânica se mantêm ininterruptas ao longo de todo o percurso assistencial.

3.3.5. Análise SWOT para o Serviço de Medicina Intensiva

No seguimento da apreciação crítica do contexto sob a perspetiva da enfermagem especializada, procedeu-se à realização de uma análise SWOT ao Serviço de Medicina Intensiva, permitindo uma leitura integrada dos recursos disponíveis, das limitações organizacionais e dos

riscos associados aos cuidados ao doente crítico ventilado. Esta abordagem evidencia igualmente oportunidades de intervenção e melhoria contínua da prática clínica, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 3 - Análise SWOT para o Serviço de Medicina Intensiva

Forças	Fraquezas
• Rácio 1:2 permite acompanhamento seguro; • Existência de Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) integrada no serviço; • Monitorização centralizada.	• Necessidade frequente de transporte para imagiologia (risco de deslocação de tubo); • Espaço físico pode limitar a manobra de macas de transporte complexas. • Dependência de equipamentos portáteis com autonomia limitada.
Oportunidades	Ameaças
• Local ideal para testar e validar a <i>Checklist de Transporte</i> desenvolvida no projeto (Competência de Mestre); Criação de formação em serviço sobre VMI no transporte.	• Risco de infeção cruzada (IACS) durante o transporte para fora da unidade; • Desconexões acidentais do ventilador ou circuitos durante a mobilização do doente; • Hipoxia transitória associada a falhas de ventilação durante transições de equipamentos; • Risco acrescido de aspiração e instabilidade hemodinâmica fora do ambiente controlado da unidade;

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O presente capítulo constitui um momento de síntese e reflexão crítica do percurso formativo desenvolvido ao longo do mestrado, assumindo-se como um espaço de análise do processo de aprendizagem e do impacto deste na consolidação das competências inerentes ao EE em EMC-PSC e ao grau de Mestre em Enfermagem. Mais do que descrever experiências, pretende-se problematizar o desenvolvimento profissional à luz dos referenciais científicos, normativos e ético-deontológicos que sustentam o exercício especializado, evidenciando a forma como o conhecimento teórico, a prática clínica e a reflexão sistemática se interligam na construção de cuidados seguros, diferenciados e baseados na evidência.

O conceito de competência assume, em enfermagem, uma natureza multidimensional uma vez que exige a aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades pessoais, permitindo um bom juízo clínico e tomada de decisão. De acordo com o *International Council of Nurses* [ICN] (2010), a competência corresponde à aplicação eficaz da combinação entre conhecimento, habilidades e julgamento profissional no exercício da prática, sendo um elemento central para a segurança e excelência dos cuidados. Esta definição reforça a dimensão integrada da competência, entendida como um processo dinâmico que envolve atualização contínua e capacidade de adaptação a diferentes contextos clínicos. A Organização Mundial da Saúde sublinha igualmente que os profissionais de saúde devem desenvolver competências que integrem pensamento crítico, prática baseada na evidência e responsabilidade ética, de forma a responder aos desafios crescentes da complexidade assistencial e organizacional (WHO, 2016; WHO, 2022).

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2018b) enquadra a prática especializada como um exercício de autonomia clínica acrescida, responsabilidade profissional reforçada e capacidade de liderança, investigação e desenvolvimento da qualidade dos cuidados. Assim, a competência especializada implica diferenciação técnico-científica, reflexão crítica e intervenção fundamentada, assegurando decisões seguras, oportunas e ajustadas às necessidades da pessoa em situação crítica.

O enquadramento das competências do EE encontra-se claramente definido pelos referenciais da Ordem dos Enfermeiros, que estabelecem um perfil de competências comuns, transversais a todas as áreas de especialização, e competências específicas, ajustadas às exigências clínicas de cada domínio.

O perfil de competências comuns do enfermeiro especialista contempla domínios relacionados com a prestação de cuidados diferenciados, gestão da qualidade e segurança, formação, investigação e liderança clínica, promovendo práticas sustentadas na melhor evidência disponível (OE, 2019a).

Complementarmente, o perfil de competências específicas do EE em EMC-PSC enfatiza a capacidade de avaliar, intervir e monitorizar situações de instabilidade aguda, gerir a emergência, prevenir complicações e apoiar a pessoa e família em contextos de elevada vulnerabilidade, assegurando cuidados altamente complexos e tecnicamente exigentes (OE, 2018a).

Paralelamente, a dimensão académica do grau de mestre amplia o âmbito da prática profissional, integrando competências avançadas de análise crítica, investigação, inovação e gestão do conhecimento. De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre pressupõe a aquisição de conhecimentos especializados e a capacidade de resolver problemas complexos em contextos multidisciplinares, sustentando decisões técnico-científicas autónomas. De forma convergente, o Regulamento n.º 429/2018 reconhece ao enfermeiro especialista maior responsabilidade na tomada de decisão clínica, coordenação de equipas, supervisão e desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, reforçando o seu papel como agente de mudança organizacional e promotor da qualidade assistencial.

A compreensão deste processo de desenvolvimento de competências beneficia da articulação com modelos teóricos que valorizem a integração entre evidência científica e prática clínica. Neste âmbito, o Modelo da Prática Baseada em Evidências proposto por June Larrabee assume particular relevância, ao defender um percurso sistemático que envolve a identificação de problemas da prática, pesquisa crítica da evidência, implementação de intervenções e avaliação de resultados (Larrabee, 2011). A adoção desta perspetiva permite compreender a aprendizagem como um processo dinâmico e reflexivo, no qual o enfermeiro questiona a prática, analisa resultados e promove mudanças sustentadas, contribuindo para ganhos em saúde e para a excelência dos cuidados (Larrabee, 2011).

Os estágios realizados em contextos diferenciados, nomeadamente no Serviço de Hemodinâmica, Serviço de Urgência Polivalente e Unidades de Cuidados Intensivos, constituíram espaços privilegiados de integração entre teoria e prática, favorecendo a mobilização de saberes técnico-científicos, o desenvolvimento do pensamento crítico, a capacidade de priorização, a gestão do risco e a liderança situacional. Estas experiências permitiram consolidar competências essenciais na prestação de cuidados à PSC, reforçando simultaneamente a autonomia profissional, a responsabilidade ética e a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar.

Assim, neste capítulo é desenvolvida uma análise reflexiva do percurso de aquisição de competências, articulando as dimensões comuns e específicas do EE com as competências associadas ao grau de Mestre em Enfermagem. Parte-se do entendimento de que estas dimensões se complementam e potenciam mutuamente, permitindo uma abordagem holística, crítica e baseada na evidência, orientada para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. A reflexão sobre este processo assume-se, deste modo, como um elemento fundamental para a consolidação de uma identidade profissional avançada e para o exercício de uma enfermagem diferenciada e responsável.

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

O domínio das competências comuns do EE constitui o alicerce da prática profissional diferenciada, garantindo que o exercício clínico especializado se desenvolve em conformidade com

princípios éticos, legais, organizacionais e científicos (OE, 2019a). Estes domínios estruturam-se em quatro eixos fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Todavia, no contexto do grau de Mestre em Enfermagem, estes domínios assumem uma dimensão ampliada, refletindo a exigência de desenvolvimento de competências avançadas de natureza científica, técnica e ética (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). A responsabilidade ética implica não apenas o cumprimento normativo, mas também a capacidade de integrar conhecimentos complexos e refletir criticamente sobre as implicações éticas e sociais das decisões clínicas (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

A melhoria contínua da qualidade exige competências de análise crítica, aplicação da evidência científica e comunicação fundamentada de resultados em contextos multidisciplinares, alinhando-se com os descritores de qualificação para o ensino superior (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). A gestão dos cuidados implica liderança clínica sustentada em raciocínio científico e capacidade de adaptação a situações novas e não familiares, características inerentes ao nível de qualificação de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Finalmente, o desenvolvimento profissional exige aprendizagem autónoma ao longo da vida e capacidade de produção e aplicação de conhecimento, competências centrais associadas ao grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Assim, neste subcapítulo procede-se à análise reflexiva de cada domínio das competências comuns, articulando-o explicitamente com as competências de mestre, evidenciando como estas potenciaram uma prática clínica mais fundamentada, crítica e transformadora.

4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

As competências que integram este domínio são:

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019a):

- “A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais.”

- “A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”

Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, Artigo 15.º):

- “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.”

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um eixo estruturante da prática do EE, exigindo o desenvolvimento de uma prática ética e legal na área de especialidade, em conformidade com as normas legais (A1), e garantindo cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) (OE, 2019a).

De acordo com Nunes (2020), a enfermagem, enquanto profissão autorregulada, assenta em princípios éticos e deontológicos claramente definidos, que devem orientar a prática profissional. Estes princípios encontram-se consagrados na Deontologia Profissional do Enfermeiro, nomeadamente no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE]. Este último reforça a obrigatoriedade de os enfermeiros adotarem uma conduta ética e responsável, pautada pelo respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos legalmente protegidos (OE, 2015b). O exercício profissional não se limita, assim, à execução técnica de intervenções, mas integra uma dimensão moral e legal indissociável da prática clínica.

A compreensão e aplicação destes princípios foram aprofundadas ao longo do percurso formativo, mobilizando conhecimentos adquiridos essencialmente na Unidade Curricular de Ética e Deontologia e que permitiram consolidar a análise crítica de dilemas ético-legais na prática clínica. Neste âmbito, o Modelo de Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee constituiu um referencial teórico relevante para interpretar as situações vivenciadas nos contextos de estágio, permitindo estruturar o processo reflexivo desde a identificação de problemas na prática até à implementação de intervenções fundamentadas.

No contexto do Serviço de Hemodinâmica, tive a oportunidade de vivenciar uma situação particularmente ilustrativa deste domínio. Tratava-se de um doente proposto para implantação percutânea de válvula aórtica (TAVI), com consentimento informado previamente assinado. No entanto, durante a preparação pré-procedimento, tornou-se evidente que o doente apresentava dúvidas relativamente aos riscos associados à intervenção, demonstrando hesitação e insegurança. Apesar do cumprimento formal do procedimento de consentimento informado, considerei que o princípio da autonomia não se encontrava plenamente assegurado, o que, à luz do Modelo de Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, corresponde à Etapa 1 - Avaliar a necessidade de mudança na prática, ao identificar uma possível lacuna entre o procedimento instituído e a efetiva compreensão da pessoa relativamente à decisão clínica.

Perante esta situação, mobilizei os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Ética e Deontologia, bem como os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros, procedendo à análise crítica da situação à luz do enquadramento ético e legal do consentimento informado. Este processo correspondeu às Etapas 2 e 3 do modelo de Larrabee - localizar e analisar criticamente a evidência disponível, reconhecendo que o consentimento deve ser entendido como um processo contínuo de comunicação e não apenas como um ato burocrático.

Assim, em articulação com a Supervisora Clínica, assumimos a responsabilidade de clarificar, numa linguagem acessível, os principais riscos e benefícios do procedimento, assegurando que o doente compreendia a informação e que a sua decisão era verdadeiramente livre e esclarecida. Esta intervenção pode ser compreendida como a Etapa 4 - projetar a mudança na prática e a sua concretização corresponde à Etapa 5 - implementar a mudança, garantindo o respeito pelos direitos humanos, pela autodeterminação da pessoa e pelas normas legais que regulam o consentimento informado, conforme preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015a).

Na Unidade de Cuidados Intensivos, a responsabilidade ética e legal manifestou-se igualmente na forma como era organizado o acolhimento à família da pessoa em situação crítica. No serviço, realizávamos uma reunião inicial estruturada com os familiares, designada “Acolhimento à Família”, na qual eram explicados o funcionamento da unidade, os horários, as normas de visita e os principais dispositivos e intervenções frequentemente utilizados. Nesta reunião era identificado um familiar de referência, que passava a assumir o papel de interlocutor privilegiado para a transmissão posterior de informação clínica. Esta prática permitia garantir maior controlo e rigor

na partilha de dados sensíveis, protegendo a confidencialidade da informação e respeitando o dever de sigilo profissional consagrado no artigo 106.º do Código Deontológico (OE, 2015a).

Sempre que possível, estas reuniões eram realizadas em espaço reservado, junto do gabinete médico, salvaguardando a privacidade da pessoa e da família. Esta preocupação com o contexto em que a comunicação ocorre evidencia que o respeito pela intimidade não se limita ao conteúdo da informação transmitida, mas inclui também as condições em que essa informação é partilhada. À luz do modelo de Larrabee, esta prática pode ser interpretada como resultado da integração da evidência e da implementação de intervenções orientadas para a melhoria da prática, correspondendo às Etapas 4 e 5 do modelo - projetar e implementar mudanças que promovam cuidados eticamente seguros.

Durante o estágio em contexto de Serviço de Urgência, a reflexão sobre este domínio assumiu contornos particularmente desafiantes. A elevada afluência ao serviço e as limitações físicas do ambiente de trabalho dificultavam frequentemente a manutenção da privacidade e da confidencialidade. Tanto nos Balcões como na Sala de Emergência, a passagem de ocorrências era muitas vezes realizada junto da pessoa, aumentando o risco de exposição indevida de informação clínica.

Esta realidade confrontou-me com um dilema ético concreto: como garantir o cumprimento dos princípios da confidencialidade e do respeito pela intimidade num contexto estruturalmente desfavorável? À luz do Modelo de Larrabee, esta reflexão corresponde novamente à Etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança na prática, ao reconhecer um risco ético associado à organização do contexto assistencial.

Reconhecendo que o artigo 106.º do Código Deontológico impõe o dever de sigilo profissional e que o artigo 107.º reforça o respeito pela intimidade da pessoa (OE, 2015a), procurei analisar criticamente as alternativas possíveis, o que corresponde às Etapas 2 e 3 do modelo - pesquisa e análise da evidência normativa e ética disponível.

Assim, procurei adotar medidas mitigadoras sempre que possível, como a modulação do tom de voz, a seleção criteriosa da informação partilhada ou o afastamento de acompanhantes não diretamente envolvidos. Estas estratégias podem ser compreendidas como expressão das Etapas 4 e 5 do modelo de Larrabee - projetar e implementar mudanças adaptadas ao contexto assistencial.

Esta experiência permitiu-me compreender que a responsabilidade ética não se exerce apenas em contextos ideais, mas sobretudo em cenários marcados por constrangimentos organizacionais. A capacidade de identificar riscos éticos, refletir criticamente sobre a prática instituída e procurar soluções ajustadas ao contexto traduz uma evolução significativa no desenvolvimento profissional. Nestes momentos tornou-se evidente a articulação com as competências de Mestre em Enfermagem, nomeadamente a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, refletindo sobre as implicações éticas e sociais das decisões tomadas (Decreto-Lei n.º 65/2018, art.º 15.º, alínea c)).

Assim, tanto na situação de consentimento informado no Serviço de Hemodinâmica, como na organização da comunicação estruturada com a família na Unidade de Cuidados Intensivos e na gestão da confidencialidade em contexto de Urgência, não se tratou apenas de cumprir normativos, mas de interpretar criticamente a realidade clínica, mobilizar conhecimento científico e ético e implementar intervenções que promovam práticas mais seguras e respeitadoras da dignidade da pessoa.

A responsabilidade profissional em enfermagem assume particular relevância no cuidado à pessoa em situação crítica, caracterizada por elevada vulnerabilidade e risco acrescido. Nestes contextos, o Enfermeiro Especialista deve garantir que a prestação de cuidados se desenvolve com rigor técnico, respeito pelos direitos fundamentais e plena consciência das responsabilidades legais associadas ao seu exercício (OE, 2018a).

Neste percurso, a mobilização do Modelo de Mudança da Prática Baseada em Evidência de June Larrabee permitiu estruturar a reflexão sobre a prática profissional, desde a identificação de vulnerabilidades ético-legais nos contextos assistenciais (Etapa 1), passando pela análise crítica dos referenciais normativos e científicos que sustentam a tomada de decisão (Etapas 2 e 3), até à implementação de intervenções concretas orientadas para a melhoria da prática (Etapas 4 e 5).

Assim, considero que o percurso formativo permitiu desenvolver competências sólidas neste domínio, não apenas ao nível da conformidade normativa, mas também na dimensão crítica e reflexiva que caracteriza o grau de Mestre, assumindo a responsabilidade ética e legal como elemento central da identidade profissional avançada.

4.1.2. Domínio Da Qualidade

As competências que integram este domínio são:

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2019a):

- “B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas.”
- “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”
- “B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.”

Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, Artigo 15.º)

- “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.”
- “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.”

O Domínio da melhoria contínua da qualidade integra-se nas competências comuns do EE, assumindo-se como uma dimensão estruturante da prática avançada. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, este domínio implica garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1), desenvolver práticas de qualidade colaborando em programas de melhoria contínua (B2) e assegurar um ambiente terapêutico e seguro (B3) (OE, 2019a).

A melhoria contínua da qualidade encontra-se igualmente alinhada com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que define como eixos prioritários a promoção da cultura de segurança, a liderança clínica, a comunicação eficaz, a prevenção e gestão de incidentes e a implementação de práticas seguras em ambientes seguros (DGS, 2022). Neste enquadramento, o

EE assume um papel determinante enquanto agente de mudança organizacional, contribuindo para a consolidação de práticas baseadas na evidência e para a redução de eventos adversos.

Por sua vez, o REPE reforça que o enfermeiro deve exercer a profissão com competência científica e técnica, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015b). Assim, a qualidade não se configura apenas como um objetivo institucional, mas como um dever ético-profissional inerente ao exercício da enfermagem.

Ao longo dos estágios realizados, procurei integrar de forma consistente a evidência científica e os referenciais normativos na prática clínica, mobilizando conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I, Processos Complexos à Pessoa em Situação Crítica e Investigação em Enfermagem, assumindo um papel ativo na promoção de iniciativas de melhoria. Neste contexto, o Modelo de Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee constituiu um referencial teórico relevante para interpretar as experiências vivenciadas, permitindo estruturar o processo reflexivo desde a identificação de problemas na prática clínica até à implementação de intervenções orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados (Larrabee, 2011).

Um dos exemplos mais significativos deste percurso foi a elaboração e apresentação, no Serviço de Urgência, de um resumo da minha *Scoping Review* (Apêndice I). Em articulação com uma colega que se encontrava igualmente a desenvolver estágio na área EMC-PSC, foi dinamizada uma sessão de formação em serviço intitulada “*Transporte Intra-Hospitalar do Doente sob Ventilação Mecânica Invasiva: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI)*”. Esta iniciativa teve como finalidade traduzir os principais achados científicos de ambas as investigações em propostas concretas de melhoria da prática clínica, nomeadamente a utilização sistemática de *checklists* pré-transporte, a verificação padronizada da fixação do tubo oro traqueal, a monitorização contínua da capnografia e a otimização da segurança da via aérea durante o transporte, bem como a implementação de estratégias preventivas dirigidas à redução da incidência da PAI.

Para a realização desta formação foi previamente elaborado um planeamento estruturado da sessão, no qual foram definidos os objetivos, os conteúdos programáticos, a metodologia e os recursos utilizados. Este planeamento, bem como o instrumento de avaliação da sessão formativa,

encontram-se apresentados no Apêndice II. Com o objetivo de avaliar o impacto da formação na equipa, foi disponibilizado um questionário de avaliação online aos profissionais do serviço, tendo sido obtidas 19 respostas. De forma global, os resultados evidenciaram uma avaliação bastante positiva da sessão, sugerindo que a formação contribuiu para reforçar conhecimentos, promover a reflexão sobre a prática e sensibilizar a equipa para a adoção de práticas seguras no transporte intra-hospitalar do doente sob ventilação mecânica invasiva.

Esta intervenção assumiu assim particular relevância no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, ao promover a disseminação de evidência científica atualizada e incentivar a implementação de estratégias de segurança baseadas em boas práticas, contribuindo para o reforço da cultura de segurança e para a prevenção de eventos adversos associados ao transporte intra-hospitalar do doente crítico.

A realização desta *Scoping* permitiu identificar uma vulnerabilidade potencial na segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar da pessoa ventilada mecanicamente, o que, à luz do Modelo de Larrabee, corresponde à Etapa 1 - Avaliar a necessidade de mudança na prática, ao reconhecer um risco clínico relevante associado ao transporte intra-hospitalar. A partir desta identificação, procedi à análise sistemática da literatura científica sobre o tema, o que corresponde às Etapas 2 e 3 do modelo de Larrabee - localizar e analisar criticamente a evidência disponível, mobilizando competências adquiridas na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem.

A literatura científica evidencia que o transporte intra-hospitalar da pessoa ventilada mecanicamente está associado a risco aumentado de eventos adversos, incluindo deslocação acidental do tubo, instabilidade hemodinâmica e complicações respiratórias, podendo contribuir para a incidência de pneumonia associada à intubação quando não são adotadas práticas seguras (Hu et al., 2021). A tradução destes dados para a realidade do serviço permitiu propor melhorias ajustadas ao contexto local, reforçando o alinhamento com o PNSD 2021-2026, particularmente no que se refere à prevenção de incidentes e promoção de práticas seguras. Com base nesta evidência, foram propostas medidas de melhoria adaptadas à realidade do serviço, nomeadamente a utilização sistemática de *checklist* pré-transporte, a verificação padronizada da fixação do tubo oro traqueal, a monitorização contínua da capnografia e a otimização da via aérea durante o transporte, bem como estratégias e intervenções para a prevenção da PAI. Estas propostas

correspondem à Etapa 4 do modelo de Larrabee - projetar a mudança na prática, sendo posteriormente apresentadas à equipa de enfermagem do serviço. A apresentação realizada constituiu um momento inicial de disseminação do conhecimento e de sensibilização da equipa para a adoção destas práticas, correspondendo à Etapa 5 do modelo - implementar e promover a mudança na prática clínica, traduzindo a evidência científica em propostas concretas de melhoria assistencial.

Esta intervenção enquadra-se na competência B1, ao assumir um papel dinamizador no suporte às estratégias institucionais de governação clínica, e na competência B2, ao colaborar ativamente na implementação de práticas de melhoria contínua (OE, 2019a). Simultaneamente, evidencia a competência de Mestre prevista no Decreto-Lei n.º 65/2018, nomeadamente a capacidade para aplicar conhecimentos e resolver problemas em situações novas ou não familiares, em contextos multidisciplinares (art.º 15.º, alínea b)), bem como comunicar conclusões de forma clara e fundamentada, quer a especialistas quer a não especialistas (art.º 15.º, alínea d)).

Outro momento relevante ocorreu na Unidade de Cuidados Intensivos, onde dinamizei uma sessão de formação dirigida à equipa intitulada *“Prevenção do erro terapêutico em UCI: boas práticas na administração da terapêutica endovenosa e no cateter venoso central”*.

O erro terapêutico constitui um dos incidentes mais frequentes em ambiente hospitalar, sendo reconhecido internacionalmente como prioridade na agenda da segurança do doente (WHO, 2017). A administração de terapêutica endovenosa em UCI envolve elevada complexidade, utilização de fármacos de alto risco, exigindo protocolos rigorosos e cultura de segurança consolidada.

Esta sessão teve como objetivo promover a reflexão crítica sobre práticas relacionadas com a administração de terapêutica endovenosa e a manipulação de cateteres venosos centrais, áreas reconhecidas como particularmente sensíveis à ocorrência de erros terapêuticos e eventos adversos em contexto de cuidados intensivos. A sessão procurou sistematizar recomendações baseadas na evidência científica, reforçando a importância da verificação rigorosa da terapêutica, da padronização de procedimentos e da adoção de práticas seguras na manipulação de dispositivos invasivos, nomeadamente o CVC.

Para a realização desta formação foi elaborado um planeamento estruturado da sessão formativa, no qual foram definidos os objetivos, os conteúdos programáticos, a metodologia e os recursos utilizados. Este planeamento, bem como o instrumento de avaliação da sessão formativa, encontram-se apresentados no Apêndice III. À semelhança da sessão anteriormente descrita, foi realizada uma avaliação da formação através de um questionário online disponibilizado à equipa, tendo sido obtidas 20 respostas. De forma global, o feedback recolhido revelou-se bastante positivo, evidenciando a pertinência dos conteúdos abordados e o interesse dos profissionais na consolidação de práticas que promovam a segurança do doente. Os resultados obtidos sugerem que a iniciativa contribuiu para sensibilizar a equipa para a prevenção do erro terapêutico e para o reforço de práticas seguras na administração de terapêutica endovenosa e na gestão do CVC. Esta intervenção constituiu igualmente uma oportunidade de promover a disseminação de evidência científica no contexto clínico, contribuindo assim para o fortalecimento de uma cultura de segurança e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

A análise crítica da evidência permitiu reforçar práticas como a dupla verificação independente de fármacos de alto risco, a rotulagem adequada de perfusões, a utilização de bombas infusoras inteligentes e a manutenção assética do CVC. À luz do modelo de Larrabee, esta intervenção pode ser compreendida como resultado das Etapas 2 e 3 - análise da evidência científica - que sustentaram o desenvolvimento de propostas de melhoria (Etapa 4) posteriormente partilhadas com a equipa clínica (Etapa 5). Esta intervenção contribuiu para a consolidação de um ambiente terapêutico mais seguro (B3).

Para além da dimensão formativa e teórica, a melhoria contínua da qualidade foi também vivenciada na prática clínica direta. Durante os contextos de Urgência e UCI, tive a oportunidade de acompanhar três transportes intra-hospitalares de doentes sob ventilação mecânica invasiva, onde procedi ao registo sistemático de incidentes e potenciais riscos, como oscilações da pressão arterial, redução transitória da saturação periférica de oxigénio e risco de tração accidental de dispositivos invasivos, nomeadamente do tubo oro traqueal. Em cada situação, foram propostas soluções imediatas ou de curto prazo, como a reorganização da disposição dos dispositivos antes do transporte, a revisão prévia do material de emergência e a definição clara das funções de cada elemento da equipa. Estas ações podem ser interpretadas, à luz do modelo de Larrabee, como a

aplicação prática das Etapas 4 e 5 - projetar e implementar estratégias de melhoria na prática clínica, visando reduzir riscos e reforçar a segurança do doente.

Estudos recentes indicam que a maioria dos incidentes críticos associados ao transporte intra-hospitalar são potencialmente evitáveis quando existe planeamento adequado, formação específica e utilização de ferramentas estruturadas, como listas de verificação (An et al., 2022; Hu et al., 2021). A participação ativa nestes transportes permitiu-me não apenas aplicar a evidência disponível, mas também desenvolver uma postura proativa na identificação de riscos e na implementação de estratégias corretivas, reforçando a cultura de segurança.

A articulação entre estas experiências demonstra que o desenvolvimento do Domínio B ultrapassou a dimensão teórica, traduzindo-se numa prática fundamentada, reflexiva e orientada para resultados sensíveis à qualidade e segurança. A capacidade de identificar problemas, analisar evidência, propor soluções e comunicar conclusões de forma estruturada evidencia a consolidação das competências comuns do EE (OE, 2019a) e das competências avançadas associadas ao grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Em síntese, considero que o percurso formativo permitiu desenvolver uma postura profissional orientada para a melhoria contínua, integrando evidência científica, referenciais normativos e reflexão crítica na prática clínica. Neste percurso, o Modelo de Larrabee constituiu uma estrutura conceptual relevante para orientar a reflexão sobre a prática, desde a identificação de vulnerabilidades nos contextos assistenciais (Etapa 1), passando pela análise crítica da evidência científica (Etapas 2 e 3), até à projeção e implementação de intervenções orientadas para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados (Etapas 4 e 5). Assim, a qualidade deixou de ser entendida como um conceito abstrato ou exclusivamente institucional, passando a constituir um compromisso diário, sustentado na responsabilidade profissional, na liderança clínica e na promoção ativa de ambientes terapêuticos seguros.

4.1.3. Domínio Da Gestão Dos Cuidados

As competências que integram este domínio são:

C – Domínio da gestão dos cuidados (OE, 2019a):

- “C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”
- “C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.”

Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, Artigo 15.º)

- “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.”
- “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.”

Na gestão dos cuidados, a tomada de decisão assume-se como uma competência central e de elevada complexidade, exigindo dos profissionais, tal como referem Lourenço et al. (2022), transparência, responsabilidade, compromisso e confiança, de forma a responder de modo eficaz e célere às necessidades dos utentes. Neste contexto, Nascimento et al. (2023) destacam o papel determinante do EE na gestão das organizações de saúde, assumindo responsabilidades acrescidas ao nível da liderança das equipas, da promoção da participação ativa dos enfermeiros e da consolidação de cuidados centrados na pessoa.

Deste modo, a gestão das organizações de saúde revela-se uma área complexa e desafiante, que implica a coordenação eficiente de recursos humanos e financeiros com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, este domínio implica gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e promovendo uma articulação eficaz com os restantes profissionais de saúde (C1), bem como adaptar a liderança e a gestão de recursos às especificidades do contexto, assegurando qualidade e segurança na prestação de cuidados (C2) (OE, 2019a).

A qualidade dos cuidados e a segurança do doente encontram-se intrinsecamente associadas à eficácia da liderança e da gestão em contexto hospitalar, particularmente no âmbito da governação

clínica e da organização dos serviços de saúde. Uma estrutura organizacional orientada para a qualidade, com definição clara de responsabilidades, adequada gestão de recursos humanos e materiais e articulação eficaz entre profissionais, contribui de forma determinante para a redução de eventos adversos e para a melhoria dos resultados assistenciais (DGS, 2022). Neste sentido, a liderança clínica e a gestão eficiente assumem-se como pilares centrais da prática especializada, em consonância com o enquadramento normativo definido pela Ordem dos Enfermeiros, que atribui ao EE um papel ativo na otimização dos cuidados e na garantia da qualidade (OE, 2019a), bem como com o REPE, que reforça a responsabilidade profissional na organização e coordenação dos cuidados (OE, 2015b).

A compreensão destes processos foi aprofundada ao longo do percurso formativo, mobilizando conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Ética e Deontologia e Políticas e Gestão em Saúde, que permitiram consolidar competências de análise organizacional, liderança clínica e tomada de decisão em contextos complexos. Neste âmbito, o Modelo de Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee constituiu um referencial teórico relevante para interpretar as dinâmicas observadas nos contextos de estágio, permitindo estruturar o processo reflexivo. Tal como proposto por Larrabee (2011), desde a identificação de necessidades de melhoria organizacional até à implementação de estratégias orientadas para a otimização da gestão dos cuidados.

Considerando este enquadramento, foi possível o acompanhamento contínuo e privilegiado das atividades realizadas no contexto da gestão nos três estágios - Serviço de Hemodinâmica, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. Em cada estágio acompanhei, durante um dia completo, o enfermeiro responsável/chefe de equipa, com o objetivo de compreender o seu papel na coordenação da equipa, na adequação dos recursos às necessidades de cuidados e na implementação e dinamização de projetos no serviço.

Destaco particularmente a observação direta da gestão de horários, do planeamento e distribuição do trabalho, da administração de recursos materiais, da verificação e funcionalidade dos equipamentos e da manutenção das infraestruturas. Acompanhei, também situações de divergência entre membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente relacionadas com a definição de prioridades assistenciais e articulação de transferências entre serviços. Observei a

mediação realizada pela enfermeira gestora, com recurso à comunicação estruturada e negociação entre equipas, promovendo consenso e continuidade segura dos cuidados. Estes momentos permitiram identificar espaços de partilha, análise e reflexão conjunta com as Enfermeiras Supervisoras em todos os contextos, facilitando a compreensão da importância do EE na utilização eficiente dos recursos e na implementação de métodos de trabalho alinhados com a política de qualidade institucional.

Este acompanhamento permitiu compreender que a gestão dos cuidados não se limita à organização logística, mas envolve uma leitura constante das necessidades clínicas, da complexidade dos casos e da disponibilidade de recursos. À luz do Modelo de Larrabee, esta fase de observação e análise das dinâmicas organizacionais pode ser interpretada como a Etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança na prática, ao identificar desafios relacionados com a gestão de recursos, a priorização de cuidados e a articulação interprofissional nos diferentes contextos assistenciais.

No Serviço de Urgência, a adaptação da gestão e liderança era particularmente evidente face à imprevisibilidade da afluência e faltas frequentes de recursos humanos, obrigando assim à rápida reorganização dos mesmos. Já na Unidade de Cuidados Intensivos, a gestão assumia um carácter mais contínuo e estruturado, com especial atenção ao rácio enfermeiro/doente, à vigilância tecnológica e à prevenção de eventos adversos, em alinhamento com os princípios da segurança do doente preconizados pelo PNSD.

A análise destas dinâmicas organizacionais implicou mobilizar conhecimentos teóricos sobre liderança, gestão de recursos e organização dos serviços de saúde, o que corresponde às Etapas 2 e 3 do modelo de Larrabee - localizar e analisar criticamente a evidência disponível, permitindo compreender que a gestão em enfermagem não se baseia apenas na experiência prática, mas também em referenciais científicos e organizacionais que sustentam a tomada de decisão.

A liderança constitui um elemento central na organização e qualidade dos cuidados de saúde, assumindo um papel determinante na dinâmica das equipas e nos resultados assistenciais. Liderar implica a capacidade de influenciar, motivar e orientar os profissionais para o alcance de objetivos comuns, promovendo simultaneamente um ambiente colaborativo e eticamente responsável. Neste sentido, Cummings et al. (2021) referem que a liderança em enfermagem requer não apenas

competências técnico-organizacionais, mas também inteligência emocional, integridade e compromisso profissional, aspetos fundamentais para a prestação de cuidados seguros e centrados na pessoa.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, tornou-se evidente que o estilo de liderança adotado pelo enfermeiro gestor ou pelo enfermeiro responsável de turno influencia diretamente o funcionamento da equipa e a qualidade dos cuidados prestados. No Serviço de Urgência, caracterizado por elevada pressão assistencial e imprevisibilidade, destacou-se a importância de uma liderança assertiva, assente numa comunicação clara, na priorização eficaz de cuidados e na adequada distribuição de tarefas. Na Unidade de Cuidados Intensivos, a liderança clínica evidenciou-se na coordenação de situações críticas, exigindo tomada de decisão rápida, articulação contínua com a equipa multidisciplinar e monitorização rigorosa do doente. Já no Serviço de Hemodinâmica, a liderança manifestou-se sobretudo na organização e preparação dos procedimentos, na gestão do tempo e na articulação precisa entre os diferentes profissionais, sendo fundamental para garantir a segurança do doente e a eficácia das intervenções.

De forma transversal, a liderança revelou-se essencial para promover a segurança, a eficiência organizacional e a qualidade dos cuidados de enfermagem, independentemente do contexto assistencial.

Neste sentido, a reflexão desenvolvida permitiu compreender que a adaptação da liderança e da gestão de recursos às especificidades do contexto constitui uma estratégia fundamental para otimizar a resposta da equipa e garantir a continuidade e segurança dos cuidados. Estas estratégias podem ser interpretadas, à luz do modelo de Larrabee, como expressão das Etapas 4 e 5 - projetar e implementar mudanças na prática, traduzindo o conhecimento teórico e organizacional em decisões concretas na gestão diária dos cuidados.

Do ponto de vista das competências de Mestre, este domínio articula-se diretamente com a capacidade para aplicar conhecimentos e resolver problemas em situações novas e multidisciplinares, bem como comunicar decisões e raciocínios de forma clara e fundamentada (Decreto-Lei n.º 65/2018, art.º 15.º, alíneas b) e d)). A gestão em contexto clínico implica frequentemente decisões rápidas, baseadas em informação parcial, exigindo análise crítica e adaptação contínua às circunstâncias organizacionais e assistenciais.

A reflexão desenvolvida ao longo do percurso formativo permitiu reconhecer que o EE assume um papel estratégico na governação clínica, sendo um elemento-chave na otimização dos recursos, na coordenação da equipa e na garantia da qualidade dos cuidados. A gestão não constitui uma dimensão acessória da prática especializada, mas um eixo estruturante que sustenta a segurança, a eficiência e a humanização dos cuidados.

Com base na experiência vivenciada nos contextos de Serviço de Hemodinâmica, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, considero ter desenvolvido competências consistentes no domínio da gestão dos cuidados, integrando liderança, organização e reflexão crítica, em coerência com o perfil do EE e com as exigências do grau de Mestre. Neste percurso, o Modelo de Larrabee revelou-se um instrumento conceptual relevante para estruturar a análise da prática, desde a identificação de necessidades organizacionais (Etapa 1), passando pela análise crítica da evidência e dos referenciais de gestão (Etapas 2 e 3), até à adaptação de estratégias de liderança e gestão no contexto clínico (Etapas 4 e 5).

4.1.4. Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

As competências que integram este domínio são:

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a):

- “D1 – Desenvolve autoconhecimento e a assertividade”
- “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018, Artigo 15.º)

- “a): Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.”
- “e): Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um eixo estruturante da identidade do EE, integrando a reflexão crítica, a produção científica, formação contínua e

autonomia intelectual (OE, 2019a). Este domínio não se limita à atualização de conhecimentos, mas implica transformação da prática através da evidência e do pensamento crítico.

A compreensão deste processo foi aprofundada ao longo do percurso formativo, mobilizando conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Ética e Deontologia, Investigação em Enfermagem, Enfermagem e Formação e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I, que permitiram consolidar competências de reflexão crítica, investigação científica e desenvolvimento profissional contínuo.

A autorreflexão e o autoconhecimento assumiram um papel determinante neste percurso. Conforme defendido por Rocha et al. (2017), a autorreflexão permite questionar criticamente ações, crenças e valores que sustentam a intervenção profissional, enquanto o autoconhecimento favorece o reconhecimento de potencialidades e limitações, com impacto direto na assertividade e identidade profissional.

Ao longo dos estágios, a análise sistemática do desempenho, individualmente e em conjunto com as Supervisoras Clínicas, permitiu identificar áreas de melhoria, particularmente no desenvolvimento do raciocínio clínico associado à pessoa em situação crítica. A gestão de emoções em situações de elevada complexidade, como instabilidade hemodinâmica ou transporte intra-hospitalar sob ventilação mecânica invasiva, contribuiu para o fortalecimento da assertividade e maturidade profissional, evidenciando o desenvolvimento da competência D1.

A prática clínica especializada foi sustentada numa abordagem rigorosa de pesquisa bibliográfica e integração da melhor evidência disponível, em consonância com o perfil do EE definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018b). A elaboração de uma *Scoping Review* sobre a segurança da via aérea em doentes sob VMI durante o transporte intra-hospitalar (Apêndice I) constituiu um momento estruturante deste domínio. Este trabalho permitiu identificar lacunas na prática, sistematizar recomendações e propor melhorias organizacionais, traduzindo a competência D2 na sua expressão mais concreta: fundamentar a intervenção profissional em evidência científica sólida.

A utilização do Modelo de Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee revelou-se fundamental na estruturação deste processo de investigação. A identificação da vulnerabilidade na segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar correspondeu, à luz

deste modelo, à Etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança na prática, ao reconhecer um problema clínico com potencial impacto na segurança da pessoa em situação crítica.

Posteriormente, a realização da *Scoping Review* implicou a pesquisa sistemática e análise crítica da literatura científica, correspondendo às Etapas 2 e 3 do modelo de Larrabee - localizar e analisar criticamente a evidência disponível, mobilizando competências metodológicas adquiridas na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem.

A partir da análise da evidência, foram sistematizadas recomendações e propostas estratégias de melhoria na segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar, o que corresponde à Etapa 4 - projetar a mudança na prática. A disseminação dos resultados através de apresentações em serviço, participação em congressos científicos e partilha com equipas clínicas pode ser interpretada como Etapa 5 - implementar e promover a mudança na prática, contribuindo para a incorporação de melhores práticas nos contextos assistenciais.

A disseminação científica constituiu igualmente uma dimensão central deste domínio. Neste sentido, elaborei e apresentei o poster intitulado “*Práticas e desafios na segurança da via aérea do doente sob ventilação mecânica invasiva no transporte intra-hospitalar: evidência atual*” no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025, o qual foi distinguido com o 1.º lugar, representando um reconhecimento da relevância clínica e científica do trabalho desenvolvido. O resumo do poster encontra-se apresentado no Apêndice IV, por sua vez, o certificado de apresentação, que atesta a distinção atribuída, é apresentado no Anexo I. Tive igualmente a oportunidade de participar no Congresso do Serviço de Urgência de Adultos de Aveiro, experiência que contribuiu para reforçar a integração em comunidades científicas e promover a partilha de conhecimento entre profissionais. A participação neste evento permitiu ainda consolidar competências no âmbito da comunicação científica, nomeadamente na capacidade de discutir e refletir sobre evidência e práticas clínicas de forma estruturada e fundamentada.

O estudo comparativo de *guidelines* institucionais e recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos permitiu desenvolver um pensamento crítico face às práticas implementadas nos serviços de estágio. A identificação de lacunas e incoerências evidenciou que a prática baseada na evidência exige análise contextualizada e capacidade de propor melhorias sustentadas, em alinhamento com o REPE (OE, 2015b).

A formação contínua assumiu igualmente uma dimensão estruturante neste percurso. Enquanto formadora, foram dinamizadas sessões sobre “*Transporte Intra-Hospitalar do Doente sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI*” (Apêndice II) no Serviço de Urgência e “*Prevenção do erro terapêutico em UCI: boas práticas na administração da terapêutica endovenosa e no cateter venoso central*” (Apêndice III) na Unidade de Cuidados Intensivos, promovendo a disseminação de conhecimento e a incorporação de melhores práticas nos serviços.

Enquanto formanda, tive igualmente a oportunidade de participar em diversas formações em serviço nos três contextos clínicos, o que se revelou fundamental para a consolidação de competências técnicas e científicas, bem como para a integração nas dinâmicas organizacionais de cada equipa. Estes momentos formativos permitiram atualizar conhecimentos, clarificar protocolos institucionais e refletir sobre práticas clínicas à luz da evidência científica mais recente, promovendo uma cultura de segurança e qualidade dos cuidados.

Para além da participação em congressos científicos, a realização de cursos certificados, incluindo Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (Anexo II), Suporte Avançado de Vida Pediátrico (Anexo III) e *International Trauma Life Support* (Anexo IV), reforçou a atualização técnico-científica e a aprendizagem ao longo da vida. Esta postura auto-orientada traduz a competência prevista na alínea e) do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018).

Em síntese, o desenvolvimento deste domínio traduziu-se num percurso de aprofundamento científico, prática reflexiva estruturada, produção e disseminação de conhecimento e consolidação de autonomia profissional. Neste processo, o Modelo de Larrabee constituiu um referencial conceptual importante para estruturar a aprendizagem profissional, desde a identificação de problemas na prática clínica (Etapas 1), passando pela análise crítica da evidência científica (Etapas 2 e 3), até à implementação e disseminação de melhorias sustentadas no conhecimento científico (Etapas 4 e 5).

Considero, assim, ter desenvolvido competências sólidas neste domínio, integrando autoconhecimento, assertividade e prática baseada na evidência, em coerência com o perfil do EE e com as exigências académicas e científicas associadas ao grau de Mestre.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do EE em EMC-PSC decorrem do campo de intervenção próprio desta especialidade e traduzem-se na capacidade de dar resposta qualificada às respostas humanas associadas a processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018a). Estas competências distinguem-se pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades da pessoa, exigindo domínio técnico-científico avançado, pensamento crítico e capacidade de decisão em contextos de elevada imprevisibilidade e risco.

A pessoa em situação crítica caracteriza-se por instabilidade fisiológica, ameaça iminente ou instalada de falência de uma ou mais funções vitais e necessidade de monitorização contínua e intervenções diferenciadas (OE, 2018a). Neste contexto, os cuidados de enfermagem assumem natureza altamente especializada, sendo prestados de forma ininterrupta, com o objetivo de manter funções vitais, prevenir complicações, limitar incapacidades e promover a recuperação funcional máxima possível. A complexidade clínica exige do enfermeiro especialista capacidade de avaliação diagnóstica rigorosa, interpretação integrada de parâmetros hemodinâmicos e respiratórios e intervenção atempada face a alterações súbitas do estado clínico.

Para além da dimensão técnico-assistencial, a abordagem à pessoa em situação crítica deve ser holística, contemplando não apenas as necessidades fisiológicas, mas também as dimensões psicológica, social e espiritual, bem como o impacto da doença crítica na família/cuidador. O EE em EMC-PSC assume, assim, um papel central na avaliação, planeamento, implementação e monitorização dos cuidados, articulando saber científico, princípios éticos e responsabilidade profissional (OE, 2018a). A sua intervenção estende-se igualmente à coordenação da equipa de enfermagem e à gestão de recursos materiais e tecnológicos, garantindo qualidade, segurança e continuidade assistencial.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontram-se definidas três grandes competências estruturantes nesta área (OE, 2018a):

- “Cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”;
- “Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação”;
- “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Estas competências traduzem-se numa atuação diferenciada, que exige capacidade de decisão em tempo útil, gestão do risco clínico, liderança situacional e articulação interprofissional, face à complexidade e instabilidade características destes contextos. A especificidade desta área implica, ainda, atualização contínua de conhecimentos e incorporação da melhor evidência disponível, assegurando que a prática se mantém cientificamente sustentada e alinhada com os referenciais normativos da profissão (OE, 2018a).

Seguidamente, apresenta-se a análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento destas competências específicas, sustentada nas experiências vivenciadas ao longo dos estágios no Serviço de Hemodinâmica, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, evidenciando o percurso de consolidação do perfil do EE em EMC-PSC.

4.2.1. Cuida Da Pessoa, Família/Cuidador A Vivenciar Processos Complexos De Doença Crítica E Ou Falência Orgânica

O cuidado à PSC constitui uma área de elevada complexidade clínica, técnica e ética, exigindo do EE em EMC-PSC competências diferenciadas na avaliação, monitorização e intervenção em contextos de risco iminente de falência orgânica (OE,2018a).

Competência específica (OE, 2018a):

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

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC (2018a), o EE deve prestar cuidados altamente qualificados e contínuos, garantindo a manutenção das funções vitais, a prevenção de complicações e a limitação de incapacidades. Esta

responsabilidade encontra igualmente enquadramento no REPE, que consagra a autonomia técnica e científica do enfermeiro na tomada de decisão clínica (OE, 2015b).

A compreensão destes processos foi aprofundada ao longo do percurso formativo, mobilizando conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Processos Complexos à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, nas quais foram abordadas competências avançadas na avaliação da pessoa crítica, suporte avançado de vida e gestão de situações de elevada complexidade clínica.

A organização e análise da prática clínica ao longo deste percurso foram estruturadas à luz do Modelo de Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, que propõe um processo sistemático de identificação de problemas clínicos, pesquisa e avaliação crítica da evidência, implementação de mudanças e avaliação dos resultados, promovendo uma prática sustentada cientificamente e orientada para a melhoria contínua (Larrabee, 2011).

Ao longo do percurso formativo desenvolvido nos contextos de Hemodinâmica, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, tornou-se evidente que a criticidade não se define apenas pela presença de ventilação mecânica invasiva, mas pela instabilidade potencial e pelo risco constante de deterioração súbita do doente. À luz do modelo de Larrabee, esta fase de observação e análise das situações clínicas corresponde à Etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança ou intervenção na prática, ao reconhecer precocemente sinais de deterioração clínica e potenciais riscos para a pessoa em situação crítica.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, o contacto com doentes sob ventilação mecânica invasiva e ventilação mecânica não invasiva evidenciou a importância da monitorização respiratória e hemodinâmica contínua. A evidência demonstra que o transporte intra-hospitalar de doentes críticos está associado a elevada incidência de eventos adversos, podendo atingir valores próximos de 70–80%, sobretudo alterações hemodinâmicas, dessaturação e falhas de equipamento (Putra et al., 2022). Estes dados reforçam que momentos de transição, como o transporte para exames complementares ou o regresso do Bloco Operatório, constituem períodos de vulnerabilidade acrescida. Branson e Rodriguez (2020) salientam que a monitorização durante o transporte deve incluir vigilância contínua da oxigenação, ventilação e estado hemodinâmico, sendo a observação clínica ativa da equipa tão determinante quanto a tecnologia utilizada.

A análise desta evidência científica e a sua integração na prática clínica correspondem às Etapas 2 e 3 do modelo de Larrabee - localizar e analisar criticamente a evidência disponível, permitindo fundamentar a tomada de decisão clínica em dados científicos atualizados.

Um exemplo particular ocorreu aquando do regresso à UCI de um doente submetido a encerramento de laparostomia, proveniente do Bloco Operatório, sob VMI, com tubo oro traqueal, e sob suporte vasoativo. Reconhecendo que o período pós-operatório imediato representa um momento crítico de instabilidade hemodinâmica e respiratória, desenvolvi uma abordagem estruturada baseada na antecipação de risco. Antes da chegada do doente, procedi à preparação da unidade, garantindo disponibilidade de ventilador com parâmetros ajustáveis às necessidades previstas, monitor multiparamétrico calibrado, bombas de infusão funcionais e material para eventual reintubação ou aspiração de secreções.

No momento da transferência da maca para a cama da UCI, assegurei a manutenção da permeabilidade da via aérea, verifiquei a fixação e posição do tubo oro traqueal, confirmei a pressão do *cuff* e monitorizei continuamente a saturação periférica, pressão arterial invasiva e traçado eletrocardiográfico. Durante a transição do ventilador de transporte para o ventilador da unidade, mantive vigilância direta da expansibilidade torácica e da curva de capnografia, antecipando possíveis alterações na ventilação decorrentes de mudanças de circuito. Esta intervenção revelou-se determinante quando se verificou uma breve descida da saturação associada a secreções abundantes, prontamente resolvida com aspiração traqueal e ajuste transitório da fração inspirada de oxigénio. A atuação precoce impediu deterioração clínica significativa, demonstrando que a antecipação estruturada e a vigilância ativa reduzem o impacto de eventos adversos, conforme descrito na literatura (Branson & Rodriguez, 2020; Putra et al., 2022). Esta atuação pode ser interpretada, à luz do modelo de Larrabee, como expressão das Etapas 4 e 5 - projetar e implementar intervenções clínicas fundamentadas na evidência, visando a estabilização da pessoa crítica e a prevenção de complicações.

A segurança da via aérea do doente sob ventilação mecânica invasiva emergiu igualmente como área prioritária de reflexão, sobretudo em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. A literatura evidencia que a ausência de protocolos estruturados e *checklist* de transporte se associa a maior ocorrência de eventos adversos, como falhas no fornecimento de oxigénio e erros operacionais (Hu et al., 2021). Assim, a estabilização pré-transporte, a verificação

sistemática da interface ventilatória e da reserva de oxigénio e a monitorização contínua tornam-se intervenções essenciais na mitigação do risco.

No Serviço de Urgência, a instabilidade clínica associa-se frequentemente à incerteza diagnóstica e à necessidade de decisões rápidas, num contexto onde a margem temporal para intervenção é frequentemente reduzida. A evidência demonstra que a gravidade clínica do doente e a preparação inadequada do equipamento constituem fatores de risco independentes para ocorrência de eventos adversos durante transporte intra-hospitalar (Putra et al., 2022).

Este enquadramento tornou-se particularmente evidente numa situação clínica em que um doente deu entrada na triagem com estridor audível, tiragem marcada e dificuldade respiratória progressiva, configurando um quadro de obstrução iminente da via aérea. Perante a deterioração respiratória evidente, o doente foi encaminhado de imediato para a Sala de Emergência, onde foi instituída monitorização contínua e aplicada de forma sistemática a abordagem ABCDE.

A avaliação primária permitiu identificar comprometimento da via aérea, com estridor inspiratório e aumento do trabalho respiratório, embora mantendo saturações periféricas ainda aceitáveis e estabilidade hemodinâmica inicial. A abordagem estruturada permitiu priorizar a segurança da via aérea e antecipar risco de falência ventilatória súbita. A articulação célere com outra unidade de saúde permitiu aceder a exames imagiológicos previamente realizados, nos quais se identificou uma massa traqueal com potencial efeito obstrutivo significativo.

A identificação deste achado alterou de forma decisiva o plano terapêutico, evidenciando a importância da integração entre dados clínicos e imagiológicos na tomada de decisão em tempo útil. Reconhecendo o risco elevado de obstrução completa da via aérea e a imprevisibilidade da evolução clínica, foi solicitado apoio imediato à equipa de anestesia, sendo posteriormente decidido o encaminhamento urgente do doente para o Bloco Operatório para entubação em ambiente controlado, minimizando o risco de perda de via aérea em contexto não otimizado.

Esta situação exigiu mobilização efetiva de conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, particularmente nos conteúdos relacionados com Suporte Avançado de Vida e *International Trauma Life Support*, aplicando de

forma rigorosa a abordagem ABCDE, a priorização da estabilização antes de qualquer deslocação intra-hospitalar e a preparação antecipada de material para via aérea difícil.

A comunicação eficaz entre equipas - urgência, anestesia, bloco operatório e unidade de cuidados intensivos - revelou-se determinante para garantir continuidade de cuidados e reduzir o risco de eventos adversos durante as transições, reconhecendo-se que momentos de transporte e transferência constituem períodos de vulnerabilidade acrescida (Putra et al., 2022).

No serviço de Hemodinâmica, apesar de o contacto com doentes ventilados ter sido praticamente inexistente, a criticidade assumiu expressão sobretudo cardiovascular. A monitorização invasiva, a gestão de complicações peri-procedimento e a resposta imediata a alterações hemodinâmicas súbitas evidenciaram que a pessoa em situação crítica pode não apresentar falência respiratória, mas mantém risco elevado de instabilidade potencial. A vigilância contínua, a interpretação integrada de parâmetros hemodinâmicos e a articulação interdisciplinar assumiram papel central. A literatura demonstra que alterações cardiovasculares constituem eventos frequentes em contextos de transporte e manipulação do doente crítico (Putra et al., 2022), reforçando a necessidade de preparação antecipada e planeamento rigoroso.

De forma transversal aos três contextos, tornou-se evidente que o cuidado à pessoa em situação crítica exige integração entre competência técnica, liderança clínica e responsabilidade ética.

Assim, o percurso formativo permitiu consolidar uma visão abrangente do cuidado ao doente crítico, demonstrando que a especialização em EMC-PSC implica capacidade de adaptação a diferentes realidades assistenciais, mantendo como eixo estruturante a vigilância contínua, a antecipação de risco e a prática baseada em evidências. Neste âmbito, o modelo de *Larrabee* constituiu um referencial conceptual importante para estruturar a prática clínica, desde a identificação precoce de situações de risco (Etapa 1), passando pela análise da evidência científica (Etapas 2 e 3), até à implementação de intervenções clínicas fundamentadas e orientadas para a segurança da pessoa em situação crítica (Etapas 4 e 5).

4.2.2. Dinamiza A Resposta Em Situações De Emergência, Exceção E Catástrofe, Da Conceção À Ação

As situações de emergência, exceção e catástrofe configuram contextos de elevada complexidade clínica e organizacional, caracterizados por desequilíbrio entre necessidades assistenciais e recursos disponíveis, com impacto significativo na resposta dos serviços de saúde (OE, 2018a).

Competência específica (OE, 2018a):

- “Dinamiza a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação.”

A catástrofe pode ser entendida como um acontecimento de grande magnitude que provoca destruição, perturbação socioeconómica, perda de vidas humanas e agravamento do estado de saúde das populações, exigindo frequentemente a mobilização de recursos externos à comunidade afetada. Neste sentido, a WHO (2019) define catástrofe como uma situação em que o impacto excede a capacidade de resposta local, comprometendo o funcionamento normal dos sistemas de saúde. Em consonância, a Lei n.º 27/2006, de 3 de julho (Lei de Bases da Proteção Civil), com as alterações introduzidas pela Lei n.º 80/2015, define-a como um acidente grave ou uma sucessão de acidentes suscetíveis de gerar elevados prejuízos materiais e vítimas, comprometendo intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico, quer em áreas específicas quer a nível nacional. Estes cenários caracterizam-se, de forma transversal, por três elementos fundamentais: número elevado de vítimas, danos materiais significativos e desproporção entre os recursos disponíveis e as necessidades assistenciais emergentes, conforme descrito por Adini et al. (2012).

No plano assistencial, importa distinguir emergência, situação de exceção e evento multi-vítimas. De acordo com a WHO (2019) A emergência corresponde a um evento súbito que ameaça a integridade de órgãos vitais, colocando a vida em risco e exigindo intervenção imediata e diferenciada. A situação de exceção traduz-se num contexto em que as necessidades assistenciais ultrapassam os recursos existentes, impondo reorganização e gestão criteriosa dos meios humanos e técnicos. A Ordem dos Enfermeiros define ainda evento multi-vítimas como aquele que envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o funcionamento habitual dos serviços de emergência e modificar a prática assistencial (OE, 2018a). Ainda que nos Serviços de Urgência a sobrelotação e a escassez de recursos sejam frequentemente vivenciadas, nem sempre estas

circunstâncias são formalmente enquadradas como situações de exceção, apesar de apresentarem características semelhantes.

A compreensão destes cenários foi aprofundada ao longo do percurso formativo, mobilizando conhecimentos adquiridos essencialmente na Unidade Curricular de Emergência, Exceção e Catástrofe, nas quais foram abordados princípios de organização da resposta a eventos críticos, triagem em situações de múltiplas vítimas, gestão de recursos e liderança em contextos de elevada imprevisibilidade.

No âmbito da competência específica relativa à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, foi desenvolvido um percurso formativo sustentado na pesquisa bibliográfica, na análise crítica de normativos institucionais e na reflexão estruturada sobre a organização dos serviços onde decorreram os estágios. A revisão conceptual sobre catástrofe, emergência e eventos multi-vítimas permitiu consolidar fundamentos teóricos essenciais à compreensão da magnitude organizacional e assistencial que estes cenários implicam (Assembleia da República, 2006; OE, 2018a).

A análise destes conceitos e a identificação das exigências organizacionais associadas correspondem, à luz do Modelo de Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, à Etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança ou preparação para a prática, ao reconhecer que a resposta eficaz a situações de exceção depende da existência de planeamento prévio, protocolos claros e equipas devidamente treinadas.

Em articulação com os enfermeiros gestores, as supervisoras clínicas e os elementos dinamizadores da gestão do risco de cada serviço, foram analisados os planos de emergência institucionais e as normas específicas de cada serviço, permitindo compreender os circuitos de ativação, a cadeia de comando e os mecanismos de reorganização de recursos previstos para situações críticas. Esta análise crítica de protocolos institucionais e normativos organizacionais corresponde às Etapas 2 e 3 do modelo de Larrabee - localizar e analisar criticamente a evidência disponível, permitindo compreender de que forma os planos de emergência se traduzem em estratégias operacionais nos diferentes contextos assistenciais.

Importa referir que, durante o período de estágio, nos três contextos, não ocorreram situações reais de catástrofe ou eventos multi-vítimas que exigissem ativação formal de planos institucionais.

No entanto, a ausência de exposição direta não comprometeu o desenvolvimento da competência, uma vez que a aquisição de conhecimentos teóricos, a análise crítica de protocolos existentes e a participação em formação específica constituem dimensões estruturantes da preparação profissional.

Neste sentido, a realização do curso de *International Trauma Life Support (ITLS)* revelou-se particularmente relevante, permitindo aprofundar competências na avaliação sistemática da vítima de trauma, priorização de intervenções e organização da resposta em cenários potencialmente caóticos. De igual modo, os contributos teóricos adquiridos no âmbito da formação académica e a elaboração de trabalhos científicos, nomeadamente o Poster intitulado “*Catástrofe Sísmica: Impacto Psicológico dos enfermeiros em resposta cenários de crise*” (Apêndice V) elaborado no decorrer na Unidade Curricular de Emergência, Exceção e Catástrofe, posteriormente apresentado no 1º Seminário Internacional de Ciência da Implementação e Enfermagem (Anexo V), servem para consolidar a compreensão dos princípios de atuação em situações de exceção.

A participação no WEBINAR “*(RE)AGIR quando o impossível acontece*” (certificado presente no Anexo VI), promovido pela *Ocean Medical*, reforçou ainda a importância da preparação mental, da liderança situacional e da tomada de decisão sob pressão, destacando que a resposta eficaz depende não apenas de conhecimento técnico, mas também de capacidade adaptativa, comunicação eficaz e inteligência coletiva.

A integração destas aprendizagens foi estruturada à luz do Modelo de Prática Baseada em Evidências de June Larrabee permitindo identificar lacunas de conhecimento, procurar evidência relevante, analisar criticamente os planos institucionais e refletir sobre a sua aplicabilidade prática. Este processo pode ser interpretado como a transição para as Etapas 4 e 5 do modelo - projetar e implementar melhorias na prática, preparando o enfermeiro especialista para atuar como elemento dinamizador da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Assim, ainda que não tenham sido vivenciados cenários reais de catástrofe durante os estágios, o percurso formativo desenvolvido, sustentado na análise normativa, na formação específica em trauma, na reflexão crítica e na articulação com equipas gestoras, permitiu consolidar competências essenciais para intervir de forma estruturada, segura e fundamentada em situações de emergência, exceção e catástrofe. A dinamização da resposta assume-se, deste modo, como uma competência

que se constrói tanto pela experiência direta quanto pela preparação sistemática, pelo treino e pela reflexão contínua.

4.2.3. Maximiza A Intervenção Na Prevenção E Controlo Da Infecção E De Resistência A Antimicrobianos Perante A Pessoa Em Situação Crítica E/Ou Falência Orgânica, Face À Complexidade Da Situação E À Necessidade De Respostas Em Tempo Útil E Adequadas

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde constitui um dos pilares estruturantes da prática especializada em EMC-PSC (OE, 2018a).

Competência Específica (OE, 2018a):

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

As infeções associadas aos cuidados de saúde são definidas como infeções adquiridas na sequência da prestação de cuidados, não estando presentes nem em período de incubação no momento da admissão da pessoa, encontrando-se associadas a aumento da morbilidade, mortalidade, tempo de internamento e custos em saúde (DGS, 2017). A sua relevância ultrapassa o contexto individual, configurando um problema de saúde pública à escala global, com impacto direto na segurança do doente e na sustentabilidade dos sistemas de saúde (WHO, 2022). De acordo com Pereira (2020) a pessoa em situação crítica apresenta vulnerabilidade acrescida ao risco infeccioso, em virtude da disfunção orgânica, da imunossupressão, da exposição prolongada ao ambiente hospitalar e da necessidade frequente de dispositivos invasivos para monitorização e suporte de vida.

Neste enquadramento, a Competência Específica do Regulamento das Competências do EE em EMC-PSC determina que o profissional deve “maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018a). Esta competência enquadra-se igualmente no REPE (OE, 2015b), que atribui ao

enfermeiro responsabilidade direta na garantia de cuidados seguros, éticos e cientificamente fundamentados.

A compreensão destes processos foi aprofundada ao longo do percurso formativo, mobilizando conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [IACS], na qual foram abordados princípios de vigilância epidemiológica, prevenção da infeção associada a dispositivos invasivos, controlo de resistência antimicrobiana e implementação de programas institucionais de prevenção e controlo de infeção.

A Direção-Geral da Saúde, através do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], estabelece normas e orientações técnicas destinadas à redução das IACS e à promoção do uso adequado de antimicrobianos (DGS, 2017). Paralelamente, o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 reforça a prevenção da infeção como prioridade estratégica, integrando-a como dimensão central da qualidade e segurança assistencial (DGS, 2022). Estes referenciais normativos consolidam a ideia de que a prevenção da infeção não é uma prática acessória, mas uma responsabilidade nuclear da prática clínica especializada, exigindo adesão consistente às Precauções Básicas do Controlo de Infeção, implementação de feixes de intervenção e monitorização contínua de indicadores.

A análise destes referenciais normativos e a identificação da vulnerabilidade da PSC ao risco infeccioso correspondem, à luz do Modelo de Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, à Etapa 1 - avaliar a necessidade de mudança ou intervenção na prática, ao reconhecer que a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde exige vigilância sistemática, formação contínua e implementação de estratégias estruturadas de controlo de infeção.

Ao longo dos três contextos de estágio - Hemodinâmica, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos - foi aprofundado o conhecimento do plano de prevenção e controlo de infeção em vigor em cada serviço, assegurando o seu cumprimento rigoroso. A análise dos procedimentos institucionais permitiu compreender as metas estabelecidas, os indicadores monitorizados e as estratégias implementadas para redução de infeções associadas a dispositivos invasivos, nomeadamente cateteres venosos centrais, cateter vesical, pneumonia associada à intubação e procedimentos invasivos cardiovasculares. Esta análise crítica de protocolos e orientações institucionais corresponde às Etapas 2 e 3 do modelo de Larrabee - localizar e analisar criticamente

a evidência disponível, permitindo compreender de que forma as recomendações científicas são operacionalizadas na prática clínica.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, foi solicitada a possibilidade de acompanhar durante dois dias a EE responsável pelo serviço ULPPCIRA da unidade hospitalar. Esta experiência permitiu compreender as dinâmicas estruturais do programa, os objetivos estratégicos definidos, os projetos de melhoria em desenvolvimento e os mecanismos de auditoria interna implementados. A participação na reunião mensal da ULPPCIRA possibilitou observar a discussão de indicadores institucionais, a análise de taxas de infeção associadas a dispositivos e a definição de medidas corretivas baseadas em dados epidemiológicos. Este contacto direto com a gestão do risco infeccioso reforçou a compreensão de que a prevenção da infeção exige articulação entre prática clínica, vigilância epidemiológica e cultura organizacional orientada para a segurança.

Para além da integração nas dinâmicas institucionais, foi desenvolvido, em conjunto com colegas do curso de EMC-PSC, na Unidade Curricular de IACS um trabalho onde elaboramos um plano de intervenção orientado para a melhoria contínua do controlo de infeção no Serviço de Esterilização Central, e com base no mesmo criamos uma comunicação livre intitulada *“Plano de Prevenção e Controlo de Infeção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto de Melhoria”*, (resumo presente no Apêndice VI). Este projeto teve como objetivo identificar pontos críticos no circuito de esterilização, reforçar a adesão dos profissionais às Precauções Básicas de Controlo de Infeção promover a correta higienização das mãos e a utilização adequada de equipamentos de proteção individual, bem como fortalecer práticas organizacionais orientadas para a segurança do doente e para a melhoria contínua da qualidade assistencial.

A elaboração deste projeto e a definição de propostas de melhoria podem ser interpretadas, à luz do modelo de Larrabee, como expressão da Etapa 4 - projetar a mudança na prática, ao traduzir a evidência científica e normativa em estratégias organizacionais concretas orientadas para a redução do risco infeccioso.

A apresentação deste trabalho no WEBINAR *“Desafios Globais: Sinergias Profissionais”* (Anexo VII), organizado pela Associação Nacional de Controlo de Infeção (ANCI), e a atribuição do 1.º prémio na categoria de comunicação livre constituíram reconhecimento da relevância científica e prática da intervenção proposta. A disseminação destas iniciativas e a partilha de boas

práticas podem ser compreendidas como Etapa 5 do modelo de Larrabee - implementar e promover a mudança na prática, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

De forma transversal aos três contextos, tornou-se evidente que a prevenção e controlo da infeção não se limitam ao cumprimento formal de normas, mas exigem vigilância ativa, liderança clínica e compromisso coletivo. A PSC, frequentemente submetida a dispositivos invasivos e terapêuticas complexas, encontra-se particularmente exposta ao risco infeccioso, pelo que a atuação do EE assume um papel determinante na minimização desse risco.

Assim, o percurso formativo permitiu consolidar uma prática orientada para a segurança, integrando conhecimento normativo, intervenção clínica especializada e participação ativa na governação do risco infeccioso. Neste processo, o modelo de Larrabee constituiu um referencial conceptual relevante para estruturar a prática profissional, desde a identificação de riscos infecciosos na PSC (Etapa 1), passando pela análise da evidência científica e normativa (Etapas 2 e 3), até à implementação e disseminação de estratégias de melhoria no controlo da infeção (Etapas 4 e 5).

Deste modo, a prática desenvolvida evidenciou uma atuação consistente, fundamentada e alinhada com os princípios da excelência nos cuidados à PSC.

4.3. DESAFIOS ENFRENTADOS E SUPERAÇÃO

O percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios no Serviço de Hemodinâmica, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos constituiu um processo exigente de crescimento profissional e pessoal, marcado por desafios clínicos, organizacionais e emocionais. A aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC não ocorreu de forma linear, mas antes através da confrontação com contextos diferenciados, que exigiram adaptação, reflexão crítica e mobilização constante de conhecimento científico.

De todos os contextos experienciados, a UCI revelou-se, sem dúvida, o mais desafiante. A UCI impõe uma lógica assistencial distinta, centrada numa vigilância contínua, numa leitura integrada de parâmetros hemodinâmicos, respiratórios e metabólicos e numa antecipação permanente de

complicações. Um dos principais desafios consistiu na definição de prioridades em simultâneo com a execução técnica de cuidados altamente especializados. Foi necessário desenvolver a capacidade de prestar cuidados focados em procedimentos, como a manipulação de dispositivos invasivos ou ajustes ventilatório, mantendo simultaneamente, uma visão global do estado hemodinâmico do doente, interpretando curvas, valores laboratoriais e resposta terapêutica em tempo real.

Esta necessidade de olhar o doente de forma abrangente, articulando técnica e raciocínio clínico avançado, exigiu um esforço consciente de reorganização do pensamento clínico. Ao contrário do bloco operatório, onde a prática diária é altamente protocolizada e centrada em momentos específicos do processo cirúrgico, a UCI exige continuidade assistencial, reavaliação constante e capacidade de adaptação a alterações súbitas do estado clínico. Sair desta zona de conforto implicou reconhecer limitações iniciais, investir na pesquisa científica dirigida e solicitar feedback contínuo às enfermeiras especialistas e à equipa multidisciplinar.

A própria integração numa Unidade Local de Saúde diferente da habitual, situada noutra cidade e sem referências profissionais prévias, constituiu um desafio adicional. A ausência de rede de suporte inicial, aliada ao facto de nunca ter exercido funções em contexto de cuidados intensivos, colocou-me perante uma realidade nova, tanto a nível técnico como relacional. Esta experiência potenciou o desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e da capacidade de adaptação, competências previamente refletidas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Sair da zona de conforto revelou-se um catalisador de crescimento, reforçando a autonomia e a confiança progressiva na tomada de decisão clínica.

O Serviço de Hemodinâmica, por sua vez, apresentou-se como o contexto mais próximo da minha prática habitual no bloco operatório. A existência de procedimentos invasivos, cuidados pós-anestésicos e monitorização contínua facilitou a transição e permitiu consolidar competências técnicas já adquiridas, nomeadamente na gestão de complicações peri-procedimento e na articulação com equipas cirúrgicas e anestésicas. Este contexto permitiu aprofundar a competência na gestão do risco e na monitorização hemodinâmica, integrando segurança e prática baseada na evidência.

No Serviço de Urgência, senti maior conforto na adaptação ao ritmo assistencial, possivelmente pela experiência prévia vivenciada durante o período da pandemia, quando fui

destacada para esse contexto. Ainda assim, a imprevisibilidade clínica, a sobrecarga assistencial e a necessidade de decisões rápidas reforçaram a importância do pensamento crítico e da capacidade de priorização. Este contexto contribuiu significativamente para o desenvolvimento da competência de dinamização da resposta em situações de emergência e exceção, exigindo articulação entre conhecimento técnico, comunicação eficaz e liderança situacional.

Transversalmente aos três contextos, os desafios enfrentados contribuíram para consolidar a articulação entre conhecimento científico, reflexão estruturada e prática clínica, numa lógica alinhada com o Modelo de Prática Baseada em Evidências de June Larrabee. A identificação de lacunas pessoais, a procura ativa de evidência científica, a implementação de estratégias de melhoria e a avaliação contínua do desempenho permitiram transformar dificuldades iniciais em oportunidades de crescimento.

Em síntese, os desafios experienciados não constituíram obstáculos ao desenvolvimento de competências, mas antes motores de transformação profissional. A exigência técnica da UCI, a dinâmica imprevisível do Serviço de Urgência e a especificidade procedimental da Hemodinâmica proporcionaram uma visão integrada da pessoa em situação crítica, reforçando a capacidade de adaptação, liderança clínica e responsabilidade ética. O percurso formativo consolidou, assim, não apenas competências técnicas diferenciadas, mas também maturidade profissional, segurança na tomada de decisão e compromisso com a excelência dos cuidados.

CONCLUSÃO

O presente relatório teve como finalidade analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em EMC-PSC, evidenciando o processo de aquisição e consolidação das competências do EE e das competências inerentes ao grau de Mestre. A elaboração deste trabalho permitiu integrar de forma articulada os contributos da formação académica, da evidência científica e das experiências clínicas vivenciadas nos diferentes contextos de prática especializada.

A organização do relatório procurou refletir esta integração, estruturando-se numa sequência lógica que compreendeu o enquadramento teórico e conceptual da temática, a caracterização dos contextos clínicos de estágio e a análise reflexiva do processo de aquisição de competências. O referencial teórico adotado, nomeadamente o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, revelou-se particularmente pertinente para sustentar a reflexão sobre a prática clínica, permitindo estruturar o processo de identificação de problemas, pesquisa e análise crítica da evidência científica, implementação de intervenções e avaliação dos resultados obtidos. A aplicação deste modelo favoreceu o desenvolvimento de uma prática reflexiva e fundamentada, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Os contextos clínicos onde decorreram os estágios, nomeadamente, Serviço de Hemodinâmica, Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos, constituíram ambientes privilegiados para a consolidação de competências especializadas no cuidado à PSC. A diversidade destes contextos permitiu contactar com diferentes níveis de complexidade clínica e organizacional, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade de priorização, da vigilância clínica contínua e da tomada de decisão em situações de elevada instabilidade e imprevisibilidade.

No que respeita à avaliação dos objetivos definidos, considera-se que estes foram globalmente alcançados. Foi possível contextualizar a temática abordada, integrando o referencial teórico de enfermagem que sustenta a prática baseada em evidências, bem como os referenciais normativos e científicos que orientam o exercício profissional. Procedeu-se igualmente à caracterização dos contextos formativos e clínicos onde se desenvolveu o percurso de estágio, permitindo compreender as dinâmicas assistenciais e organizacionais que influenciam a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Paralelamente, foi realizada uma análise reflexiva das experiências vivenciadas, evidenciando o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC.

Destaca-se ainda o contributo da investigação desenvolvida no âmbito da *Scoping Review* sobre a segurança da via aérea no transporte intra-hospitalar do doente sob VMI. A sistematização da evidência científica existente permitiu aprofundar o conhecimento sobre esta problemática e reforçar a importância da adoção de práticas baseadas na evidência para a redução de eventos adversos e promoção da segurança do doente.

Relativamente às implicações para a prática de enfermagem, a disseminação dos resultados da *Scoping Review* e a apresentação de propostas de melhoria (como a *checklist* pré-transporte) às equipas, nomeadamente no Serviço de Urgência, permitiram sensibilizar os profissionais, promovendo a reflexão conjunta e lançando bases para a redução da variabilidade dos cuidados e aumento da segurança no transporte

A análise do percurso formativo evidencia igualmente a sua relação com o perfil de competências do EE em EMC-PSC, nomeadamente na capacidade de prestar cuidados altamente diferenciados, gerir situações de elevada complexidade clínica, antecipar e prevenir complicações e promover a segurança da PSC. O desenvolvimento das competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros permitiu consolidar uma prática profissional mais autónoma, reflexiva e orientada para a qualidade dos cuidados.

Paralelamente, este percurso evidencia a aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, designadamente a capacidade de integrar e aprofundar conhecimentos

especializados, analisar criticamente situações complexas, aplicar evidência científica na resolução de problemas clínicos e comunicar conclusões de forma clara e fundamentada em contextos multidisciplinares. A realização de atividades de investigação, a análise crítica da prática clínica e a disseminação de conhecimento científico refletem a capacidade de produção e aplicação de conhecimento em contexto profissional.

Apesar de os objetivos terem sido alcançados, o percurso não esteve isento de limitações. Do ponto de vista da investigação, a revisão da literatura foi limitada pela escassez de estudos experimentais. No contexto prático, o tempo exíguo de estágio impossibilitou a avaliação quantitativa e longitudinal do impacto real da implementação das propostas de melhoria nas taxas de eventos adversos. No futuro seria pertinente, a realização de estudos que avaliem a eficácia da adoção sistemática de *checklists* no transporte intra-hospitalar em diferentes realidades institucionais, bem como a investigação do impacto direto da formação especializada das equipas de transporte.

Em síntese, o percurso formativo desenvolvido constituiu uma oportunidade significativa de crescimento académico e profissional, permitindo consolidar uma identidade profissional avançada assente na prática baseada em evidências, na reflexão crítica e na responsabilidade ética. Embora tenha apresentado desafios significativos, desde a exigente conciliação profissional até à rápida adaptação a contextos clínicos desconhecidos e de elevada complexidade emocional, o desenvolvimento das competências de EE e das competências associadas ao grau de Mestre traduz-se numa prática clínica mais segura, diferenciada e cientificamente fundamentada, firmemente orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados PSC e à sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adini, B., Goldberg, A., Cohen, R., Laor, D., & Bar-Dayana, Y. (2012). Evidence-based support for the all-hazards approach to emergency preparedness. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1, 40. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-40>
- Alizadeh Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2020). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(3), 231–237. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000433>
- An, J., Li, L., Li, X., Zhang, Y., & Dai, Y. (2022). Establishment of a simplified score for predicting risk of critical ill patients during intrahospital transport in emergency department to intensive care unit: A single-centre, prospective observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(23–24), 3492–3502. <https://doi.org/10.1111/jocn.16337>
- Assembleia da República. (2006). Lei n.º 27/2006, de 3 de julho (Lei de Bases da Proteção Civil), com as alterações introduzidas pela Lei n.º 80/2015. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Bercault, N., Wolf, M., Runge, I., Fleury, J.-C., & Boulain, T. (2005). Intrahospital transport of critically ill ventilated patients: A risk factor for ventilator-associated pneumonia—A matched cohort study. *Critical Care Medicine*, 33(11), 2471–2478. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000185644.54646.65>
- BICSP – Biblioteca de Cuidados de Saúde Primários. (2024). *ULS da Arrábida*. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt>
- Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L., Primo, C. C., Bispo, G. S., & Lopes, R. O. P. (2019). Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 604–608. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>

- Branson, R. D., & Rodriguez, D. (2020). Monitoring during transport. *Respiratory Care*, 65(6), 882–893. <https://doi.org/10.4187/respcare.07796>
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 19(4), 557–572. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- CardioBase. (2024). *Cardiology information system & clinical data management*. <https://www.cardibase.net>
- Cruz, J. R. M., Rodríguez-Escanciano, S., Casares, A. B., & Pimentel, M. H. (2022). Unidade local de saúde: Um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde. *Referência, Série VI*(1).
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2021). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103867 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA)*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2022e). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Segurança%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Direção-Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Relatório: Reformulação das unidades locais de saúde*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2024). VNC-ERS/020/2024 – Unidades locais de saúde: Reorganização e enquadramento jurídico-funcional. <https://ers.pt>

- Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública. (2025). *Ficha institucional da ULS Arrábida*. <https://www.etf.gov.pt>
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00637-6>
- International Council of Nurses. (2010). *Framework of competencies for the generalist nurse*. <https://www.icn.ch>
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Evidence-based practice*. McGraw-Hill Education.
- Lin, S. J., Tsan, C.-Y., Su, M.-Y., Wu, C.-L., Chen, L.-C., Hsieh, H.-J., & Sun, J.-S. (2020). Improving patient safety during intrahospital transportation of mechanically ventilated patients with critical illness. *BMJ Open Quality*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000698>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., & Okada, Y. (2022). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 52, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>
- Nascimento, T. R., Ferreira, C. V. L., Nascimento, G. L. S. D., Conceição, M. S. S., Correia, E. A., Leite, A. B. P., Begnossi, J. Y. U., Lima, D. J., Santos, M. E. da S., Teixeira, M. G. da C., Jesus, F. da P. D., & Souza, R. S. D. (2023). O papel do enfermeiro no processo de gestão hospitalar: Uma revisão integrativa. *Revista Foco*, 16(9), e3067. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-065>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.

- Nisha, S., & Theresa, S. J. (2022). Risk factors and adverse events during intra hospital transportation among critically ill with a view to develop patient transport checklist. *International Journal of Nursing Education*, 14(3), 111–117. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18361>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código deontológico do enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Regulamento n.º 429/2018 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica*. <https://diariodarepublica.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesct_ecabril2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 – Competências comuns do enfermeiro especialista*. <https://diariodarepublica.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019 – Norma para cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. <https://files.diariodarepublica.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o Estágio e Relatório da Componente Clínica dos Ciclos de Estudos dos Mestrados em Enfermagem Conducentes à Atribuição do Título Profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-paraestágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enfermeiro-especialista.pdf>
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos adultos: Recomendações*. <https://spci.pt>

- Pereira, F. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1a edição, pp. 161–174). Lidel.
- Putra, K. R., Wulandari, I., Suharsono, T., & Hany, A. (2022). Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: An observational study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 13(3), 699–706. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2022.13.0012>
- Silva, R., Carvalho, J., & Mendes, A. (2015). Gestão de catástrofes e resposta hospitalar: Fundamentos conceptuais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(3), 312–318. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.03.001>
- ULSAC – Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. (2025). *Unidade local de saúde do Alentejo Central*. <https://www.ulsac.min-saude.pt>
- Unidade Local de Saúde da Arrábida. (2025). *Departamento de anestesiologia – serviços clínicos*. <https://www.alsa.min-saude.pt/servicos-clinicos/departamento-de-anestesiologia/>
- World Health Organization. (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510455>
- World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/15520c4f-89d1-4a8f-9bab-6b771aa30acb/content>
- World Health Organization. (2019). *Health emergency and disaster risk management framework*. https://www.who.int/publications/i/item/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework?utm_source
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2022). *Global report on infection prevention and control*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540–555.
<https://doi.org/10.1111/scs.12670>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Resumo da *Scoping Review* intitulada: “*Práticas e Recomendações para a Segurança da Via Aérea no Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico Ventilado: Uma Scoping Review*”

Introdução: O transporte intra-hospitalar de doentes críticos ventilados representa um procedimento essencial, mas de elevado risco, associado a eventos adversos graves como hipoxemia, hipotensão e extubação accidental. Estes doentes exigem dos profissionais de saúde conhecimentos técnicos e protocolos específicos que garantam a segurança da via aérea durante o transporte. **Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível acerca das práticas atuais e recomendações para garantir a segurança da via aérea em doentes ventilados durante o transporte intra-hospitalar. **Método:** Realizou-se uma *Scoping Review* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI). A pesquisa decorreu nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, PUBMED e SCOPUS, com limitação temporal entre 2019 e 2024, respeitando critérios de inclusão e exclusão, tendo sido incluídos sete estudos. **Resultados:** A análise dos estudos permitiu identificar múltiplos fatores de risco associados aos eventos adversos, destacando-se a ausência de protocolos padronizados, falhas na monitorização contínua e preparação inadequada da equipa e do equipamento. A implementação de *checklists*, programas de melhoria contínua e formação especializada demonstraram reduzir significativamente a incidência de complicações. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a importância de protocolos baseados em evidência, monitorização rigorosa e equipas multidisciplinares treinadas para reduzir eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar. São necessários mais estudos multicêntricos para padronizar práticas e promover maior segurança do doente ventilado.

Palavras-chave: Transporte intra-hospitalar; ventilação mecânica; segurança do doente; via aérea;

Introduction: Intrahospital transport of mechanically ventilated critically ill patients is an essential but high-risk procedure, often associated with severe adverse events such as hypoxemia, hypotension, and accidental extubation. These patients require healthcare professionals to apply specialized knowledge and standardized protocols to ensure airway safety during transport. **Objective:** To map the available scientific evidence on current practices and recommendations to ensure airway safety in ventilated patients during intrahospital transport. **Method:** A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines. The search was performed in MEDLINE, CINAHL, PUBMED and SCOPUS databases, limited to studies published between 2019 and 2024, applying inclusion and exclusion criteria, resulting in the

inclusion of seven studies. **Results:** The analysis identified several risk factors for adverse events, mainly the lack of standardized protocols, inadequate continuous monitoring, and insufficient team and equipment preparation. The implementation of checklists, continuous improvement programs, and specialized training significantly reduced the incidence of complications. **Conclusion:** The findings highlight the importance of evidence-based protocols, rigorous monitoring and trained multidisciplinary teams to reduce adverse events during intrahospital transport. Further multicenter studies are needed to standardize practices and enhance the safety of ventilated patients.

Keywords: Intrahospital transport; mechanical ventilation; patient safety; airway management

APÊNDICE II – Planeamento de Sessão e Questionário de Avaliação da Formação em Serviço:
*“Transporte Intra-Hospitalar do Doente sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via
aérea e na prevenção da PAI”*

Plano de Sessão de Formação no Serviço de Urgência
Tema: Transporte Intra-Hospitalar do Doente sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI
Formadores: Inês Carrão, Inês Piteira
Destinatários: Enfermeiros do SUP
Local: Sala de Formação
Data/Hora/Duração prevista: 23/10/2025
Hora: 13h
Duração prevista: 30 min
Objetivo Geral: Rever conceitos e medidas a instituir durante o transporte intra-hospitalar do doente sob ventilação mecânica invasiva e prevenção da pneumonia associada à intubação
Objetivos Específicos: - Identificar os principais desafios e eventos adversos que podem ocorrer durante o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva; - Evidenciar as medidas de segurança necessárias para manutenção segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar; - Evidenciar as intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à intubação; - Divulgar a utilização de <i>checklists</i> para um transporte intra-hospitalar seguro; - Identificar a comunicação efetiva e a atuação em equipa de forma coordenada e eficiente durante todo o processo na promoção da cultura de segurança do doente.
Conteúdos: - Conceito geral do transporte intra-hospitalar, objetivo e importância - Contextos e desafios - Conceito de pneumonia associada à intubação - Intervenções de Enfermagem no Transporte Intra-Hospitalar e na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação - Formação contínua, protocolos e simulação clínica - Exemplo de <i>checklist</i> de verificação da via aérea em doentes sob ventilação mecânica invasiva

Metodologia e Recursos - Método expositivo com apresentação teórica através de <i>slides</i>
Materiais e Equipamentos - Computador e projetor - Plataforma digital <i>canva</i>
Avaliação da Sessão - Resposta ao Questionário <i>Online</i> de Avaliação da Sessão de Formação e dos Formadores

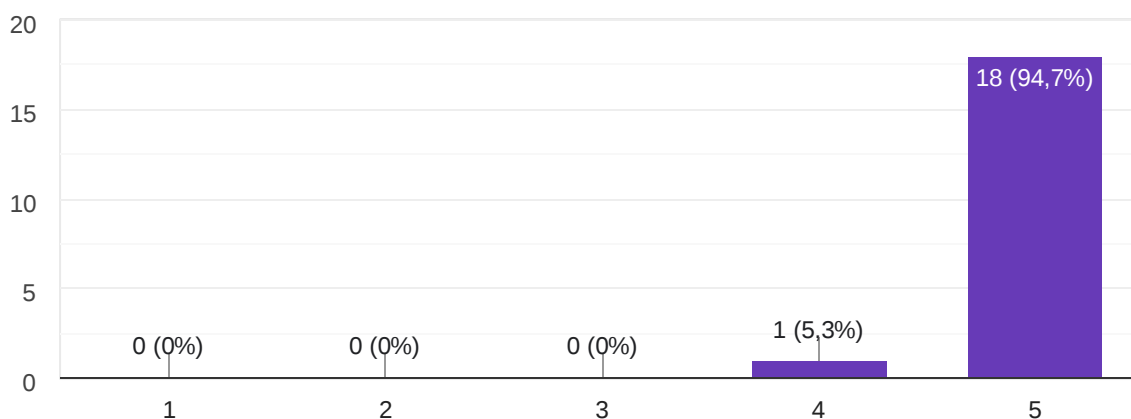
Questionário de Avaliação da Sessão de Formação " Transporte Intra-Hospitalar do Doente sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI" e dos Formadores

19 respostas

1 - Clareza e pertinência dos objetivos da sessão

 Copiar

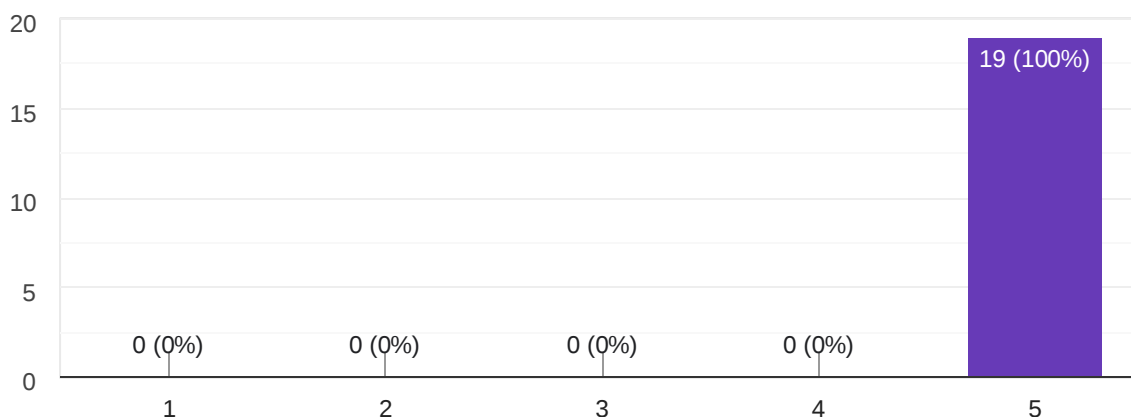
19 respostas



2 - Os conteúdos apresentados foram adequados aos objetivos propostos

 Copiar

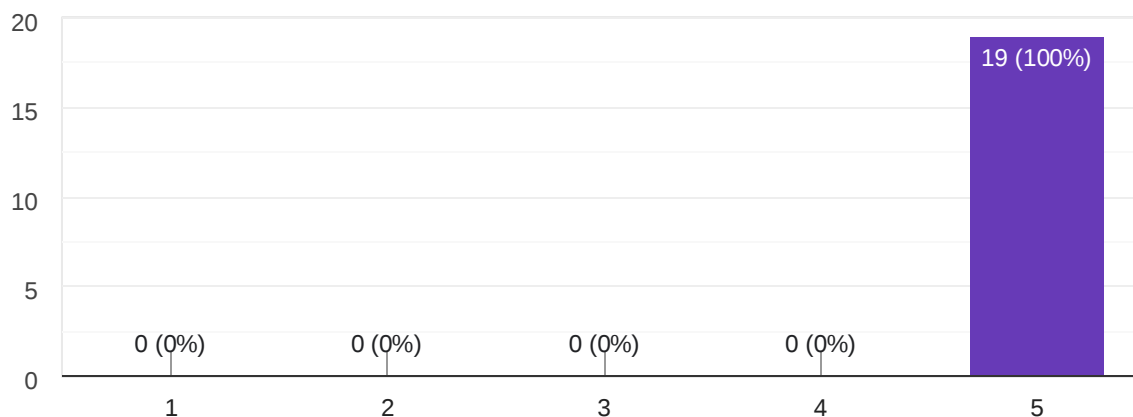
19 respostas





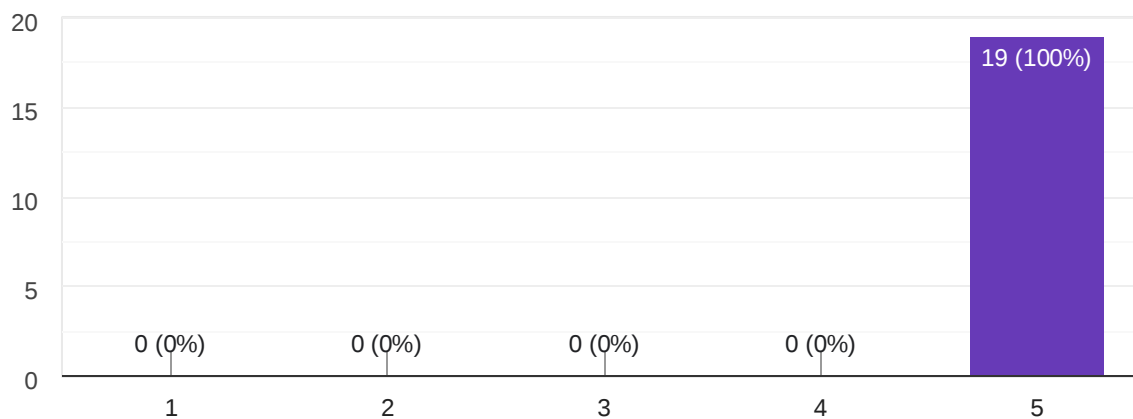
2 - Relevância do tema para a prática profissional

19 respostas



3 - Qualidade e relevância dos conteúdos abordados

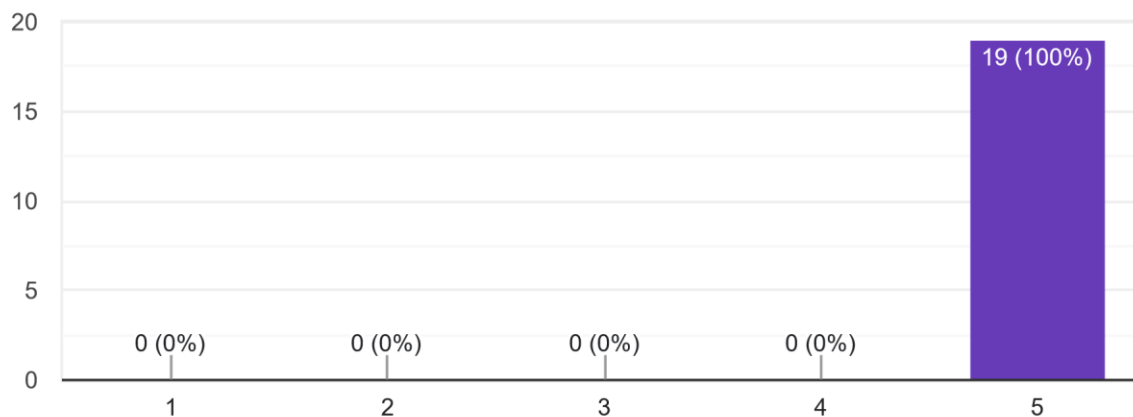
19 respostas





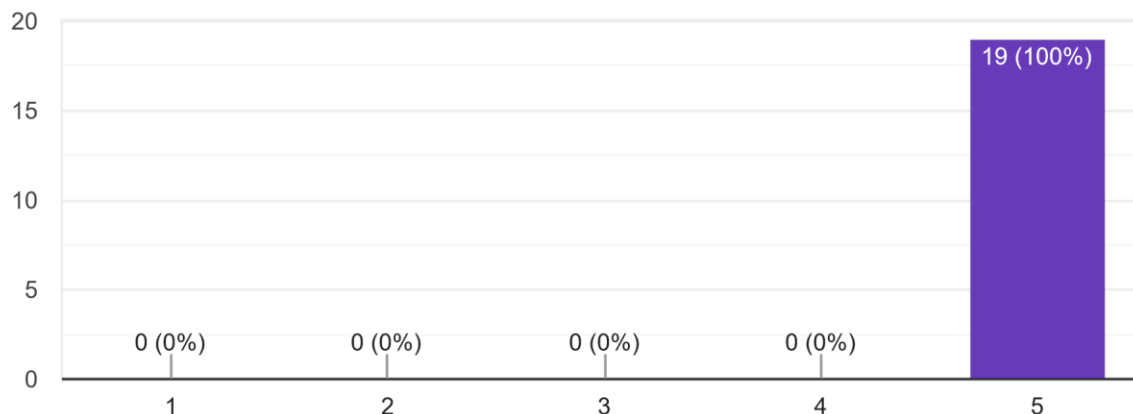
4 - Adequação da metodologia utilizada

19 respostas



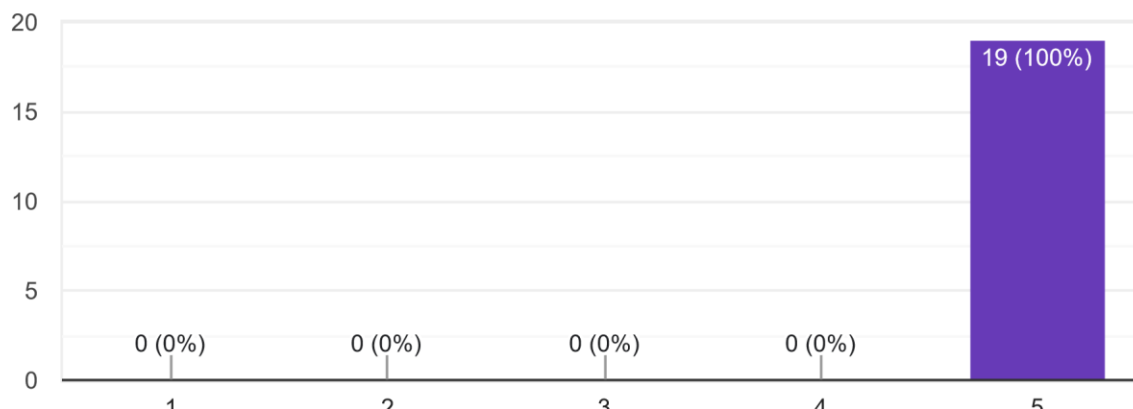
5 - Organização e gestão do tempo da sessão

19 respostas



7 - Cumprimento dos objetivos propostos

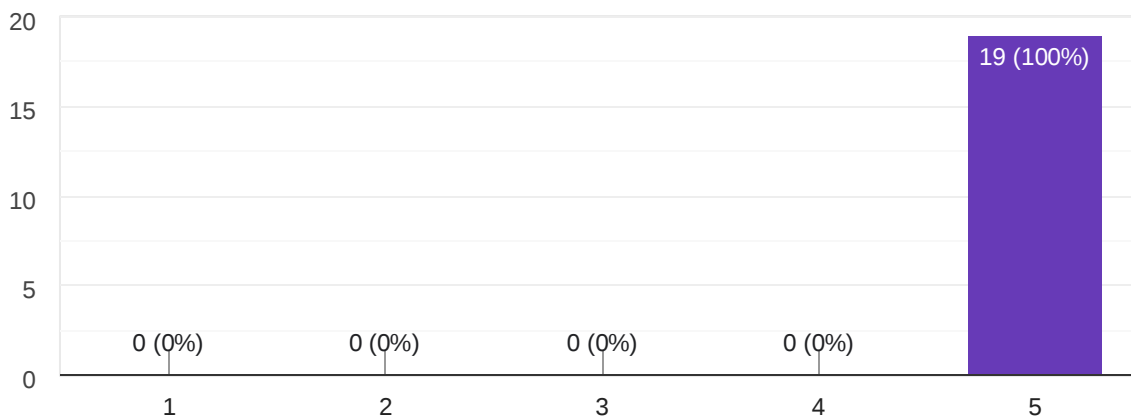
19 respostas



Domínio dos conteúdos abordados



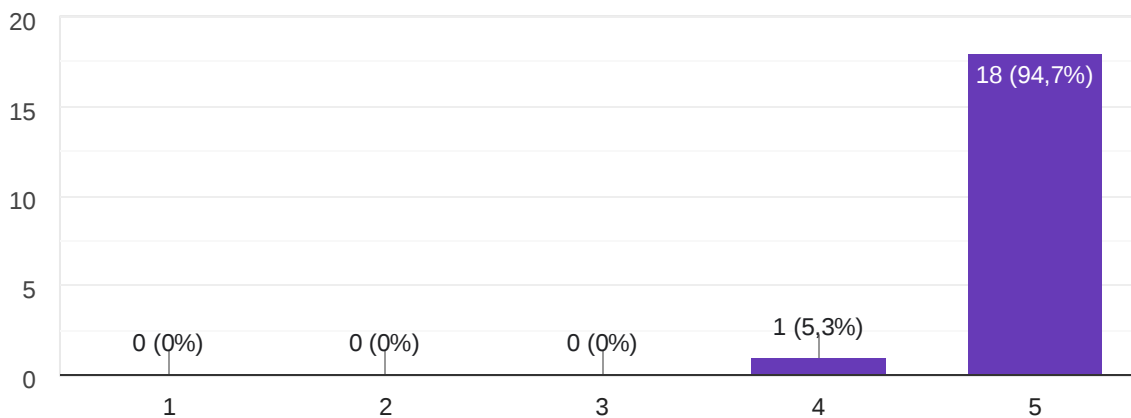
19 respostas



6 - Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas



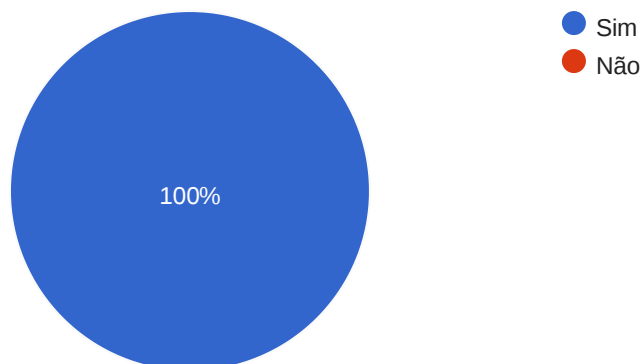
19 respostas



8 - A sessão de formação permitiu a aquisição de conhecimento novos?



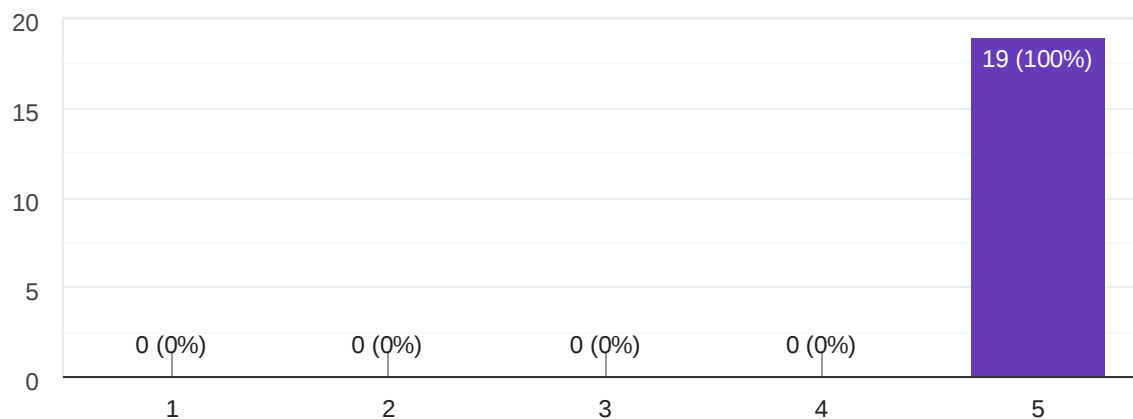
19 respostas



Avaliação Global da Sessão de Formação



19 respostas



Sugestões de melhoria

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

APÊNDICE III – Planeamento de Sessão e Questionário de Avaliação da Formação em Serviço:
“Prevenção do erro terapêutico em UCI: boas práticas na administração da terapêutica endovenosa e no cateter venoso central”

Plano de Sessão de Formação no Serviço de Medicina Intensiva
Tema: Prevenção do erro terapêutico em UCI: boas práticas na administração da terapêutica endovenosa e no cateter venoso central
Formadores: Inês Piteira
Destinatários: Enfermeiros da UCI
Local: Sala de Formação
Data/Hora/Duração prevista: 29/01/2026
Hora: 14h
Duração prevista: 30 min
Objetivo Geral: Promover a segurança do doente crítico através da prevenção do erro terapêutico e da utilização segura do cateter venoso central em contexto de UCI.
Objetivos Específicos: • Definir o conceito de erro terapêutico no contexto da segurança do doente; • Identificar os principais tipos e causas do erro terapêutico em UCI; • Analisar estratégias de prevenção do erro na administração de terapêutica endovenosa; • Descrever boas práticas na utilização e manutenção do CVC; • Reforçar o papel do enfermeiro na promoção da cultura de segurança.
Conteúdos: • Definição de Erro Terapêutico • Classificação dos Erros de Medicação • Causas e Fatores do Erro em Contexto de UCI • Processo do Uso do Medicamento e estratégias de prevenção e segurança • Fármacos Vesicantes e Irritantes • Administração Terapêutica – Abordagem ao CVC
Metodologia e Recursos - Método expositivo com apresentação teórica através de <i>slides</i>
Materiais e Equipamentos

- Computador e projetor
- Plataforma digital *canva*

Avaliação da Sessão

- Resposta ao Questionário *Online* de Avaliação da Sessão de Formação e dos Formadores

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação " Prevenção do erro terapêutico em UCI: boas práticas na administração da terapêutica endovenosa e no cateter venoso central"

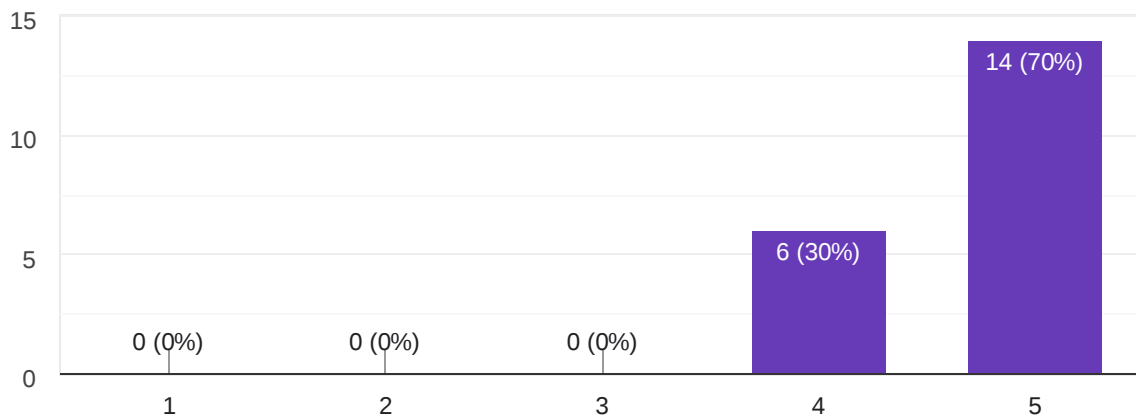
20 respostas

[Publicar estatísticas](#)

1 - Clareza e pertinência dos objetivos da sessão

 [Copiar](#)

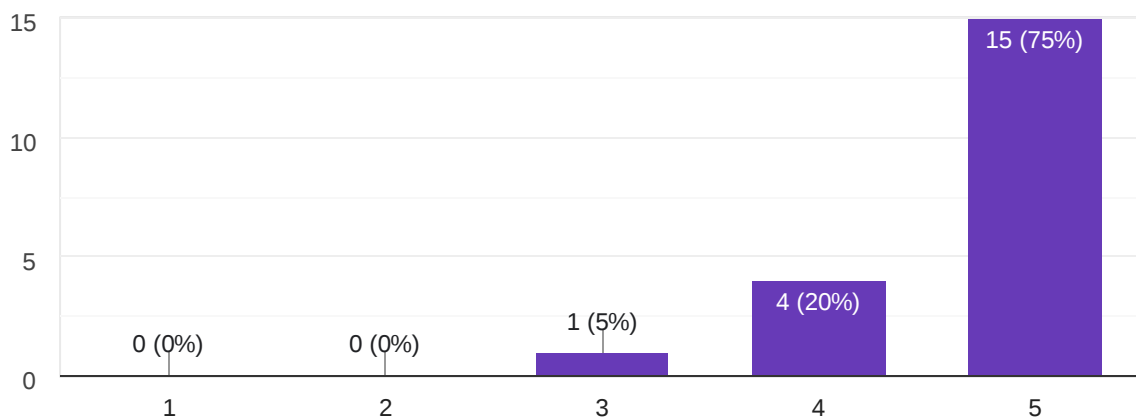
20 respostas



2 - Os conteúdos apresentados foram adequados aos objetivos propostos

 [Copiar](#)

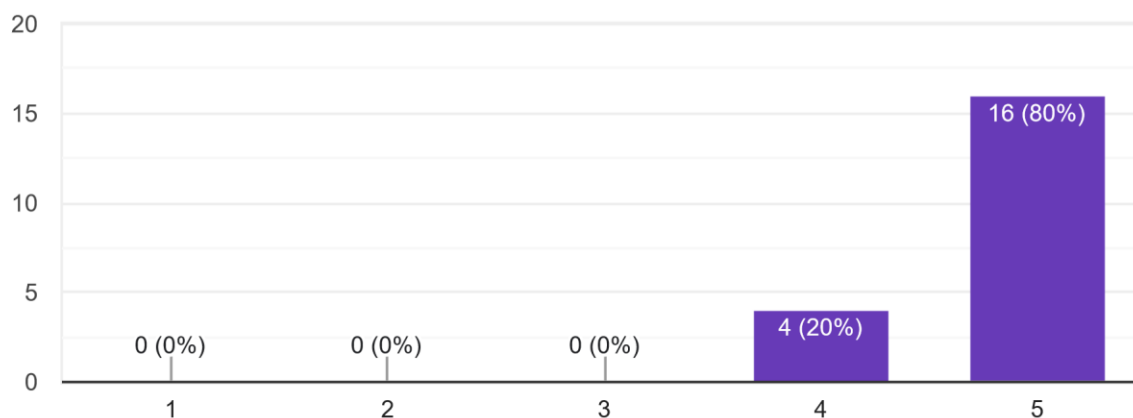
20 respostas



2 - Relevância do tema para a prática profissional

 Copiar

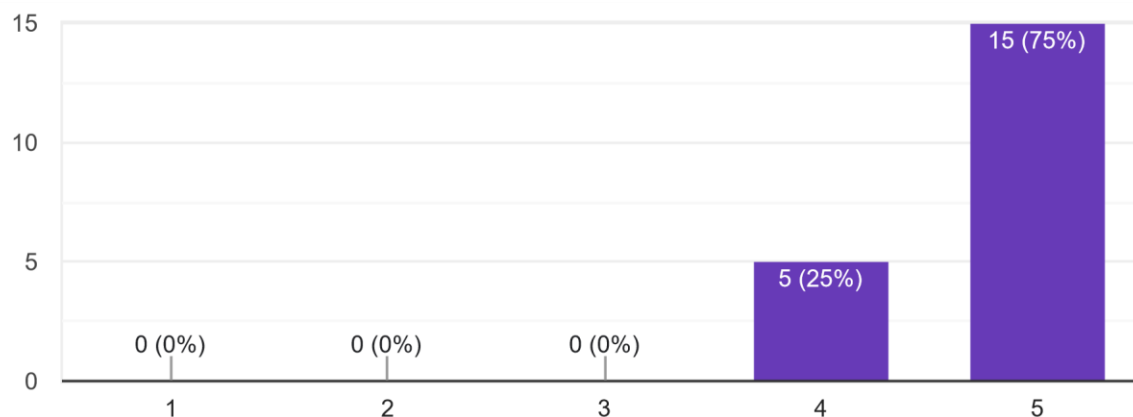
20 respostas



3 - Qualidade e relevância dos conteúdos abordados

 Copiar

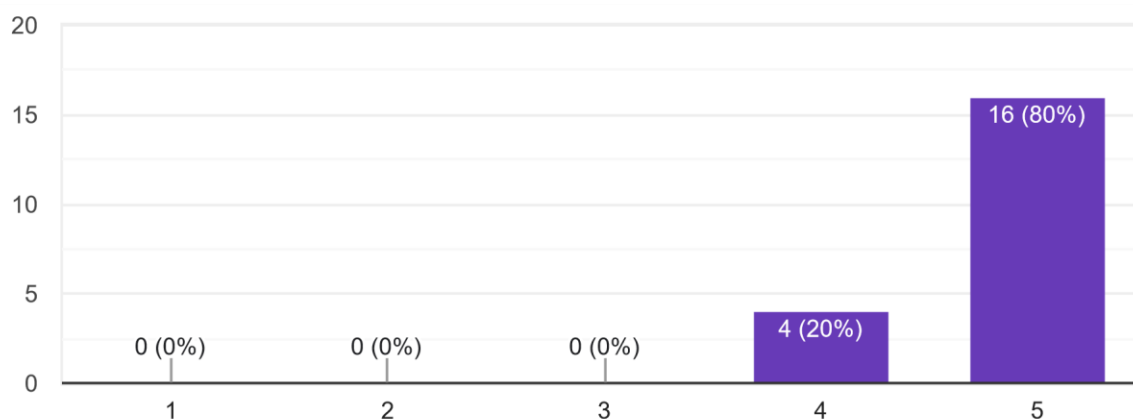
20 respostas



4 - Adequação da metodologia utilizada

 Copiar

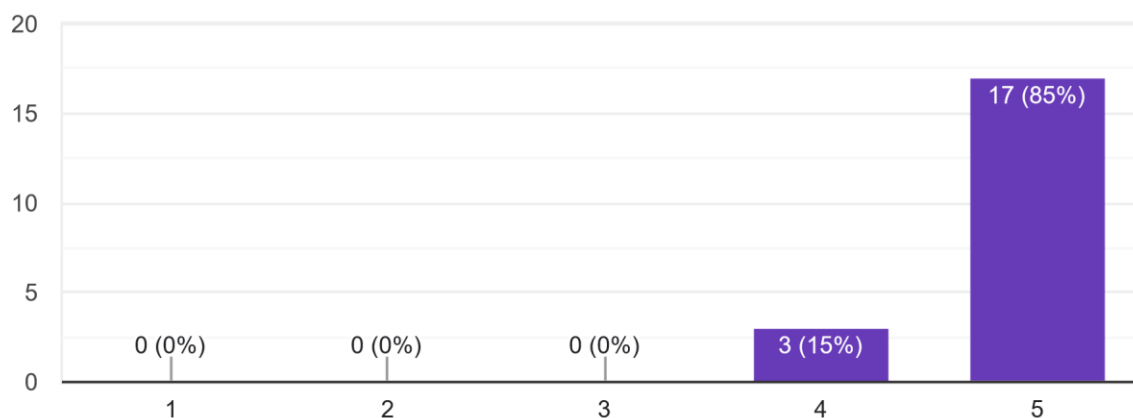
20 respostas



5 - Organização e gestão do tempo da sessão

 Copiar

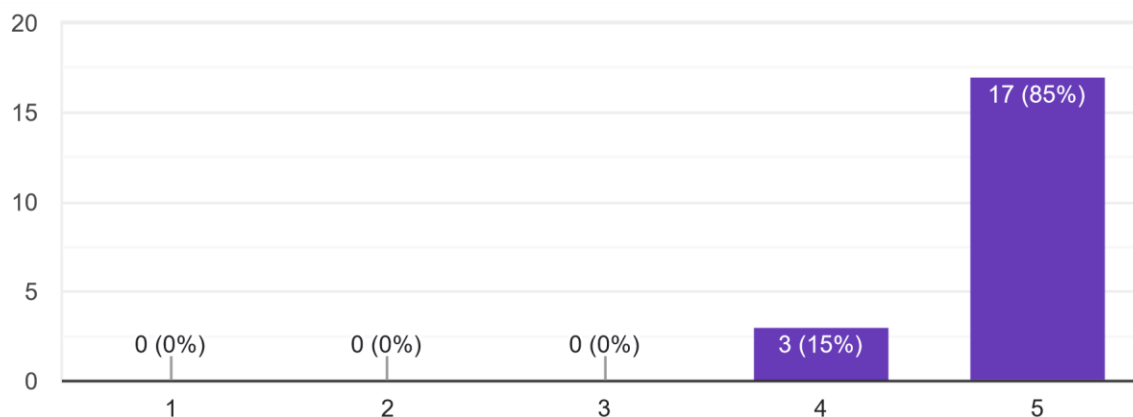
20 respostas



6 - Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas

 Copiar

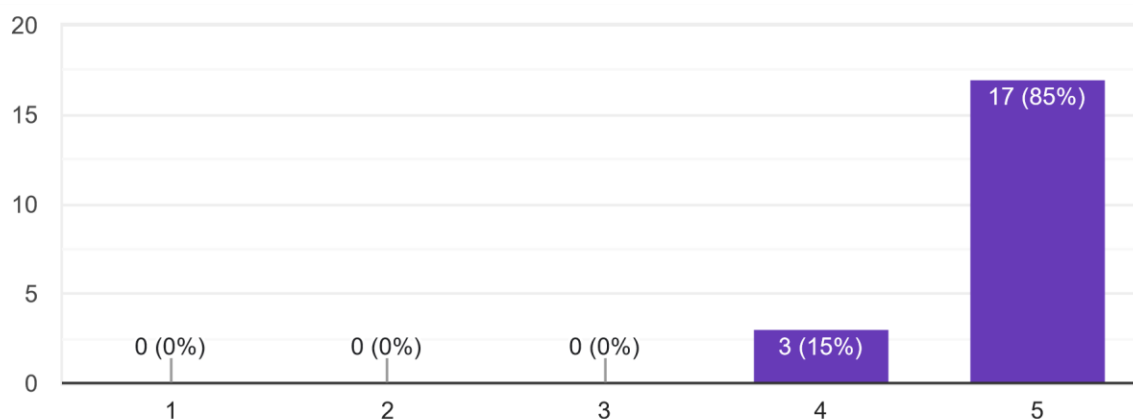
20 respostas



7 - Cumprimento dos objetivos propostos

 Copiar

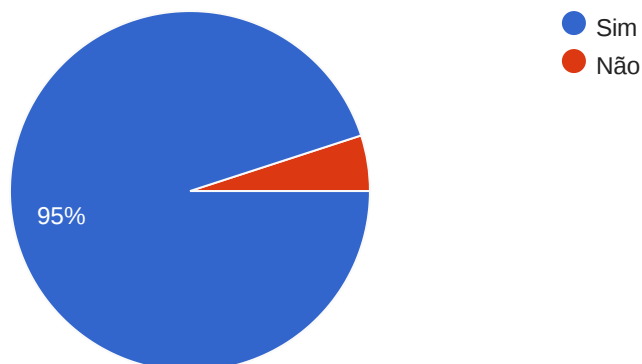
20 respostas



8 - A sessão de formação permitiu a aquisição de conhecimento novos?



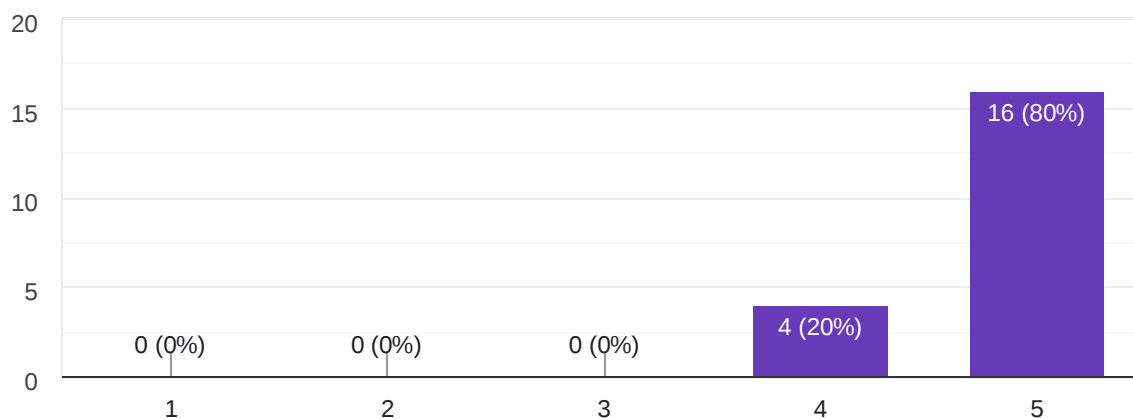
20 respostas



Classificação Global da Sessão de Formação



20 respostas



Sugestões de Melhoria

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

APÊNDICE IV– Resumo do Poster “*Práticas E Desafios Na Segurança Da Via Aérea Do Doente Sob VMI No Transporte Intra-Hospitalar: Evidência Atual*”



Folha de resumos

Consultar normas em [Normas-DC25-final.pdf](#)

1ºAUTOR (Nome completo, afiliações e mail)

Inês Isabel Pereira Piteira Unidade Local de Saúde Alentejo Central inesipiteira@gmail.com
--

RESTANTES AUTORES ((Nome completo e afiliações)
--

Maria José Catalão Departamento das Ciências e Tecnologias da Saúde - Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Portalegre Maria.catalao@ipportalegre.pt
--

TÍTULO

PRÁTICAS E DESAFIOS NA SEGURANÇA DA VIA AÉREA DO DOENTE SOB VMI NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: EVIDÊNCIA ATUAL
--

PALAVRAS-CHAVE

Transporte intra-hospitalar; Ventilação Mecânica; Segurança do Doente; Via Aérea; Pessoa em Situação Crítica

RESUMO

Enquadramento conceptual

O transporte intra-hospitalar de pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva é um procedimento necessário, mas de elevado risco devido à possibilidade de eventos adversos (EA) como hipoxemia, hipotensão, arritmias e extubação accidental. A literatura salienta a importância da monitorização contínua, da preparação rigorosa e da atuação de equipas de enfermagem para garantir a permeabilidade da via aérea e a estabilidade hemodinâmica e respiratória. A atualização de práticas, baseada em evidência científica, é fundamental para cuidados seguros.
--

Problema de investigação

Apesar da existência de recomendações internacionais, persistem lacunas na uniformização de protocolos e na adoção sistemática de estratégias baseadas em

Congresso Internacional Doente Crítico 2025



evidência que promovam a segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar de doentes ventilados. Assim, importa mapear práticas e recomendações atuais que possam reduzir eventos adversos e melhorar a qualidade dos cuidados.

Método

Foi realizada uma Scoping Review de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) e utilizando a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto). A população incluída corresponde a adultos ventilados mecanicamente sujeitos a transporte intra-hospitalar. A colheita de dados envolveu pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL (EBSCOhost), PubMed e Scopus, recorrendo a descritores específicos e operadores booleanos. Foram considerados estudos primários ou secundários, publicados entre 2019 e 2024, em português, inglês ou espanhol, com acesso integral e gratuito. No total, identificaram-se 210 artigos; após remoção de duplicados e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos sete estudos e um documento nacional de referência (“Transporte de Doentes Críticos Adultos Recomendações 2023”). Apenas foram utilizados dados de domínio público, sem recolha de dados pessoais ou intervenção em seres humanos, garantindo assim o cumprimento dos princípios éticos e de integridade científica.

Resultados

A revisão evidenciou incidência elevada de EA, com destaque para hipoxemia, hipotensão, deslocação de dispositivos invasivos e falhas de equipamento. Fatores de risco incluem preparação inadequada do material, ausência de protocolos padronizados e monitorização insuficiente. Intervenções bem-sucedidas descritas nos estudos contemplam:

- utilização sistemática de checklists para avaliação pré-transporte e execução das etapas críticas;
- formação específica e contínua das equipas;
- monitorização respiratória e hemodinâmica abrangente (oximetria, capnografia, ECG, pressão arterial);
- implementação de programas de melhoria contínua, como a análise proativa de modos de falha (HFMEA), que demonstraram redução significativa de EA.
- A existência de protocolos escritos correlacionou-se com menor incidência de complicações.

Conclusões

A segurança do transporte intra-hospitalar de doentes ventilados depende de múltiplos fatores interligados: preparação rigorosa, monitorização avançada, equipas



treinadas, comunicação eficaz e protocolos estruturados. A adoção obrigatória de checklists, formação contínua e utilização de tecnologias de monitorização emergem como medidas prioritárias para reduzir EA e garantir a integridade da via aérea. Não obstante o tipo de revisão efetuada, a heterogeneidade dos estudos incluídos e a escassez de ensaios experimentais limitam a generalização dos resultados. Recomenda-se assim, a realização de estudos multicêntricos e o desenvolvimento de ferramentas de apoio à decisão, incluindo por exemplo inteligência artificial, para reforçar a segurança e a qualidade dos cuidados durante o transporte intra-hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Alizadeh Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2021). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in Critical Care*, 26(4), 244–252. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
- Branson, Richard D., e Dario Rodriquez Jr. «Monitoring During Transport.» *Respiratory Care* 65, n.º 6 (1 de junho de 2020): 882–93. <https://doi.org/10.4187/respcare.07796>.
- Canellas, M., I. Palma, P. Pontífice-Sousa, e I. Rabiais. «Checklist Para o Transporte Intra-Hospitalar Seguro Do Doente Crítico: A Scoping Review Checklist Para El Transporte Intrahospitalario Seguro Del Paciente Crítico: A Scoping Review». *Enfermeria Global* 19, n.º 4 (2020): 557–72. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>.
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 326–332. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>
- Lin, Shwu-Jen, Chin-Yuan Tsan, Mao-Yuan Su, Chao-Ling Wu, Li-Chin Chen, Hsiu-Jung Hsieh, Wei-Ling Hsiao, et al. «Improving Patient Safety during Intrahospital Transportation of Mechanically Ventilated Patients with Critical Illness». *BMJ Open Quality* 9, n.º 2 (abril de 2020): e000698. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000698>.
- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa dos Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações*.

Congresso Internacional Doente Crítico 2025



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

Putra, K. R., Wulandari, I., Suharsono, T., & Hany, A. (2022). Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: An observational study. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 13(3), 699–706. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2022.13.0012>

S, Nisha, e Sariga J Theresa. «Risk Factors and Adverse Events During Intra Hospital Transportation Among Critically Ill with a View to Develop Patient Transport Checklist.» *International Journal of Nursing Education* 14, n.º 3 (1 de julho de 2022): 111–17. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18361>.

APÊNDICE V – Resumo do Poster “*Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise*”

resumo:	
---------	--

Título (Maiúsculas, máximo 18 palavras, sem siglas, acrónimos ou abreviaturas)	Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise
Palavras-Chave (máximo 5, recorrendo a descritores Decs/Mesh (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh)).	"Nurse", "Natural disasters", "Earthquakes" e "Mental fatigue"
Introdução (máximo 80 palavras)	Desastres naturais são eventos que levam à perda de vidas e bens com repercussões físicas, psicológicas e económicas com impacto considerável na fadiga psicológica dos enfermeiros. A prestação de cuidados em catástrofes sísmicas exige conhecimentos e habilidades especializadas. Para além da carga de trabalho intensa e acesso limitado a recursos, estes profissionais enfrentam elevados níveis de stress e pressão psicológica, afetando a qualidade dos cuidados prestados e o seu bem-estar geral.
Objetivos (máximo 60 palavras)	Geral: Mapear o impacto da catástrofe sísmica na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise. Específicos: Conhecer o impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem; enunciar medidas de mitigação da fadiga e suporte psicológico para enfermeiros que atuam em catástrofes sísmicas.
Metodologia (máximo 140 palavras)	Foi realizada uma Scoping Review, segundo a JBI, para responder à questão: Qual o impacto da catástrofe sísmica na fadiga psicológica dos enfermeiros em cenários de crise? Efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, com a estratégia de pesquisa: ("nurs#") AND ("natural disasters") AND ("earthquakes") AND ("mental fatigue" OR "cognitive fatigue" OR "mental exhaustion" OR "mental strain" OR "cognitive strain"). Os critérios de elegibilidade seguiram a estrutura PCC: População (enfermeiros), Conceito (fadiga psicológica) e Contexto (catástrofes sísmicas). Foram incluídos artigos completos, revistos por pares, publicados nos últimos cinco anos, em português e inglês. Excluíram-se estudos sobre outros profissionais de saúde, catástrofes não naturais, publicações em idiomas não elegíveis. Foram incluídos 8 artigos e uma dissertação de mestrado.
Resultados/ Discussão (máximo 140 palavras)	Impacto psicológico: Falta de experiência em situações de catástrofe, incertezas sobre segurança, preocupação com erros, sintomas de fadiga, exaustão, ansiedade, depressão, impotência, medo e frustração. Qualidade dos cuidados: Impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados com maior incidência de erros e diminuição da satisfação no trabalho.

	Medidas de mitigação: Formação da equipa; Promoção do autocuidado; Apoio psicológico; Atividades de reflexão e medicação. Os efeitos da fadiga psicológica geram um ciclo vicioso, onde o comprometimento da saúde mental afeta a capacidade dos profissionais em lidar adequadamente com as exigências laborais. A causa prende-se com a falta de condições ambientais, de trabalho, de preparação emocional e sensação de incapacidade. Esta situação origina exaustão, aumento da vulnerabilidade e problemas de saúde mental o que gera dificuldades de readaptação à vida quotidiana, sentimentos de culpa, ansiedade, medo e distúrbios do sono.
Conclusões (máximo 80 palavras)	A fadiga psicológica dos enfermeiros em cenários de catástrofe sísmica, é um desafio significativo que compromete não só a saúde mental dos profissionais, mas também a qualidade dos cuidados prestados. Dentro do contexto das competências do enfermeiro especialista, este cenário evidencia a importância da aquisição de conhecimentos especializados, da gestão eficaz de situações de crise e do desenvolvimento de habilidades para lidar com o impacto psicológico em situações de catástrofe.
Referências Bibliográficas (máximo 5, preferencialmente dos últimos 5 anos, Norma APA 7ª Edição)	Ediz, Ç., & Yanik, D. (2024). Disaster preparedness perception, psychological resiliences and empathy levels of nurses after 2023 Great Türkiye earthquake: Are nurses prepared for disasters: A risk management study. <i>Public Health Nursing</i>, 41(1), 164–174. https://doi.org/10.1111/phn.13267 İcigen, A. Y., & Metin Gemici, E. Z. (2024). A Qualitative Study on the Experiences of Volunteer Nurses about After the Elbistan Earthquake. <i>Balıkesir Health Sciences Journal / Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi</i>, 13(3), 516–524. https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1403378 Salik, H., Şahin, M., & Uslu, Ö. (2024). Experiences of Nurses Providing Care to Individuals in Earthquake-Affected Areas of Eastern Turkey: A Phenomenological Study. <i>Journal of Community Health Nursing</i>, 41(2), 110–122. https://doi.org/10.1080/07370016.2023.2285964 Xue, C., Shu, Y., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. <i>Journal of Clinical Nursing</i> (John Wiley & Sons, Inc.), 29(23/24), 4514–4531. https://doi.org/10.1111/jocn.15476 Yildirim M., Bozdağ F., & 10Başdaş Ö. (2024). Experiences of nursing students providing support in disaster areas: A qualitative study. <i>Public Health Nursing</i> (Boston, Mass.), 41(6), 1622–1632. https://doi.org/10.1111/phn.13412

Número de entrada do resumo:	
------------------------------	--

*A preencher pela Comissão científica

Tipo de Comunicação a que se	☐ ePoster
------------------------------	----------------------------------

APÊNDICE VI – Resumo da Comunicação Livre: *“Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto de Melhoria”*



DESAFIOS GLOBAIS: SINERGIAS PROFISSIONAIS

II Webinar da Associação Nacional de Controlo de Infecção 2025

FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE RESUMOS PARA APRESENTAÇÃO DE E-POSTER

Data-limite de submissão do resumo: 01-setembro-025

Email para envio do resumo: anci.geral@gmail.com

Título | Título

Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central- Um projeto de melhoria contínua

Autores | O primeiro autor é, obrigatoriamente o apresentador do e-poster

(máximo: 6 autores; nome completo, afiliação e email separados por vírgula; começar cada autor em novo parágrafo)

Inês Isabel Pereira piteira , Unidade Local de Saúde Alentejo Central – Hospital Espírito Santo de Évora –
Largo Senhor da Pobreza, 7000-811 Évora, Portugal, Enfermeira, inesipiteira@gmail.com

Resumo | Sugestão de organização: enquadramento; objetivo(s); metodologia; resultados; e conclusão)

(máximo de palavras: 500)

Introdução

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a Resistência aos Antimicrobianos (RAM) são desafios globais que aumentam morbilidade, prolongam internamentos e custos. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 foca-se na cultura de segurança e implementação de práticas seguras, com ações para reduzir as IACS e RAM. O Serviço de Esterilização Centralizado (SEC) da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano tem como objetivo fornecer dispositivos médicos reprocessados e seguros para uso clínico, reduzindo o risco de infeção cruzada entre doentes e profissionais de saúde. Sendo considerado zona de alto risco ambiental, exige medidas rigorosas de prevenção e controlo de infeção. Foi elaborado um plano de intervenção integrado no Sistema de Gestão da Qualidade, após avaliação microbiológica do ar e superfícies que identificou crescimento de *Staphylococcus Aureus* metilina sensível acima dos valores recomendados.



Objetivos

O objetivo geral foi reduzir a contaminação microbiológica no SEC, mantendo níveis microbianos aceitáveis: $\leq 100 \text{ UFC/m}^3$ no ar e culturas estéreis ou com microrganismos sem relevância clínica nas superfícies. Como objetivos específicos destaca-se o reforço da adesão dos profissionais às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), promover a correta higienização das mãos e ambiente e uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de forma a contribuir para a redução das IACS e RAM, garantindo maior segurança ao doente e qualidade do serviço.

Metodologia

O projeto adota o planeamento em saúde, definindo prioridades com métodos e critérios ajustados ao contexto.

O plano, com duração de 12 meses, estruturou-se em quatro fases:

1. Diagnóstico inicial, com análises microbiológicas do ar e superfícies, e auditorias à higiene das mãos;
2. Implementação de protocolos de limpeza e desinfecção, ajustados ao grau de risco com auditorias regulares;
3. Formação contínua dos profissionais, focada nas PBCI e técnicas adequadas de higiene;
4. Monitorização regular, por colheitas microbiológicas e intervenção imediata em caso de desvios.

Foram promovidas campanhas visuais e feedback institucional para reforço de boas práticas. Indicadores avaliados incluíram adesão à higiene das mãos, frequência de formação e resultados microbiológicos.

Resultados

A execução do plano trouxe melhorias significativas. A adesão à higienização das mãos evoluiu de 22,9% para 83,7% dos profissionais na entrada da zona limpa do SEC, reduzindo probabilidade de transmissão cruzada. A frequência da formação triplicou, abrangendo 100% da equipa face a período homólogo.

No campo microbiológico, todas as amostras de ar apresentaram resultados $\leq 100 \text{ UFC/m}^3$, inserindo o ambiente na Categoria A, a mais exigente. Quanto às superfícies, 21,7% das culturas estavam estéreis, e 78,3% apresentaram apenas crescimento de espécies sem relevância clínica. Estes dados demonstram redução significativa da carga microbiana e reforçam a segurança do serviço.

Conclusão

O plano de prevenção e controlo de infeção demonstrou eficácia no SEC da ULSLA, traduzindo-se no aumento da adesão às boas práticas de higiene e no cumprimento rigoroso dos parâmetros microbiológicos. O impacto positivo inclui redução do risco de IACS e RAM, promovendo maior segurança e qualidade do serviço. Para manter os resultados é necessária continuidade das medidas, com ênfase na formação, auditorias regulares e monitorização sistemática, consolidando práticas seguras e sustentáveis.

Palavras-Chave | Preferencialmente termos MeSH (DeCS)

(máximo: 5 palavras; separadas por ponto e vírgula)

"Central de Esterilização e de Matérias"; "Gestão de Qualidade Total"; "Infeção Hospitalar"; "Resistência Microbiana a Medicamentos"; "Higiene"

Referências | Segundo as Normas de Referência APA 7th ed.

(máximo: 4 referências bibliográficas)

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2022). Referencial3: Controlo ambiental e higienização nas unidades de saúde. https://www.arslv.t.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/11/PPCIRA_Referencial-3_-_Controlo_Ambiental.HigienizacaoUnidSaude_13maio.pdf



Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Global Handwashing Partnership. (2020). Manual de lavagem das mãos. <https://globalhandwashing.org/wp-content/uploads/2020/10/Handwashing-Handbook-Portuguese.pdf>

Pereira, R. E. (2011). Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública). <https://run.unl.pt/handle/10362/9583>

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE. (2024). Relatório de controlo microbiológico: Cirurgia do Ambulatório e Central de Esterilização (Ref. 0915/2024). Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH). Litoral Alentejano, Portugal.

World Health Organization, & Pan American Health Organization. (2016). Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250232>

ANEXOS

ANEXO I- Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025 como co-autora e apresentadora, do póster, subordinado ao tema: “*Práticas e desafios na segurança da via aérea do doente sob VMI no transporte intra-hospitalar: evidência atual*”

#DC '25

CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO

Certificado

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que,

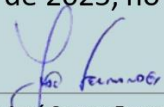
Enf^a Inês Isabel Pereira Piteira

participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025 como co-autora e apresentadora,
do póster, subordinado ao tema:

“Práticas e desafios na segurança da via aérea do doente sob VMI no transporte intra-hospitalar:
evidência atual”

ao qual foi atribuído o 1º Prémio e que decorreu nos dias 7 e 8 de Novembro de 2025, no Instituto
Politécnico de Setúbal -Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 10 de Novembro de 2025


João José Santos Fernandes
(Presidente da APE)

WORKSHOPS | MASTERCLASSES

IPS SETÚBAL 6, 7, 8 NOV



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

ANEXO II - Certificado Suporte Avançado de Vida



Certifica-se que **Inês Isabel Pereira Piteira**, nascido(a) em 26/08/1992, com o número de identificação civil ****8058, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 13/03/2025 a 14/03/2025, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 14 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 25102606

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

ANEXO III - Certificado Suporte Avançado de Vida Pediátrico



Certifica-se que **Inês Isabel Pereira Piteira**, nascido(a) em 26/08/1992, com o número de identificação civil ****8058, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 10/04/2025 a 11/04/2025, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de abril de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**



Certificado nº 25109711

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

ANEXO IV- *Certificado International Trauma Life Suport*



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Inês Isabel Pereira Piteira

**has completed the
Advanced Provider**

date
6/7/2025

course site
blue ocean medical, PORTO SALVO,

course director

course coordinator
Pedro Caldeira RN

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

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

Continuing Education Hours: 16.00 **Course #:** 24-ITLS-F2-0202 **CEH Type:** Advanced

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

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

Card Holder's Signature

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

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

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

415778-58795

Inês Isabel Pereira Piteira

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

Advanced Provider

Card Issue Date 6/7/2025

Expiration Date 06/2028

Course Number 58795

Course Location blue ocean medical,
PORTO SALVO,

ANEXO V - Certificado de Apresentação do Poster “*Catástrofe Sísmica: Impacto na fadiga psicológica dos enfermeiros na resposta a cenários de crise*”



Certificate of Poster Presentation

This is to certify that **Inês Piteira;**

has presented a poster entitled “*Seismic Catastrophe: Impact on Nurses' Psychological Fatigue in Responding to Crisis Scenarios*” at the **1st International Seminar on Implementation Science and Nursing**, held online on April 8th, 2025.

We hereby acknowledge and appreciate their valuable contribution to the scientific program of the event.

Organization: Nursing Department of School of Health of Setúbal Polytechnic University

On behalf of the Scientific Committee

 **SAÚDE**
POLITÉCNICO SETÚBAL
SCHOOL · POLYTECHNIC UNIVERSITY
www.ess.ips.pt



Assinado por: **Lucília Rosa Mateus Nunes**
Num. de Identificação: 06064421
Data: 2025.04.09 14:39:00+01'00'

ANEXO VI - Certificado de participação no WEBINAR “*(RE)AGIR quando o impossível acontece*”



Certifica-se que **Inês Piteira**, nascido(a) em 26/08/1992, com o número de identificação civil ****8058, participou no seminário

// (RE)AGIR:

QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE

GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

que decorreu em 23/01/2026, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira



Certificado nº 260701407

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

ANEXO VII- Certificado de Participação em *WEBINAR “Desafios Globais: Sinergias Profissionais”*, organizado pela Associação Nacional de Controlo de Infecção, com a comunicação livre subordinada ao tema *“Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto de Melhoria”*



CERTIFICADO 1º PRÉMIO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

A Comissão Científica do webinar **“Desafios Globais: Sinergias Profissionais”**,
organizado pela Associação Nacional de Controlo de Infecção, no dia 26 de setembro de 2025,
confere o 1º prémio de Comunicação Livre a

, Inês Isabel Pereira Piteira,

pela comunicação livre intitulada

**“Plano de Prevenção e Controlo de Infecção no Serviço de Esterilização Central: Um Projeto
de Melhoria”.**

O Presidente da Direção da ANCI

(David Pereš, MD, MPH, CIC)