

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

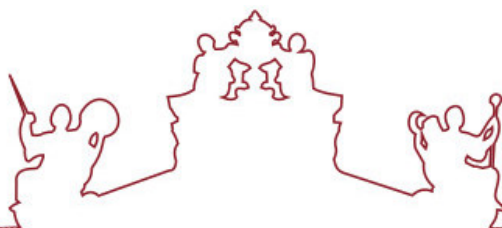
A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação na Pessoa em Situação Crítica

Inês Isabel Branquinho Carrão

Orientador(es) | Guida Maria Marques da Silva Amaral

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

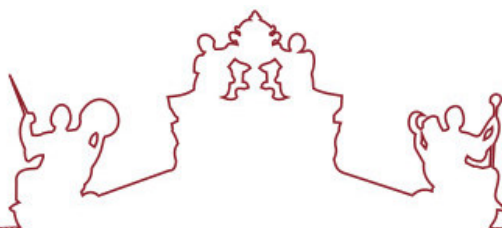
A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação na Pessoa em Situação Crítica

Inês Isabel Branquinho Carrão

Orientador(es) | Guida Maria Marques da Silva Amaral

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		Guida Maria Marques da Silva Amaral (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador) Maria José Martins Catalão (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente) Maria do Céu Marques (Universidade de Évora)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Guida Amaral, pela disponibilidade, apoio e orientação ao longo de todo este percurso.

À minha família pelo apoio incondicional, pela compreensão e por acreditarem sempre em mim.

Aos meus amigos e colegas, pela amizade, pelo incentivo, pela entreaajuda e pelos momentos partilhados.

A todos, o meu obrigada.

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica e centra-se na intervenção do Enfermeiro Especialista na prevenção da pneumonia associada à intubação. Teve como objetivo analisar o processo de desenvolvimento e consolidação das competências comuns, específicas e de Mestre, bem como a integração da evidência científica na prática. O percurso formativo decorreu em contextos de elevada complexidade, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências. A metodologia incluiu uma *scoping review* sobre a eficácia da aspiração de secreções subglóticas na prevenção da pneumonia associada à intubação, a elaboração de um estudo de caso e a reflexão crítica das experiências nos estágios, tendo por base o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de Larrabee. Os resultados evidenciam o desenvolvimento e a consolidação de competências especializadas e de Mestre na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Pneumonia Associada à Intubação; Unidade de Cuidados Intensivos; Prevenção e Controlo de Infecção.

Specialized Nurse Intervention in the Prevention of Intubation-Associated Pneumonia in Critically Ill Patient

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in the critically ill patients, and focuses on the specialized nurse intervention in the prevention of intubation-associated pneumonia. It aimed to analyse the development and consolidation of common, specific and master's-level competencies, as well as the integration of scientific evidence into clinical practice. The training pathway took place in highly complex clinical settings, enabling the development of knowledge and professional skills. The methodology included a scoping review on the effectiveness of subglottic secretion suctioning in preventing intubation-associated pneumonia, the development of a case study, and critical reflection on clinical placements, based on Larrabee's Model for Evidence-Based Practice Change. The findings demonstrate the development and consolidation of specialized and Master-level competencies in the care of critically ill patients.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critically Ill Patients; Intubation-Associated Pneumonia; Intensive Care Unit; Infection Prevention and Control.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

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

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CRI - Centro de Responsabilidade Integrada

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DAV - Diretiva Antecipada de Vontade

DGS - Direção-Geral da Saúde

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FOUR - *Full Outline of UnResponsiveness*

GPT - Grupo Português de Triage

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

ISBAR - *Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation*

JB - *Joanna Briggs Institute*

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

MAM - Medicamentos de Alerta Máximo

MAV - Medicamentos de Alta Vigilância

MMPBE - Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS - Ministério da Saúde

NAS - *Nursing Activities Score*

NEWS - *National Early Warning Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

p. - Página única

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PAMSD - Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE - Prática Baseada em Evidência

PCI - Prevenção e Controlo de Infecção

PCM - Presidência do Conselho de Ministros

PE - Processo de Enfermagem

PiCCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doente

pp. - Páginas sequenciais

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

PQCEE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

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

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAMR - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

SAV - Suporte Avançado de Vida

s.d. - Sem data

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

SWOT - *Strengths; Weaknesses; Opportunities; Threats*

TAS - Técnicas Auxiliares de Saúde

TAVI - *Transcatheter Aortic Valve Implantation*

TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UICDMC - Unidade de Internamento de Curta Duração Médico-Cirúrgica

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

ULS - Unidade Local de Saúde

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	18
1.1 MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – JUNE LARRABEE	18
1.2. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS.....	24
1.3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO	27
2. CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	37
2.1. CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA CÉREBRO-CARDIOVASCULAR 37	
2.1.1. Estrutura, Recursos físicos e Recursos Materiais.....	38
2.1.2. Recursos Humanos	39
2.1.3. Análise da Gestão e Produção de Cuidados	39
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	41
2.2.1. Estrutura, Recursos físicos e Recursos Materiais.....	42
2.2.2. Recursos Humanos	45
2.2.3. Análise da Gestão e Produção de Cuidados	46
2.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	50
2.3.1. Estrutura, Recursos físicos e Recursos Materiais.....	52
2.3.2. Recursos Humanos	54
2.3.3. Análise da Gestão e Produção de Cuidados	54
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	57
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	59
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	82
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS.....	120

ANEXO I – Certificado de presença no <i>Webinar</i> “Desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica”	121
ANEXO II – Certificado de presença no <i>Webinar</i> “Desafios da Gestão em Enfermagem” ..	123
ANEXO III – Certificado de apresentação de e-Póster intitulado “Controlo da dor aguda no conforto do doente crítico”	125
ANEXO IV – Certificado de apresentação de e-Póster “Fatores que Influenciam a Preparação dos Enfermeiros para Responder a Situações de Emergência e Catástrofe”	127
ANEXO V – Certificado de participação no 1º Seminário Internacional da Implementação da Ciência e da Enfermagem	129
ANEXO VI – Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção	131
ANEXO VII – Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico .	133
ANEXO VIII – Certificado de presença na <i>Masterclass</i> sobre a Ventilação Mecânica no Doente Crítico.....	135
ANEXO IX – Certificado de participação no 31.º Congresso da Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar	137
ANEXO X – Certificado de participação no Curso “Estratégias/Ferramentas na Implementação de Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção – Bundles”	139
ANEXO XI – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “O papel do enfermeiro no desmame ventilatório do doente crítico”	141
ANEXO XII – Certificado de Curso de Formação Profissional de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor da OE.....	143
ANEXO XIII – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “Atualizações de 2025 no suporte avançado de vida”	145
ANEXO XIV – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “Cuidar sob pressão: estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência”	147
ANEXO XV – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “Capacitar para o improvável: Gestão de recursos em emergência médica e catástrofe”	149

ANEXO XVI – Certificado de participação no Seminário “Reagir: Quando o impossível acontece – Gestão de recursos em emergência e catástrofe”	151
ANEXO XVII – Certificado de participação no Simpósio Digital – Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos	153
ANEXO XVIII – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “CVC: dispositivo, aplicabilidade e boas práticas e utilização”	155
ANEXO XIX – Certificado de participação no <i>Webinar</i> “A ameaça das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção”	157
ANEXO XX – Certificado do Curso “Estratégias para Gestão da Resistência aos Antimicrobianos”	159
APÊNDICES	161
APÊNDICE I – PRISMA	162
APÊNDICE II – Protocolo de sedoanalgesia dos doentes submetidos a procedimentos de cardiologia de intervenção	164
APÊNDICE III – Plano de Sessão do SUP “Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI”	169
APÊNDICE IV – Plano de Sessão do SMI “Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI”	171
APÊNDICE V – Reflexão crítica sobre a importância da existência do plano de evacuação no SMI	173
APÊNDICE VI – <i>Checklist</i> para o Transporte intra-hospitalar da PSC	178

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise SWOT	50
-------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC] com Relatório, a qual se insere no plano de estudos do 2.º ano do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na vertente Médico-Cirúrgica: a PSC, a decorrer na Universidade de Évora.

A elaboração deste relatório é o culminar do percurso académico decorrente de um continuum entre as componentes pedagógicas e conceituais das UC de Estágio em Enfermagem à PSC e de Estágio em Enfermagem à PSC com Relatório, alinhadas com o projeto de formação delineado na UC de Projeto em Enfermagem à PSC do 1.º ano e com as restantes UC.

A opção pelo presente Mestrado em Enfermagem na vertente Médico-Cirúrgica: a PSC, fundamenta-se num interesse pessoal consolidado desde o término da licenciatura. Esta área suscitou particular motivação e interesse de aprofundamento científico e profissional. A escolha deste Mestrado revela-se igualmente coerente com o contexto profissional em que desempenho funções, permitindo uma articulação direta entre a formação avançada e a prática clínica.

A PSC caracteriza-se por apresentar instabilidade fisiológica significativa, com potencial evolução para falência das funções vitais, exigindo cuidados altamente diferenciados e uma vigilância contínua (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC] à PSC é fundamental para a prestação de cuidados complexos, seguros e baseados na melhor evidência científica disponível (OE, 2018).

A escolha da temática “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação na Pessoa em Situação Crítica” fundamenta-se primeiramente no seu enquadramento regulamentar, encontrando-se alinhada com a OE (2018) no Regulamento n.º 429/2018 relativo às competências específicas do EEEMC à PSC. Este regulamento preconiza que o Enfermeiro Especialista deve intervir de forma diferenciada na

prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos, perante situações de falência orgânica e elevada complexidade, características da PSC.

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados à PSC integram os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados [PQCEE] em PSC, sendo reconhecidos como uma área prioritária de intervenção do EEEMC à PSC (OE, 2015b). A nível nacional, o Plano Nacional para a Segurança do Doente [PNSD] 2021-2026 estabelece como objetivo a redução da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde [IACS], estabelecendo metas concretas para a diminuição da incidência da Pneumonia Associada à Intubação [PAI] (DGS, 2022a). Em concordância com este enquadramento, importa salientar o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente [PAMSD] 2021-2030, que recomenda a adoção de medidas baseadas na evidência científica para a prevenção e controlo de infeções, reduzindo a sua ocorrência (*World Health Organization* [WHO], 2023).

Finda esta contextualização, a escolha do tema revela-se coerente com as competências específicas do EEEMC à PSC, com o compromisso profissional com a excelência dos cuidados de enfermagem e com as prioridades estratégicas nacionais e mundiais na área da segurança do doente. Trata-se, ainda, de uma área de interesse pessoal e profissional, uma vez que a IACS constitui um problema atual de saúde pública, tanto a nível nacional como mundial. Estima-se que cerca de um terço destas infeções seja evitável, sendo a sua ocorrência responsável pelo agravamento do prognóstico da doença, pelo prolongamento do internamento hospitalar, pelos aumentos da mortalidade e pelo acréscimo dos custos em saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2007).

Entre as IACS, a PAI assume particular relevância. De acordo com a Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016), é uma das IACS que mais beneficia da implementação de práticas preventivas adequadas, sendo por isso alvo de intervenções específicas. A sua prevenção exige uma abordagem estruturada e baseada em evidência científica, reforçando a responsabilidade do enfermeiro na prestação de cuidados seguros, devidamente fundamentados e de elevada qualidade (Alanazi & Alonazi, 2024).

Os estágios integrados no plano de estudos decorreram em três contextos distintos, o que proporcionou diferentes oportunidades de aprendizagem. O primeiro estágio realizou-se no Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular e o segundo estágio decorreu no Serviço de Urgência Polivalente [SUP] e no Serviço de Medicina Intensiva [SMI]. Todos os estágios foram realizados sob a supervisão clínica de EEEMC à PSC. De forma a contribuir

para o desenvolvimento profissional, realizou-se um estágio de observação durante o estágio final, orientado para a aquisição e consolidação da competência específica do Enfermeiro Especialista: “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19364). Este estágio realizou-se na Unidade Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA]. Estes contextos permitiram a aplicação dos conhecimentos adquiridos, a consolidação de competências técnicas e científicas, bem como o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEEMC à PSC e das competências de Mestre em Enfermagem.

Este relatório sustenta-se num referencial teórico que integra a Prática Baseada em Evidências [PBE] enquanto orientador da tomada de decisão clínica e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A escolha deste enquadramento justifica-se pela necessidade de ancorar a prática especializada de enfermagem em evidência científica atual e relevante, assegurando a sua aplicação no contexto da PSC.

Recorreu-se, assim, ao Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE] como referencial orientador da mudança e da integração da evidência na prática clínica. A sua escolha decorre da natureza sistemática que apresenta, permitindo identificar lacunas na prática, analisar criticamente a evidência disponível, planejar intervenções fundamentadas, implementá-las de forma estruturada e avaliar os seus resultados (Larrabee, 2011), constituindo um instrumento adequado à análise e melhoria das práticas relacionadas com a prevenção da PAI na PSC.

Face ao exposto, definiu-se como objetivo geral deste relatório analisar criticamente e de forma reflexiva as atividades desenvolvidas e as estratégias mobilizadas no processo de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EEEMC à PSC, bem como das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, nos contextos clínicos onde decorreram os estágios.

Como objetivos específicos foram delineados: descrever o enquadramento concetual e teórico que sustentou todo o percurso formativo; descrever e analisar os contextos de estágio sob o olhar de futura Enfermeira Especialista, identificando oportunidades de melhoria; e refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento e consolidação das competências do EEEMC à PSC e de Mestre em Enfermagem.

Relativamente aos métodos utilizados no desenvolvimento do percurso académico, realizou-se o autodiagnóstico de competências, fundamental para delinear as atividades a realizar no âmbito de cada competência. Procedeu-se igualmente à elaboração de uma *scoping review*, de acordo com a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* [JBI], com o objetivo de mapear a evidência existente sobre a eficácia da aspiração de secreções subglóticas na prevenção da PAI. Foi ainda realizado um estudo de caso sobre o doente submetido a *Transcatheter Aortic Valve Implantation* [TAVI] e desenvolvidas reflexões individuais, bem como em conjunto com as Enfermeiras Supervisoras sobre a prática clínica. No último estágio, foi também elaborada uma reflexão crítica sobre a ausência de um plano de evacuação do SMI.

No que respeita à sua estrutura, o relatório organiza-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo incide sobre o enquadramento teórico e concetual, bem como sobre a importância da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes. Neste capítulo, apresenta-se a evidência que emergiu da *scoping review* realizada, assim como as lacunas identificadas. Segue-se o segundo capítulo alusivo aos contextos da prática especializada em enfermagem, no qual é feita uma análise crítico-reflexiva sobre aspetos importantes do ponto de vista de futura EEEMC à PSC, devidamente fundamentada. O terceiro capítulo integra a análise crítico-reflexiva da aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem, tendo em conta o referencial teórico escolhido. Neste capítulo serão ainda abordados os desafios enfrentados ao longo do percurso e as estratégias mobilizadas para a sua superação. Por último, surge a conclusão, com a síntese de todo o relatório e avaliação dos objetivos delineados. Integram também o relatório os anexos necessários e os apêndices desenvolvidos ao longo do percurso académico.

O presente relatório foi elaborado com base no princípio do respeito e preservação do anonimato, garantindo a confidencialidade das instituições e dos profissionais envolvidos neste percurso. Assim, não serão mencionados os nomes das Unidades Locais de Saúde nem dos profissionais, assegurando o cumprimento dos princípios éticos inerentes à prática profissional.

Este trabalho foi redigido com o acordo ortográfico em vigor e elaborado segundo as normas de elaboração de trabalhos académicos e científicos escritos na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, tendo sido utilizada a sétima edição das normas da *American Psychological Association* para a referência bibliográfica. Durante a fase de revisão deste trabalho, foi utilizada uma ferramenta de inteligência artificial para correção ortográfica e sintática do texto.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A Enfermagem tem vindo a afirmar-se enquanto disciplina, sustentada na construção e utilização de conhecimento teórico, o que permitiu o seu reconhecimento como ciência e tem orientado a prática profissional, a investigação e o ensino (Lacerda *et al.*, 2024). O enquadramento conceptual e teórico é fundamental, uma vez que fornece uma base estruturada para a compreensão dos fenómenos em enfermagem, sustenta a tomada de decisão clínica e favorece a melhoria dos cuidados prestados ao doente e à sua família (Lacerda *et al.*, 2024).

De acordo com Meleis (2018), uma teoria corresponde a um conjunto de formulações conceptuais de carácter específico que resultam de um modelo conceptual e que relacionam dois ou mais conceitos. Segundo Tomey e Alligood (2004), uma teoria de enfermagem é “um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p.7). Assim, as teorias são fundamentais na prática, funcionando como instrumentos que conferem significado ao conhecimento e contribuem para a melhoria da prática de enfermagem, ao permitirem descrever, explicar e antecipar fenómenos (Tomey & Alligood, 2004).

Desta forma, e tendo em conta a temática escolhida, considerou-se o MMPBE o referencial mais adequado para sustentar conceptualmente o relatório e conferir suporte teórico ao percurso desenvolvido ao longo do Mestrado. O enquadramento conceptual e teórico permite organizar o pensamento clínico, clarificar conceitos e garantir que os cuidados de enfermagem não se baseiam exclusivamente na experiência individual, mas sim em conhecimento sistematizado e cientificamente sustentado (Lacerda *et al.*, 2024).

Neste capítulo serão abordados o modelo teórico escolhido, a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, bem como o enquadramento teórico da temática escolhida.

1.1 MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – JUNE LARRABEE

O aumento da complexidade dos cuidados à PSC e a crescente exigência por resultados demonstram a necessidade de o Enfermeiro Especialista manter o seu conhecimento atualizado,

com base na melhor evidência científica disponível e sustentado por investigação rigorosa (Pinto & Mota, 2023).

A procura da excelência em enfermagem data desde os primórdios em que Florence Nightingale iniciou os seus estudos sobre o processo de cuidados. Mais recentemente surgiu a PBE, que é defendida pela sua eficácia quando aplicada na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e consequentemente dos seus resultados (Larrabee, 2011). Neste contexto, a PBE consolidou-se como uma componente fundamental dos cuidados de enfermagem, ao sustentar cada intervenção na melhor evidência científica disponível, associada à experiência profissional e às necessidades e preferências dos doentes (Larrabee, 2011).

A PBE orienta a prestação de cuidados, privilegiando decisões fundamentadas, a padronização de procedimentos e a melhoria contínua da qualidade. A sua implementação tem demonstrado benefícios, nomeadamente na redução de complicações, na prevenção de eventos adversos e na otimização dos recursos, contribuindo para um ambiente mais seguro para os doentes e os profissionais (Larrabee, 2011). Contudo, a mesma autora adianta que a integração da evidência científica na prática clínica continua a enfrentar múltiplos desafios. Entre eles, Larrabee (2011) destaca: a resistência à mudança por parte dos profissionais, as dificuldades de acesso a informação atualizada, limitações na análise crítica da evidência e constrangimentos organizacionais, bem como a ausência de estratégias estruturadas para a implementação de mudanças.

A resistência à mudança, identificada como uma das principais barreiras à implementação da PBE, pode ser analisada à luz das *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* [SWOT] enquanto ferramenta estratégica de apoio à mudança.

A análise SWOT constitui uma ferramenta de diagnóstico que permite a avaliação do ambiente interno de uma organização, através da identificação das suas forças e fraquezas, e do ambiente externo, mediante a análise das oportunidades e ameaças que a influenciam (Barbosa *et al.*, 2017). A sua aplicação nos contextos clínicos permite identificar fatores internos e externos que influenciam os processos de melhoria, incluindo fragilidades (*weaknesses*) associadas à atualização das práticas e à perceção do aumento da carga de trabalho decorrente da adoção de novas práticas. A resistência dos profissionais pode ainda constituir uma ameaça (*threat*) à eficácia das estratégias de mudança, uma vez que compromete a adesão às recomendações baseadas na evidência e dificulta a sustentabilidade das práticas implementadas. Deste modo, a realização da análise SWOT assume particular relevância ao permitir a

identificação precoce destas barreiras e o planeamento de estratégias facilitadoras da mudança, nomeadamente através do envolvimento ativo das equipas e da promoção de espaços de reflexão e discussão (Barbosa *et al.*, 2017).

De acordo com a OE (2012a), a implementação da mudança raramente é um processo simples, uma vez que implica alterações nos comportamentos individuais e no funcionamento dos sistemas organizacionais. Trata-se de um percurso complexo e demorado, podendo gerar consequências imprevisíveis. Contudo, a mudança pode igualmente assumir um carácter estimulante e motivador. Para tal, é fundamental compreender e planear estratégias conducentes à transferência da evidência para a prática, operacionalizando o conhecimento (OE, 2012a).

A nível organizacional, Larrabee (2011) defende que os líderes de enfermagem devem incluir a PBE no plano estratégico do serviço e assegurar a existência de recursos que permitam a sua implementação. Entre estes, destacam-se a criação de oportunidades de participação em projetos e em formação contínua, o acesso a tecnologias e a bases de dados científicas, bem como a valorização da PBE junto dos pares como forma de melhorar os cuidados (Larrabee, 2011). É também fundamental que os líderes de enfermagem promovam a reflexão crítica, ajustando os planos de formação às necessidades concretas dos enfermeiros da sua equipa (Pinto & Mota, 2023).

Desta forma, a liderança em enfermagem desempenha um papel determinante na criação de uma cultura organizacional favorável à mudança e à inovação, promovendo o envolvimento da equipa, a valorização do conhecimento científico e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Influencia, de igual modo, atitudes, comportamentos e níveis de adesão à PBE (Santos *et al.*, 2022). Ao incentivar o pensamento crítico e ao valorizar o contributo individual dos elementos da equipa, o líder transformacional favorece a adoção consistente da PBE (Santos *et al.*, 2022).

A nível individual, cada enfermeiro deve ter como objetivo prestar “o melhor cuidado” a cada doente e assumir como responsabilidade participar na investigação da PBE (Larrabee, 2011, p. 26).

Desta forma, o MMPBE de June Larrabee foi desenvolvido a partir do trabalho inicial de Rosswurm & Larrabee, de 1999. Este permite que os profissionais identifiquem lacunas na prática, analisem criticamente as evidências, planeiem intervenções específicas, implementem mudanças de forma organizada, avaliem os resultados e integrem permanentemente essas alterações na prática diária (Larrabee, 2011).

O MMPBE organiza-se em seis etapas, baseadas na experiência pessoal e profissional da autora, nomeadamente:

- **Etapas 1** – Consiste na avaliação da necessidade de mudança, através da análise crítica da prática clínica, de modo a identificar lacunas entre a prática atual e a melhor evidência disponível. Constitui o primeiro passo para o processo de mudança e pode envolver observação direta, *brainstorming*, auditorias de desempenho e análise de indicadores de qualidade e segurança;
- **Etapas 2** – Refere-se à realização de uma pesquisa sistemática com o objetivo de identificar a melhor evidência disponível. Esta inclui a revisão de conceitos e o planeamento da pesquisa, tendo em conta o tipo e as fontes da evidência encontrada;
- **Etapas 3** – Diz respeito à análise crítica da evidência científica disponível. Nesta etapa, são avaliados os riscos e os benefícios da sua aplicação, bem como a sua relevância para a população em questão;
- **Etapas 4** – Consiste no planeamento da mudança da prática, com a definição clara de objetivos, dos recursos necessários e dos indicadores que permitam avaliar os resultados após a sua implementação;
- **Etapas 5** – Corresponde à implementação da mudança e à sua avaliação contínua. Este processo permite identificar falhas, avaliar os resultados clínicos, desenvolver recomendações e ajustar a estratégia sempre que necessário, promovendo ciclos de melhoria contínua;
- **Etapas 6** – Refere-se à integração e manutenção da mudança na prática clínica. Nesta etapa, são monitorizados os indicadores de processo e de resultados, e são divulgados os efeitos da mudança. Para garantir a sua continuidade, esta deve ser formalizada através de protocolos e de formação contínua da equipa, assegurando a sustentação da PBE a longo prazo (Larrabee, 2011).

Estas etapas não seguem uma sequência linear, uma vez que, sempre que necessário, é possível retomar fases anteriores. Além disso, as atividades desenvolvidas numa determinada etapa podem desencadear novas atividades em etapas subsequentes, caracterizando um processo dinâmico e contínuo (Larrabee, 2011).

O MMPBE é aplicável a diversos contextos clínicos, ao integrar princípios de gestão da mudança, análise crítica da evidência científica e melhoria contínua da qualidade. Revela-se particularmente pertinente em ambientes de cuidados complexos, como os serviços de urgência

e as unidades de cuidados intensivos. Nestes contextos, a necessidade de uma tomada de decisão rápida e segura, sustentada em evidência científica atual, torna imprescindível a utilização de modelos estruturados que orientem a prática clínica (Larrabee, 2011). Este modelo orienta a ação dos *stakeholders* envolvidos no processo de cuidados centrando-se na maximização da satisfação do doente e da família, bem como na melhoria dos resultados em saúde (Larrabee, 2011).

Importa clarificar que o MMPBE de Larrabee não integra, na sua estrutura concetual, metaparadigmas de enfermagem. Contudo, enquanto futura Enfermeira Especialista, a análise e a implementação de mudanças na prática clínica devem ser enquadradas à luz do referencial disciplinar da enfermagem. Assim, serão considerados os quatro metaparadigmas definidos pela OE (2012b), nomeadamente:

- **Saúde:** orienta a prática para a promoção, manutenção ou recuperação do bem-estar físico, emocional, espiritual e cultural do indivíduo;
- **Pessoa:** destaca o indivíduo enquanto ser único, com necessidades multidimensionais, crenças e valores próprios;
- **Ambiente:** refere-se à influência dos contextos físicos, económicos, culturais, organizacionais e relacionais na perceção de saúde de cada pessoa;
- **Cuidados de Enfermagem:** correspondem ao conjunto de intervenções científicas e humanizadas prestadas à pessoa, família ou comunidade, envolvendo a tomada de decisão clínica, a relação terapêutica e a responsabilidade ética e deontológica, sustentadas no conhecimento próprio da disciplina.

Assim, embora o modelo de Larrabee oriente metodologicamente o processo de mudança, os metaparadigmas da OE asseguram que a implementação das intervenções baseadas na evidência não se restrinja a uma dimensão exclusivamente técnica, mantendo-se centrada na Pessoa, no seu ambiente envolvente e na promoção da saúde.

O modelo de June Larrabee articula-se com os metaparadigmas de enfermagem, nomeadamente pela centralidade atribuída à Pessoa enquanto foco dos cuidados, pela integração da evidência científica na prática, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, e pela sua orientação para mudanças em saúde com resultados clinicamente significativos.

A escolha deste modelo para o presente relatório justifica-se pela sua aplicabilidade nos contextos clínicos em que decorreram os estágios, nos quais a tomada de decisão fundamentada

é determinante para a segurança, a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde. Este permite estruturar a implementação de protocolos, promover a padronização das práticas e avaliar continuamente as intervenções, possibilitando a identificação de melhorias, tendo como foco a sustentabilidade das mudanças e a consolidação das boas práticas.

Importa destacar o EEEMC à PSC enquanto promotor da incorporação da PBE na prestação de cuidados. Para tal, é fundamental que proceda à leitura crítica de artigos de investigação atuais e à sua discussão com os pares, contribuindo para a disseminação da evidência científica. É também importante a participação em sessões formativas direcionadas para a aplicação da PBE e o envolvimento em iniciativas institucionais que visem a sua implementação (Larrabee, 2011). Igualmente, a OE (2012a) considera os enfermeiros membros ativos da equipa multidisciplinar, o que torna cada vez mais relevante a sua capacidade de questionar e de serem questionados relativamente às abordagens adotadas na prática, bem como de assumir responsabilidade pelas decisões tomadas. A adoção de uma abordagem baseada em evidências permite sustentar esse processo, ao promover a revisão contínua da prática profissional e a identificação de estratégias inovadoras e mais eficazes para a prestação de cuidados (OE, 2012a).

Os enfermeiros podem propor aos líderes de enfermagem a constituição de equipas dedicadas à PBE, bem como integrar essas equipas de forma voluntária, assumindo funções como líderes da mudança e colaborando na recolha de dados necessários à avaliação das intervenções (Larrabee, 2011).

Esta postura proativa contribui diretamente para a promoção da qualidade dos cuidados. Assim, Larrabee (2011), citando o *Institute of Medicine* define a qualidade como “o grau em que os serviços de saúde prestados ao indivíduo e às populações aumenta a probabilidade de se atingir os resultados desejados em saúde e é consistente com o conhecimento profissional atual” (Larrabee, 2011, p.14). Assim, a integração da evidência científica na prática constitui um eixo central da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste enquadramento, importa considerar que o conhecimento em enfermagem não se limita à evidência científica isolada. Para Nunes (2018), este conhecimento resulta da articulação de diferentes dimensões, nomeadamente:

- Investigação científica: corresponde ao conhecimento produzido de forma sistemática, organizado de acordo com o nível de evidência, a metodologia e o objeto de estudo;

- Tradição: entendida como o conhecimento construído ao longo da prática profissional, baseado em normas, rotinas e procedimentos consolidados;
- Experiência: refere-se ao conhecimento empírico adquirido ao longo da prática, resultante do processamento e interiorização da informação, que se transforma progressivamente em saber profissional;
- Intuição: diz respeito à capacidade de compreender uma situação de forma global, permitindo a tomada de decisão e a resolução de problemas mesmo perante informação limitada;
- Reflexão associada à experiência: resulta da análise crítica das vivências e dos acontecimentos práticos, contribuindo para a consolidação do conhecimento profissional;
- Imaginação e pensamento: correspondem a recursos cognitivos associados à criatividade e à capacidade de adaptação na prática clínica.

Uma prática clínica atualizada, sustentada nos resultados da investigação científica contribui para uma maior segurança na tomada de decisão, para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o reforço da confiança na prática profissional. Assim, a incorporação sistemática da evidência científica favorece o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, ampliando a sua autonomia e corroborando a sua identidade enquanto Ciência (Pina *et al.*, 2020).

Pina *et al.*, (2020) referem que a PBE contribui para a segurança na tomada de decisão clínica, promovendo uma utilização mais eficiente dos recursos, melhores resultados em saúde e maior satisfação dos doentes. Do mesmo modo, a sua adoção influencia positivamente a perceção de segurança e eficácia por parte dos enfermeiros, uma vez que as intervenções realizadas se encontram sustentadas em evidência científica atualizada, reforçando a confiança profissional, o raciocínio clínico e a consistência das práticas, devidamente fundamentadas.

1.2. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS

Desde 2004, com o lançamento da *World Alliance for Patient Safety*, a WHO passou a assumir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde como prioridades globais. Esta iniciativa surgiu num contexto de crescente preocupação internacional com os danos evitáveis associados à prestação de cuidados, reconhecendo a necessidade de desenvolver

estratégias estruturadas que promovam a redução de eventos adversos, a melhoria contínua da qualidade e o fortalecimento de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde (MS, 2022).

Na Constituição da República Portuguesa, no Capítulo III, referente aos direitos e deveres sociais, o artigo 64.º consagra, no seu n.º 1, que a proteção da saúde é um direito transversal a todos, assim como o dever de a defender e promover. O n.º 3 do mesmo artigo reforça o princípio da equidade no acesso aos cuidados de saúde, incumbindo o Estado de assegurar condições que garantam o direito à proteção da saúde de todos os cidadãos (Assembleia da República, 2005).

A DGS desempenha um papel central na definição de políticas, normas e orientações técnicas destinadas à promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. No âmbito deste compromisso institucional, em 2009, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde [DQS], com a missão de coordenar, desenvolver e monitorizar estratégias orientadas para a melhoria contínua da qualidade e da segurança do doente. O desenvolvimento do DQS permitiu a implementação de programas específicos na área da segurança do doente, acreditação de instituições, gestão do risco clínico, auditoria clínica e promoção de práticas baseadas em evidência científica (Ministério da Saúde [MS], 2009).

A deontologia profissional dos enfermeiros consagra o dever da prestação de cuidados de saúde de qualidade, impondo aos enfermeiros a responsabilidade de manter uma atualização contínua da sua formação científica e das suas competências. Igualmente, os enfermeiros comprometem-se a atuar com rigor e responsabilidade na promoção ou restabelecimento da saúde (OE, 2015a). A qualidade e a segurança configuram-se como uma obrigação ética fundamental, na medida em que contribuem de forma decisiva para a redução de riscos evitáveis, para a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, para a promoção da equidade e para o respeito com que esses cuidados são prestados aos cidadãos (MS, 2015). Larrabee (2011) afirma que, face às responsabilidades éticas inerentes ao exercício profissional, os enfermeiros, os enfermeiros gestores e as organizações profissionais definem metas de qualidade com o intuito de garantir elevados padrões de qualidade nos cuidados prestados.

A qualidade em saúde entende-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, sustentados num elevado nível de competência profissional, que utilizam de forma responsável os recursos disponíveis e promovem a adesão, a satisfação e o envolvimento do doente. Este conceito implica a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas individuais e coletivas. Por outro lado, os contextos económico-financeiros reforçam a importância de

garantir eficiência e efetividade na prestação de cuidados de saúde, consideradas pilares essenciais da qualidade em saúde. Neste sentido, a qualidade, indissociável da segurança dos cuidados, assume-se como determinante na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde [SNS], contribuindo para a garantia de cuidados seguros, eficazes e responsáveis (MS, 2015).

A Assembleia da República aprova, em 2019, a Lei de Bases da Saúde, e consagra na Base 1 o direito à proteção da saúde reconhecendo a segurança do doente como uma das suas dimensões fundamentais. Adicionalmente, a Base 2 da referida Lei estabelece que os doentes têm direito a aceder a cuidados de saúde adequados à sua situação clínica, prestados com prontidão, de forma digna e fundamentados em evidência científica atual, em conformidade com as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Na Base 20 da mesma Lei, reafirma-se que o SNS deve orientar a sua atuação por um conjunto de princípios, entre os quais se destaca o princípio da qualidade que visa “prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (Assembleia da República, 2019, p.61).

O DQS elaborou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que teve como finalidade assegurar o alinhamento das funções de governação, coordenação e intervenção local, promovendo uma atuação integrada e centrada no doente. Esta estratégia seguiu dimensões fundamentais da qualidade em saúde, nomeadamente a efetividade, eficiência, acessibilidade, segurança, equidade, continuidade dos cuidados e respeito pelo doente (MS, 2015). A sua missão principal consistiu em promover, consolidar e reconhecer a qualidade e a segurança na prestação de cuidados de saúde, salvaguardando os direitos dos cidadãos na sua interação com o sistema de saúde e reforçando uma cultura institucional orientada para a melhoria contínua (MS, 2015).

A implementação de sistemas de qualidade em saúde é atualmente uma prioridade estratégica para garantir cuidados seguros, eficazes e centrados no doente. As associações profissionais da área da saúde são, portanto, cruciais na definição de padrões de qualidade específicos (OE, 2012b). Assim, a OE emanou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, enquanto instrumento estruturante para a visibilidade, valorização e qualificação da prática profissional, assentes em seis enunciados descritivos: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem. A OE (2015b), no Regulamento n.º 361/2015, acrescenta aos enunciados descritos anteriormente, a prevenção e controlo da infeção

associada aos cuidados, totalizando sete enunciados descritivos da qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à PSC.

Com o objetivo de promover e reforçar a segurança na prestação de cuidados de saúde, o DQS elaborou o PNSD 2021-2026, que dá continuidade às estratégias emanadas nos Planos de anos anteriores e introduz novas orientações no âmbito da segurança do doente (DGS, 2022a). Este enfatiza a cultura de segurança, a comunicação eficaz e a implementação contínua de práticas seguras, essenciais em ambientes de cuidados cada vez mais complexos e exigentes, como os que envolvem a PSC (DGS, 2022a).

O PNSD descrito encontra-se organizado em cinco pilares: a cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança; e práticas seguras em ambientes seguros. Estes pilares integram 14 objetivos estratégicos (DGS, 2022a). Caracteriza-se por ser um plano dinâmico, podendo ser alvo de atualizações conforme necessidade, e encontra-se alinhado com o PAMSD 2021-2030 elaborado pela WHO.

O conceito de segurança do doente surgiu no final do século XX e é entendido como uma abordagem abrangente aos cuidados de saúde. O PAMSD 2021-2030 define a segurança do doente como um conjunto de atividades organizacionais que promovem a criação e consolidação de culturas, processos e práticas orientadas para a redução do risco, diminuindo a probabilidade de erro, prevenindo danos evitáveis e mitigando o seu impacto sempre que ocorram (WHO, 2021).

O PAMSD 2021-2030 surge em resposta ao aumento dos danos resultantes de práticas inseguras nos cuidados de saúde, que constituem um problema relevante de saúde pública a nível global, com impacto na morbilidade e mortalidade. Este plano propõe uma visão centrada na construção de sistemas de saúde fiáveis, assentes numa forte cultura de segurança, liderança eficaz, responsabilização organizacional e envolvimento ativo dos doentes e das suas famílias (WHO, 2021). Estrutura-se em sete objetivos estratégicos, entre os quais se destaca a integração da segurança do doente nas políticas e estratégias nacionais de saúde (WHO, 2021).

1.3. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

O desenvolvimento desta temática assume particular pertinência no percurso enquanto futura EEEMC à PSC, na medida em que possibilita aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito das intervenções de enfermagem direcionadas à prevenção da PAI, sustentadas na mais recente evidência científica disponível, com vista à excelência do exercício

profissional. A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados à PSC encontra-se alinhada com as competências do EEEMC à PSC, com os PQCEE nesta área e com as prioridades estratégicas nacionais e mundiais no que concerne à segurança e qualidade dos cuidados, reforçando a pertinência desta problemática.

A DGS (2007) definiu a IACS como a infeção que o doente adquire em consequência dos cuidados e procedimentos a que é submetido, podendo afetar também os profissionais de saúde na sua prática diária.

As IACS, nomeadamente as adquiridas em contexto de internamento hospitalar, bem como o aumento da resistência aos antimicrobianos [RAM] associado ao uso de antibióticos, constituem problemas interrelacionados com elevada relevância clínica e epidemiológica, representando um importante problema de saúde pública. O seu agravamento à escala global representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, exigindo uma resposta fundamentada por parte dos profissionais e das instituições, promovendo a segurança do doente (DGS, 2017a).

A *Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies* [OECD] estima que, anualmente, aproximadamente 3,8 milhões de doentes adquiram uma IACS e que para cerca de 90 000 esta seja a sua causa de morte. Entre os anos de 2016 e 2017, verificou-se em Portugal uma taxa de IACS de 10% (*Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies* [OECD], 2018). Acrescenta que os tipos de IACS mais frequentemente reportados incluem as infeções do trato respiratório, do local cirúrgico, as do trato urinário, da corrente sanguínea e gastrointestinais. Entre estas últimas, destaca-se a infeção por *Clostridium difficile*, responsável por cerca de metade das infeções notificadas, evidenciando o seu impacto significativo na morbilidade associada ao internamento hospitalar (OECD, 2018). As IACS estão ainda diretamente associadas ao prolongamento do tempo de internamento, a um aumento dos custos para os sistemas de saúde e ao agravamento da morbilidade e mortalidade (WHO, 2024).

Segundo o OECD (2018), cerca de 50% das IACS são evitáveis. Neste contexto, a Prevenção e Controlo de Infeção [PCI] é fundamental para a redução da sua incidência. A PCI inclui um conjunto de práticas e intervenções baseadas em evidência científica, cuja eficácia e custo-efetividade estão demonstradas na redução da transmissão de agentes infecciosos na prestação de cuidados de saúde. Constitui uma dimensão fundamental para a segurança do

doente e dos profissionais, bem como para a qualidade dos cuidados prestados. A implementação consistente das práticas de PCI contribui também para reforçar a confiança dos doentes nos cuidados de saúde (WHO, 2023).

Em 2023, a WHO apresentou a sua estratégia de PCI, assente na seguinte visão: “Até 2030 todos os que acedem ou prestam cuidados de saúde estão a salvo de infeções associadas¹” (WHO, 2023, p.23). Para promover a sua adoção a nível global, a WHO desenvolveu o Plano de Ação Global de Prevenção e Controlo de Infeção 2024-2030 com três objetivos estratégicos:

- Prevenir infeções em contextos de prestação de cuidados de saúde, assegurando a proteção de profissionais, doentes e visitas;
- Assegurar a existência e implementação efetiva de programas de PCI, garantindo a sua integração estruturada nas organizações de saúde;
- Promover a coordenação das atividades de PCI com outras áreas, fomentando uma abordagem integrada e intersetorial (WHO, 2023).

Em 2009, a monitorização da higiene das mãos nas unidades de saúde foi implementada em Portugal, com o apoio da WHO. Esta iniciativa representou um marco determinante na cultura de segurança, contribuindo para a prevenção da transmissão de microrganismos (DGS, 2017a). Posteriormente, em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], a partir da junção do Programa Nacional de Controlo de Infeção e do Programa Nacional das Resistências aos Antimicrobianos, caracterizando-se por ser um programa de saúde prioritário. O PPCIRA tem assumido, desde então, a liderança da estratégia nacional de combate às IACS e à RAM, no âmbito da DGS, em articulação com o *European Centre for Disease Prevention and Control* (MS, 2022). A atuação do PPCIRA estrutura-se em várias atividades: a promoção das precauções básicas de controlo de infeção [PBCI] e das precauções baseadas na via de transmissão; a promoção e implementação de feixes de intervenções ou *bundles* de prevenção de IACS; a produção de normas e orientações; o desenvolvimento de programas de apoio à prescrição antibiótica, visando a utilização prudente e adequada de antimicrobianos; e a implementação de sistemas de vigilância epidemiológica das IACS, do consumo de antimicrobianos e das respetivas resistências (MS, 2022). As PBCI traduzem-se num conjunto de medidas que devem ser

¹ “By 2030, everyone accessing or providing health care is safe from associated infections” (WHO, 2023, p.23)

adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, e têm como finalidade a minimização do risco de infeção e da transmissão de microrganismos (DGS, 2017a).

O MS (2022) identificou a necessidade de diminuir as IACS, no âmbito da definição de prioridades estratégicas para a defesa e sustentabilidade do SNS, uma vez que estas detêm um grande impacto financeiro, clínico e organizacional.

Não obstante a melhoria verificada em diversos indicadores, com a criação dos programas expostos anteriormente, as IACS persistem como um problema importante de saúde pública. Desta forma, em 2015, a Fundação Calouste Gulbenkian, em conjunto com o Ministério da Saúde [MS], iniciou um projeto de melhoria contínua intitulado de STOP Infeção Hospitalar, com o objetivo de reduzir em 50% as IACS em três anos (MS, 2017). Este objetivo foi ultrapassado, motivo pelo qual em 2022 foi renovado e ampliado a mais hospitais (SNS, 2023).

O PNSD 2015-2020 definiu, entre os seus objetivos estratégicos, alcançar uma taxa de prevalência de IACS de 8% (DGS, 2022a). Em 2016 a taxa de IACS foi de 7,8%, e entre 2022 e 2023, situou-se nos 11,6% (Costa *et al.*, 2025). Estes resultados demonstram a complexidade inerente ao controlo das IACS, reforçando a importância de consolidar e implementar estratégias de PCI (DGS, 2022a).

A DGS (2022a), no PNSD 2021-2026 apresenta o pilar n.º 5, denominado de práticas seguras em ambientes seguros, com o objetivo estratégico 5.3, que visa reduzir as IACS e as RAM. Para o concretizar, emana várias ações, nomeadamente: “Promover a adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo PPCIRA” (DGS, 2022a, p.41); “Suportar e alicerçar os serviços na implementação e monitorização das bundles de prevenção de IACS” (DGS, 2022a, p.42), e estabelece como meta:

“Reduzir em, pelo menos, 30 % a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, da pneumonia associada ao tubo endotraqueal e da infeção do local cirúrgico, em cada unidade hospitalar” (DGS, 2022a, p. 43).

A prevalência das IACS nas unidades de cuidados intensivos [UCI] assume especial importância, podendo estar presente em até 30% dos doentes internados (WHO, 2024). Estima-se que aproximadamente 23,6% dos casos de sépsis em ambiente hospitalar estejam associados a IACS. Acresce que cerca de metade dos casos de sépsis com disfunção orgânica internados em UCI são adquiridos durante o internamento hospitalar. Estes dados corroboram a importância da implementação das estratégias de PCI, especialmente em contextos de maior

complexidade, como as UCI, onde a vulnerabilidade dos doentes e a presença de múltiplos dispositivos invasivos aumentam substancialmente o risco de IACS (WHO, 2024).

A IACS com maior prevalência na PSC internada no SMI é a PAI. Esta surge em doentes intubados orotraquealmente há mais de 48 horas ou nos doentes extubados há menos de 48 horas (DGS, 2022b), devido à entrada de microrganismos nas vias aéreas inferiores e no parênquima pulmonar (Mazwi *et al.*, 2023). Está associada ao aumento da morbilidade e mortalidade, ao maior consumo de antibióticos, ao aumento do número de dias sob ventilação mecânica invasiva [VMI] e ao prolongamento do internamento no SMI, implicando maiores custos em saúde (Mazwi *et al.*, 2023). De acordo com Eid *et al.*, (2025) cerca de 5 a 40% dos doentes que estão sob VMI durante dois ou mais dias desenvolvem PAI, apresentando uma taxa de mortalidade entre 19,2% e 31,4% (Picado *et al.*, 2022).

Em Portugal, a evolução da incidência da PAI tem evidenciado uma tendência decrescente ao longo dos últimos anos. Em 2008, registava-se uma incidência de 11,2 episódios por 1000 dias de intubação (DGS, 2022b). Em 2014, este valor reduziu para 7,1 por 1000 dias de intubação, e em 2020, diminuiu novamente para 5 por 1000 dias de intubação (DGS, 2022b). Esta evolução favorável poderá estar associada à implementação do feixe de intervenções para a prevenção da PAI, em 2015. Entre 2015 e 2018, nos hospitais integrantes do Projeto Stop Infecção Hospitalar, verificou-se uma redução global da sua incidência em cerca de 51% (DGS, 2022b), demonstrando o impacto positivo da adoção de práticas padronizadas e da monitorização contínua de indicadores de qualidade. Em 2022, a DGS atualizou a Norma Clínica 021/2015 referente ao feixe de intervenções para a prevenção da PAI, com o objetivo de uniformizar a sua implementação e alinhar-se com o PNSD 2021-2026.

A PAI resulta, predominantemente, da formação de biofilme no lúmen do tubo endotraqueal e da microaspiração de secreções, maioritariamente das que se acumulam na região subglótica, acima do cuff. A presença do tubo endotraqueal compromete os mecanismos de defesa do trato respiratório, nomeadamente a depuração mucociliar, o reflexo de tosse e a barreira anatómica da via aérea superior. Esta alteração favorece a ocorrência de microaspiração de secreções colonizadas, facilitando a entrada de microrganismos no trato respiratório inferior. A formação de biofilme na superfície interna do tubo constitui um reservatório persistente destes microrganismos. Durante os ciclos de ventilação mecânica, fragmentos deste biofilme podem ser mobilizados, contribuindo para o desenvolvimento da PAI (Mazwi *et al.*, 2023).

Os agentes etiológicos da PAI variam consoante o tempo de permanência sob VMI. Nos primeiros quatro dias de VMI, predominam microrganismos como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, bacilos entéricos gram-negativos e *Moraxella catarrhalis*, habitualmente associados à flora orofaríngea. A partir do quinto dia, verifica-se uma maior prevalência de agentes multirresistentes, como *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (Picado *et al.*, 2022).

Perante o exposto, a prevenção da PAI assume particular relevância no âmbito da segurança do doente e da qualidade dos cuidados, centrando-se na identificação e mitigação dos fatores de risco modificáveis, bem como na intervenção sobre os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos no seu desenvolvimento (Mazwi *et al.*, 2023). A prevenção começa com a implementação de intervenções baseadas em evidência, integradas em *bundles*, que visam reduzir a incidência da PAI e promover a segurança da PSC.

As intervenções que previnem o desenvolvimento da PAI, à luz da evidência científica atual, são:

- Elevar a cabeceira da cama: A DGS (2022b) recomenda elevação a 30°, não sendo recomendadas elevações superiores por diminuição do seu cumprimento e maior risco de microaspiração. D. Almeida *et al.*, (2024), defendem uma elevação da cabeceira entre os 30° e os 40° diminuindo o risco de microaspiração de conteúdo entérico;
- Realizar higiene oral: Cassai *et al.*, (2024) e a DGS (2022b) recomendam higiene oral com octenidina ao invés do gluconato de clorhexidina a 0,2% dado que estudos demonstraram um aumento da mortalidade associada à sua utilização em doentes sob VMI, resultado da aspiração de mínimas quantidades com efeito em lesão pulmonar, e também por aumento da resistência à clorhexidina devido à sua maior utilização e, consequentemente, ao aumento das IACS. D. Almeida *et al.*, (2024) defende que o uso de clorhexidina é controverso e que a sua eficácia apenas se revela quando há remoção mecânica prévia do biofilme com escovagem e limpeza da cavidade oral, utilizando clorhexidina 0,12% duas a três vezes por dia;
- Monitorizar pressão do cuff: D. Almeida *et al.*, (2024) e a DGS (2022b) recomendam que a pressão do cuff do tubo orotraqueal deve manter-se entre 20 e 30 cmH₂O, e afirmam que a monitorização contínua demonstra melhores resultados na prevenção da PAI. Quando tal não é possível, a pressão do cuff deverá ser monitorizada de oito em oito horas e dever-se-á proceder sempre à aspiração de secreções subglóticas

previamente. Gaspar *et al.*, (2023) recomendam a monitorização de quatro em quatro horas e a pressão do cuff deverá ser mantida entre 20 e 25 cmH₂O. Estes defendem que uma pressão superior poderá causar lesões isquémicas pelo comprometimento da circulação da mucosa da traqueia e pressões inferiores levam à passagem das secreções subglóticas para os pulmões;

- Vigiar sedação: D. Almeida *et al.*, (2024) e a DGS (2022b) recomendam a manutenção de sedação ligeira, com implementação de analgo-sedação, de forma a reduzir o tempo de VMI;

Como medidas adicionais, são recomendadas:

- O desmame ventilatório, com provas de ventilação espontânea diárias em modo de pressão assistida aos doentes com potencial para extubação, reduzindo os dias de VMI (D. Almeida *et al.*, 2024; DGS, 2022b);
- A troca dos circuitos ventilatórios apenas quando estes se encontrarem visivelmente sujos e o uso de filtros *Heat and Moisture Exchanger* (DGS, 2022b);
- A utilização de tubos orotraqueais com possibilidade de aspiração subglótica principalmente em doentes com previsão de VMI superior a 72 horas, devido ao maior risco de desenvolver PAI (D. Almeida *et al.*, 2024; DGS, 2022b). Contudo, a sua utilização permanece limitada, devido à insuficiente evidência científica e aos custos associados (D. Almeida *et al.*, 2024; DGS, 2022b). Este tipo de tubo contribui para a prevenção de microaspirações, com especial importância em doentes nos quais a elevação da cabeceira está desaconselhada (D. Almeida *et al.*, 2024);
- Entubação orogástrica em vez de nasogástrica para alimentação entérica devido ao risco de sinusite. Nestes casos há que manter a cabeceira elevada, avaliar o posicionamento da sonda gástrica e avaliar estase gástrica com vista à prevenção de refluxo e microaspirações (D. Almeida *et al.*, 2024);
- Aspiração orofaríngea contínua ou intermitente, com recurso a sistemas de aspiração fechados, devendo ser realizada previamente ao posicionamento do doente de modo a diminuir microaspirações e o risco de PAI (Akbiyik *et al.*, 2021).

A DGS (2022b) acrescenta que deve existir uma discussão diária entre a equipa multidisciplinar sobre o diagnóstico e a prevenção da PAI, nomeadamente nos momentos da visita médica.

A avaliação do cumprimento do feixe de intervenções para a prevenção da PAI é fundamental, reforçando a vigilância clínica e a adesão às medidas preconizadas. A discussão sistemática, a monitorização contínua e a partilha de conhecimentos e experiências contribuem para a aprendizagem individual e coletiva, fomentando uma cultura de segurança, confiança, excelência na prestação de cuidados e melhoria dos resultados clínicos. Além disso, promovem a sustentabilidade dos programas de prevenção implementados (DGS, 2022b).

Inicialmente, foi planeada a realização de uma *scoping review* com o objetivo de identificar as intervenções dos enfermeiros na prevenção da PAI na PSC. Contudo, no decurso da pesquisa, foi identificada uma revisão integrativa da literatura publicada em 2024 que respondia à questão de investigação inicialmente formulada. Perante este facto, e considerando a pertinência de desenvolver um contributo ao conhecimento existente, foi redefinido o tema da *scoping review* para uma intervenção específica que evidenciava lacunas na literatura. A análise da literatura disponível demonstrou que tanto a escolha da solução utilizada na higiene oral como a aspiração de secreções subglóticas carecem de mais estudos quanto ao seu impacto direto na prevenção da PAI. Assim, foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência existente sobre a eficácia da aspiração de secreções subglóticas na prevenção da PAI.

Esta revisão foi elaborada de acordo com a metodologia proposta pelo JBI e o processo de seleção dos estudos foi estruturado com recurso ao fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* [PRISMA] (Apêndice I).

A evidência que emergiu através da *scoping review* realizada indica que a aspiração de secreções subglóticas se revela eficaz na prevenção da PAI. A sua execução deve ser realizada com técnica assética, utilizando preferencialmente sistemas de aspiração fechados e apenas quando necessário (Picado *et al.*, 2022). No entanto, Borah *et al.*, (2023), referem não existir diferenças entre a utilização de sistemas abertos e fechados nem entre a aspiração de secreções em modo intermitente ou contínuo (Carrascosa *et al.*, 2020; Dewi *et al.*, 2023). Relativamente ao material, recomenda-se a utilização de tubos orotraqueais com lúmen próprio para aspiração subglótica (Carrascosa *et al.*, 2020; D. Almeida *et al.*, 2024; Dewi *et al.*, 2023; Picado *et al.*, 2022). Quanto ao procedimento, a evidência sugere a aspiração de secreções orofaríngeas previamente à intubação orotraqueal (Yang *et al.*, 2024), e a aspiração de secreções nasais, orais e posteriormente, subglóticas (Yang *et al.*, 2024). Recomenda-se ainda a realização de aspiração subglótica de quatro em quatro horas, associada à higiene oral com clorhexidina (Borah *et al.*,

2023), bem como a aspiração em simultâneo com o posicionamento do doente em *semirecumbent* (Dewi *et al.*, 2023; Picado *et al.*, 2022).

Os enfermeiros são profissionais de saúde com risco acrescido de exposição e aquisição de infeções no contexto da prestação de cuidados, decorrente da proximidade contínua com o doente, da realização de procedimentos invasivos e da manipulação frequente de dispositivos. São, igualmente, profissionais fulcrais na implementação e monitorização das práticas de controlo e prevenção das IACS contribuindo ativamente para a promoção da segurança do doente, da equipa multidisciplinar e do ambiente (Ferreira *et al.*, 2023).

O EEEMC à PSC apresenta competências diferenciadas que o tornam particularmente capacitado para intervir de forma fundamentada e sistematizada na área da PCI. De acordo com a OE (2018), uma das competências específicas do EEEMC à PSC é “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p.19362).

Em consonância com as competências específicas do EEEMC à PSC encontram-se os PQCEE em PSC. A OE (2015b) reitera que o progresso tecnológico e científico na área da saúde, com a crescente utilização de dispositivos invasivos e de terapêuticas avançadas, tem permitido ganhos significativos em saúde. Contudo, este avanço associa-se, simultaneamente, a um aumento do risco de IACS. Desta forma, a PCI associada aos cuidados integra um dos seus enunciados descritivos de qualidade dos cuidados (OE, 2015b).

A implementação eficaz de programas de prevenção e de *bundles* de intervenção enfrenta diversas barreiras de natureza organizacional, estrutural e comportamental (Alkubati *et al.*, 2023). Entre as principais dificuldades destacam-se a ausência de formação contínua e de programas de treino, que condicionam a atualização de conhecimentos e a consolidação de competências técnicas. Por sua vez, a insuficiência de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho comprometem a adesão consistente às práticas recomendadas. Acrescem a supervisão inadequada e a fragilidade dos mecanismos de monitorização e auditoria, que limitam a sustentabilidade das estratégias implementadas. Verifica-se ainda falta de conhecimento sobre *guidelines* baseadas em evidência científica, o que evidencia a necessidade de fortalecer a liderança clínica, a responsabilização profissional e a promoção de uma cultura organizacional centrada na segurança do doente e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Alkubati *et al.*, 2023).

Com o objetivo de ultrapassar as barreiras expostas, o EEEMC à PSC deve:

- Participar na elaboração de planos de PCI baseados em evidência científica atual;
- Definir estratégias de PCI para implementar no serviço;
- Liderar a implementação do plano de intervenção, estabelecendo procedimentos e circuitos;
- Capacitar a equipa multidisciplinar na área da PCI associada aos cuidados à PSC (OE, 2015b).

No contexto das IACS e, especificamente, da prevenção da PAI, o Enfermeiro Especialista assume um papel nuclear enquanto agente da mudança, líder clínico e promotor da prática baseada na evidência.

2. CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Tal como consta no plano curricular do 9.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSC, foram realizados dois estágios em contextos clínicos distintos, integrados em duas Unidades Locais de Saúde diferentes. De forma a preservar o anonimato institucional, os respetivos nomes não serão mencionados. Assim, para efeitos de referência, serão designadas como Unidade Local de Saúde [ULS] A e ULS B ao longo do relatório. O primeiro estágio, designado como Estágio em Enfermagem à PSC, foi realizado no Centro de Responsabilidade Integrada Cérebro-Cardiovascular [CRI] da ULS A. O segundo estágio, que integra o Estágio em Enfermagem à PSC com Relatório, decorreu no SUP da ULS A, durante o qual foram realizados dois turnos de observação na UL-PPCIRA da mesma ULS, e no SMI da ULS B.

De seguida, será apresentado um breve enquadramento e caracterização dos três contextos clínicos, abrangendo a estrutura física de cada instituição, dos seus recursos humanos e materiais. Será feita, também, uma análise da gestão e produção de cuidados referente a cada contexto.

2.1. CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA CÉREBRO-CARDIOVASCULAR

O primeiro estágio decorreu de 21 de abril a 21 de junho de 2025 no CRI da ULS A.

A ULS A tem uma área de influência direta e indireta de cerca de 468 815 pessoas, e é constituída por um Hospital e 13 Agrupamentos de Centros de Saúde. O Hospital assume-se como um Hospital Central desde o ano de 2008 e é o Hospital de referência de toda a região. Tem como missão a “prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares à população da sua área de influência direta ou indireta, sendo norteadada pela excelência, diferenciação, adequação e tempestividade dos cuidados de saúde prestados”², e rege-se pelos seguintes valores:

² Citação retirada do *site* da ULS

- a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- b) Excelência técnica;
- c) Cultura de qualidade, rigor e melhor gestão;
- d) Acessibilidade e equidade;
- e) Trabalho de equipa;
- f) Ética, integridade e transparência;
- g) Investigação e inovação³.

A ULS A encontra-se organizada em seis departamentos: médico, cirúrgico, mulher e criança, psiquiatria e saúde mental, urgência e centros clínicos.

O CRI, integrado no Hospital da ULS A, assume-se como a principal e mais diferenciada unidade hospitalar da região, recebendo doentes provenientes de toda a sua área de influência. Em funcionamento desde o ano de 2019, o CRI possui um modelo de gestão autónomo, dando resposta às necessidades dos doentes de toda a região e apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade com recurso a tecnologias avançadas nas áreas da Cardiologia de Intervenção: Cardíaca e Estrutural; Neurorradiologia; Neurocirurgia; Eletrofisiologia; Radiologia de Intervenção; Nefrologia; Arritmologia e *Pacing* e Cirurgia Vascular, garantindo elevados padrões de atuação técnico-científico e humanização dos cuidados, acrescentando uma eficiente gestão financeira e de recursos humanos⁴.

2.1.1. Estrutura, Recursos físicos e Recursos Materiais

O CRI situa-se no 1.º piso da referida ULS com entrada principal próxima ao SU e aos ascensores de forma a permitir acesso rápido aos vários serviços do Hospital em caso de necessidade de transferência de cuidados.

A admissão dos doentes é feita através de um circuito próprio iniciando-se com a entrada no serviço pela porta principal onde é promovida a higiene das mãos com solução alcoólica, seguida do encaminhamento para uma sala destinada à avaliação inicial.

O Centro é constituído por duas salas de angiografia equipadas com desfibrilhador, ventilador e equipamento para suporte avançado de vida [SAV] bem como todo o material e medicação necessários para os demais procedimentos; duas salas de comando que servem de apoio à mesa de angiografia; uma sala de recobro que possui três camas e uma maca com

³ Informação retirada do *site* da ULS

⁴ Informação retirada de documento onde foi realizado o estágio

cortinas de modo a promover a privacidade, rampas para ventilação assistida, aspiração e oxigénio, monitores multiparâmetros com monitorização cardíaca invasiva e não invasiva e cinco cadeirões; uma sala de refeições; uma sala de sujos; uma sala para sessões formativas e um gabinete de enfermagem, onde se realizam as consultas médicas e de enfermagem pré TAVI e as consultas de *follow-up*.

O serviço está dividido por um corredor sendo que de um lado se localiza a unidade de recobro, com ligação ao serviço de imagiologia, sala de angiografia, sala com material de consumo clínico e farmácia, o vestiário dos profissionais e a zona de sujos. Do outro lado localiza-se a principal sala de angiografia, o gabinete de enfermagem, a copa e uma casa de banho para os doentes e outra para os profissionais.

O manuseamento, transporte e encaminhamento de materiais, equipamentos, roupa e resíduos contaminados cumpre um circuito próprio tendo como principal objetivo prevenir a contaminação cruzada e reduzir o risco de disseminação de microrganismos. Este circuito é separado do circuito de doentes e está devidamente sinalizado e identificado.

2.1.2. Recursos Humanos

No que diz respeito aos recursos humanos, o CRI é constituído por uma equipa multidisciplinar que engloba Administradores Hospitalares, Anestesiologistas, Cardiologistas, Cirurgiões Cardíacos, Cirurgiões Vasculares, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, de Cardiopneumologia e Radiologia, Neurorradiologistas, Técnicos Administrativos e Técnicos Auxiliares de Saúde [TAS].

A equipa de enfermagem é formada por nove enfermeiros, dos quais um desempenha funções de gestão e é detentor da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] à PSC. Da restante equipa, sete são EEEMC, um é especialista em enfermagem comunitária e um é enfermeiro generalista.

A equipa de TAS é formada por quatro profissionais.

A equipa médica é constituída pelo Diretor de Serviço e mais 16 médicos de diversas especialidades acima mencionadas.

2.1.3. Análise da Gestão e Produção de Cuidados

O CRI funciona em dias úteis das 8h às 20h e em regime de prevenção 24h por dia, sete dias por semana para situações emergentes, dando resposta à Via Verde Coronária [VVC] para os doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio [EAM]. A equipa de prevenção é constituída por

um médico, um enfermeiro, um técnico de cardiopneumologia, um técnico de radiologia, um assistente técnico e um TAS. Nos dias úteis das 8h às 14h estão escalados quatro enfermeiros, um para a sala de recobro, um para a sala de angiografia e dois para a sala de procedimentos com sedação/anestesia; e três TAS. Das 14h às 20h encontram-se três enfermeiros e dois TAS sendo que este número poderá sofrer alterações consoante as necessidades do serviço.

Os enfermeiros são escalados de acordo com o nível de formação e competências adquiridas nas várias áreas de intervenção garantindo a excelência dos cuidados⁵. O enfermeiro a desempenhar funções de gestor, quando necessário, assegura também a prestação direta de cuidados ao doente de forma a garantir a continuidade da atividade funcional do serviço. Relativamente ao tipo de liderança, foi observado um estilo de liderança transformacional. Este tipo de liderança, de acordo com Santos *et al.*, (2022), promove um ambiente de trabalho positivo e motivador, contribuindo para a satisfação profissional, a diminuição da rotatividade dos enfermeiros e a coesão da equipa. Ao demonstrar compreensão das características, necessidades e motivações dos membros da equipa, o enfermeiro gestor que adota este estilo de liderança influencia a capacidade da equipa para alcançar os objetivos definidos, bem como o compromisso com a prestação de cuidados de excelência aos doentes (Santos *et al.*, 2022).

De acordo com a OE (2020) na Pronúncia do Conselho de Enfermagem n.º 74/2020 é preconizado que nas Unidades de Angiografia e Cardiologia de Intervenção exista um enfermeiro por posto de trabalho ou dois enfermeiros em procedimentos que exigem sedação/anestesia, sendo que um deverá ter preferencialmente especialidade em EMC à Pessoa em situação perioperatória; nos procedimentos invasivos com técnica assética cirúrgica devem estar escalados três enfermeiros. A referida Pronúncia do Conselho de Enfermagem, adianta, que dadas as características dos doentes recebidos nestas Unidades é recomendado que a equipa integre EEEMC na área da PSC (OE, 2020). Na unidade de recobro devem ser escalados enfermeiros de acordo com as suas competências e o número de doentes (OE, 2019a). Salienta-se como oportunidade de melhoria a integração de um EEEMC na área da pessoa em situação perioperatória, promovendo o desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados, considerando que existem atualmente sete EEEMC à PSC distribuídos por postos de trabalho em consonância com o preconizado.

No que concerne à transição de cuidados, no CRI, é utilizada a técnica *Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation* [ISBAR] para a transmissão de informação.

⁵ Informação retirada de documento onde foi realizado o estágio

Paralelamente, efetuam-se registos de enfermagem no processo clínico de cada doente através do sistema *Cardiobase* e *SClinico*. Para tal, todas as salas possuem um computador.

Relativamente à gestão dos recursos materiais, todas as quartas-feiras é feita a requisição dos consumíveis e uma sexta-feira por mês um elemento é destacado no turno da tarde para verificar as datas de validade dos materiais e medicamentos. Todos os enfermeiros são responsáveis por debitar todo o material clínico e medicação utilizada no doente, pelo qual estão responsáveis, através do Sistema *e-Kanban*, e também pela reposição do material utilizado.

Para além das funções de prestação de cuidados, existem dois enfermeiros também com a pós-graduação em Supervisão Clínica responsáveis pela supervisão dos estudantes de licenciatura e de mestrado, um enfermeiro responsável pela formação em serviço, um enfermeiro elo de ligação com a Unidade de Gestão do Risco, um enfermeiro elo de ligação com a UL-PPCIRA e um enfermeiro auditor do carro de emergência, também responsável pela uniformização do mesmo seguindo a orientação n.º 008/2011 de 28 de março da DGS.

A participação da equipa em congressos, jornadas e reuniões de carácter científico é promovida pelo diretor do serviço e pela enfermeira em funções de gestão, contribuindo para a atualização científica e a melhoria do desempenho profissional, com impacto na qualidade dos cuidados prestados.

O CRI integrou dois eventos científicos, em 2023, na área da intervenção cardiovascular, sendo que dois elementos participam também num projeto de investigação internacional multicêntrico dirigido à avaliação de doentes com elevado risco cardiovascular.

A equipa médica e de enfermagem encontra-se a trabalhar a otimização do circuito de execução das consultas pré e *follow-up* dos doentes com estenose aórtica moderada a severa para TAVI, e a implementação do sistema de identificação inequívoca dos doentes e do Protocolo de Reabilitação Cardiovascular dos doentes pós TAVI⁶.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

O estágio no SUP decorreu de 15 de setembro a 15 de novembro de 2025.

A rede de serviços de urgência, integrada no SNS, encontra-se estruturada em três níveis de hierarquização: a urgência polivalente, a urgência médico-cirúrgica e a urgência básica. A

⁶ Informação retirada de documento onde foi realizado o estágio

cada nível correspondem diferentes capacidades de resposta ajustadas a necessidades distintas, garantindo encaminhamentos adequados (MS, 2007).

O SUP é “o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência e emergência” (MS, 2007, p.1123) estando prevista a sua existência segundo um rácio de um SUP por cada 750 000 a 1 000 000 habitantes (MS, 2014). Este dispõe de equipas médicas, de enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde necessários ao atendimento da população. Articula-se com a urgência pediátrica e obstétrica bem como com diversas especialidades médicas e cirúrgicas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, assegurando uma resposta integrada e diferenciada às situações de urgência e emergência (MS, 2014).

Todos os serviços de urgência devem ter um sistema de triagem de prioridades implementado e dispor de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação com equipa formada por profissionais do SUP, sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (MS, 2014). O SUP deve também integrar um centro de formação acreditado pelo INEM destinado ao ensino em urgência/emergência (MS, 2014).

O SU da ULS A integra a tipologia de SUP na rede de referência e tem como missão a observação, a prestação de cuidados médicos e de enfermagem diferenciados, bem como o correto encaminhamento de doentes emergentes, muito urgentes e urgentes, em tempo útil, classificados de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. Assegura a sua avaliação inicial, estabilização, diagnóstico, terapêutica e o devido encaminhamento, articulando-se com os serviços que integram a instituição, bem como com os Cuidados de Saúde Primários [CSP]⁷.

2.2.1. Estrutura, Recursos físicos e Recursos Materiais

Quanto à estrutura física, o SUP localiza-se no piso 1 da ULS A, piso onde se encontram os serviços de: Imagiologia, CRI com a Unidade de Hemodinâmica e responsável pela cardiologia de intervenção e o Laboratório de análises. O circuito do doente inicia-se na entrada geral do SU, onde é efetuada a admissão administrativa e a abertura do episódio de urgência. Após este procedimento, o doente permanece na sala de espera até ser chamado para triagem.

A triagem é assegurada por dois enfermeiros, um responsável pela triagem e outro pela retriagem, que se realiza sempre que os tempos de espera entre a triagem e a primeira

⁷ Informação retirada do *site* da ULS

observação médica são excedidos; sempre que haja alteração do estado do doente ou sempre que seja solicitado pelo mesmo tal como enuncia a DGS na Norma 002/2018.

O enfermeiro acompanha o doente da triagem até às diversas áreas do SUP sempre que este tenha prioridade muito urgente e/ou emergente garantido a vigilância contínua do mesmo. Quando a prioridade é inferior, o acompanhamento é realizado por um TAS. A sala de triagem dispõe de equipamento para avaliação clínica incluindo glucómetro, termómetro timpânico, monitor para avaliação de sinais vitais e computador para registos.

Os doentes que necessitam de apoio da medicina seguem o seu circuito até à área médica constituída pelos Balcões 1, 2 e 4; os que carecem de avaliação pela equipa de cirurgia ou ortopedia seguem até à área orto-cirúrgica que engloba o Balcão 3, a Sala de Pequena Cirurgia e a Sala de Ortopedia.

Os Balcões 1 e 2 destinam-se à observação inicial e tratamento de doentes masculinos e femininos, respetivamente, apoiando as especialidades de Medicina Interna, Pneumologia, Endocrinologia, Cardiologia e Hematologia. Estes são espaços abertos, com vagas para macas e lugares sentados, equipados com rampas de oxigénio e monitores multiparâmetros para monitorização hemodinâmica dos doentes, dispondo cada um de casa de banho própria. Existe um carro de emergência com desfibrilhador para os dois balcões.

O Balcão 4 surgiu mais recentemente para otimizar os fluxos de doentes e reduzir os tempos de espera. É uma área dedicada a doentes que após a primeira observação médica necessitam de vigilância, reavaliação ou cumprimento de terapêutica antes da alta, internamento ou transferência⁸. É um espaço amplo com balcão de enfermagem, com monitores multiparâmetros e rampas de oxigénio. Dispõe de oito unidades separadas por cortinas garantindo a privacidade de cada doente e com casa de banho de apoio a todas as unidades. Inclui ainda três quartos que integram a Unidade de Internamento de Curta Duração Médico-Cirúrgica [UICDMC] destinados ao isolamento de doentes com medidas de precaução de contacto, gotículas ou aerossol, todos providos de telemetria e casa de banho individual. Este Balcão integra ainda uma área de internamento, com três unidades, dedicada a doentes cujo plano terapêutico segue protocolos específicos de cada especialidade⁹. Este espaço dispõe de carro de emergência com monitor/desfibrilhador.

⁸ Informação retirada da Norma de funcionamento do novo Balcão da ULS onde foi realizado o estágio

⁹ Informação retirada da Norma de funcionamento do novo Balcão da ULS onde foi realizado o estágio

O Balcão 3 destina-se à observação e tratamento de doentes das especialidades de cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, ortopedia e urologia. É um espaço aberto com lugares para macas e lugares sentados, incluindo uma unidade específica para transfusões de hemoderivados. Está equipado com monitores multiparâmetros para monitorização hemodinâmica, rampas de oxigénio e dispõe de um carro de emergência com monitor/desfibrilhador. Adjacentes a este Balcão situam-se a sala de pequena cirurgia, destinada à realização de procedimentos pela equipa de cirurgia, e a sala de ortopedia, utilizada para intervenções específicas.

Os doentes que carecem de um período de observação ou tratamento que não justifica um internamento convencional são encaminhados até à UICDMC, a qual dispõe de camas nível 1¹⁰. A UICDMC possui capacidade para seis doentes internados, acrescida de duas vagas para doentes que careçam de medidas de isolamento. Cada unidade de internamento encontra-se equipada com monitores multiparimétricos para avaliação hemodinâmica, rampas de oxigénio, estando os espaços individualizados por cortinas. A organização física da unidade em *open space* permite uma visualização ampla dos doentes, desde o posto de enfermagem, favorecendo a vigilância contínua. A unidade dispõe de um carro de emergência equipado com monitor/desfibrilhador.

Os doentes com prioridade muito urgente e/ou emergente são encaminhados diretamente até à sala de emergência. Esta presta apoio a todas as especialidades e é uma “área específica de abordagem, tratamento e observação de doentes críticos classificados de emergentes, muito urgentes que apresentem quadro clínico de descompensação das funções vitais que coloque a vida em risco” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019, p.7). Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2019), nos SUP, a sala de emergência deve localizar-se próxima à entrada de emergência, possuir dois acessos distintos para garantir fluxo unidirecional de doentes, portas de correr e espaço amplo com capacidade mínima para três unidades de reanimação, duplicando em situações de acidente multivítimas. A sua ativação ocorre através do toque de campainha de aviso, devendo a sala permitir acesso rápido à Imagiologia, Hemodinâmica, Bloco Operatório [BO], UCI e Laboratório com envio de amostras através de tubos pneumáticos (ACSS, 2019).

A sala de emergência do SUP é constituída por duas unidades equipadas com monitor/desfibrilhador, dois ventiladores, um compressor automático externo, dois monitores

¹⁰ Informação retirada de documento onde foi realizado o estágio

multiparâmetros, rampas de oxigénio, seringas e bombas infusoras, medicação e todo o material necessário para responder a situações de emergência médica e instabilidade potencialmente fatais. A sala de emergência dispõe de dois circuitos de acesso diferenciados, um proveniente da entrada de emergência, frequentemente ativada através do pré-hospitalar, e outro articulado com a entrada geral do serviço. A localização afastada dos acessos, a inexistência de portas automáticas, a capacidade limitada a dois doentes, e a localização da UCI e do BO num piso diferente, não vai ao encontro do estabelecido pelas normas da ACSS. Por outro lado, em consonância com o que é recomendado pela referida norma da ACSS, a sala de emergência encontra-se no mesmo piso da Imagiologia, Hemodinâmica e Laboratório com acesso rápido. A ativação da sala de emergência é feita através de campainha, som conhecido por todos os profissionais.

Os critérios de admissão na sala de emergência incluem: todos os doentes classificados com prioridade emergente dada a gravidade potencial do seu estado clínico; necessidade de via aérea avançada; paragem cardiorrespiratória; frequência respiratória inferior a cinco ou superior a 35 ciclos por minuto; frequência cardíaca inferior a 40 ou superior a 140 batimentos por minuto; tensão arterial sistólica inferior a 90 mmHg; perda súbita de consciência ou diminuição superior a dois pontos na Escala de Coma de *Glasgow*; bem como convulsões repetidas ou prolongadas¹¹.

Neste SUP encontram-se ainda diversos gabinetes e salas de apoio, nomeadamente: o gabinete médico destinado ao primeiro atendimento, o gabinete de Medicina Interna, o gabinete de Cirurgia/Ortopedia, o gabinete de Enfermagem, a sala dos técnicos de laboratório, bem como uma unidade individual para doentes com necessidade de medidas de isolamento e de acompanhamento familiar.

2.2.2. Recursos Humanos

O SUP é constituído por uma equipa multidisciplinar que engloba a equipa médica (com diferentes especialidades médicas e cirúrgicas), a equipa de enfermagem, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos, TAS, e outros profissionais de apoio.

A equipa de enfermagem é constituída por 84 elementos, incluindo um enfermeiro gestor detentor de especialidade em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, e nove EEEMC e destes, seis são especialistas em EMC na área da PSC.

¹¹ Informação retirada de documento onde foi realizado o estágio

2.2.3. Análise da Gestão e Produção de Cuidados

De acordo com o MS (2014), artigo 21.º e com a OE (2019a), no que respeita à formação dos enfermeiros do SUP, todos devem possuir formação em SAV. Além disso, 50% dos enfermeiros deve ser especialista em EMC à PSC e 50% dos enfermeiros deve possuir formação em SAV em Trauma, ventilação e controle hemodinâmico, transporte de doente crítico, em via verde, em comunicação e relacionamento em equipa, gestão de *stress* e de conflitos, comunicação do risco e transmissão de más notícias. Analisando a constituição da equipa do SUP, menos de metade dos enfermeiros são especialistas em EMC à PSC, 22 possuem formação em SAV e cerca de metade tem a formação devidamente atualizada. Evidencia-se a necessidade de dotar o serviço de EEEMC à PSC com formação atualizada em SAV para cumprir as recomendações do despacho acima mencionado.

A OE (2019a), recomenda que a triagem seja assegurada, preferencialmente, pelo EEEMC à PSC e com “formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades” (OE, 2019a, p.144). No entanto, esta recomendação não está totalmente implementada, uma vez que a triagem é realizada por todos os enfermeiros do serviço. Importa salientar que a totalidade da equipa de enfermagem possui formação em triagem de Manchester, cumprindo o requisito necessário ao exercício desta função.

O sistema de Triagem de Manchester estabelece uma prioridade clínica com base na queixa apresentada pelo doente, a partir de fluxogramas específicos. Existem cinco níveis de prioridade, a saber: a prioridade emergente conducente a cor vermelha na qual a intervenção tem de ser imediata; a prioridade muito urgente correspondente à cor laranja a qual requer uma observação médica em 10 minutos; a prioridade urgente na cor amarela na qual a pessoa pode aguardar por avaliação médica até 60 minutos; a prioridade pouco urgente que corresponde à cor verde, e nesta a pessoa pode aguardar atendimento médico até 120 minutos ou ser encaminhada para outro serviço de saúde; e por último a prioridade não urgente na qual pode aguardar até 240 minutos (Grupo Português de Triagem [GPT], 2024). Posteriormente surgiu a cor branca no sistema de triagem para realizar atividade programada ou não urgente e com o objetivo de “identificar a dimensão do problema em cada serviço de modo a serem identificadas e sistematizadas soluções que promovam a correta utilização dos recursos disponíveis” (GPT, 2011, p.1).

O GPT (2011) estabeleceu como objetivo que o total de doentes triados com pulseira branca deve ser inferior a 5% do total de episódios no SU. No SUP onde decorreu o estágio, em 2024

o total de triagens foi de 2324 doentes emergentes; 106102 muito urgentes; 238764 urgentes; 225960 pouco urgentes; 16212 não urgentes e 7487 com pulseira branca, correspondendo a menos de 5% do total de triagens e cumprindo, assim, o objetivo delineado pelo GPT (SNS, 2025). Estes dados permitem concluir que, em 2024, cerca de 42% dos doentes triados apresentavam doença pouco urgente ou não urgente, não necessitando de recorrer ao SU.

A OE (2019a) recomenda um rácio para UICDMC de um enfermeiro para três doentes com 50% dos EEEMC à PSC durante as 24h. Preconiza ainda que a sala de emergência seja assegurada por EEEMC preferencialmente na vertente da PSC. Face ao exposto, o número de enfermeiros na UICDMC deveria ser aumentado, uma vez que estão sempre escalados dois enfermeiros, assumindo um rácio de um enfermeiro para quatro doentes. O mesmo se verifica na sala de emergência, que fica a cargo do enfermeiro perito a desempenhar a função de chefe de equipa, não sendo exclusivamente assegurada pelo EEEMC. Estas devem ser encaradas como oportunidades de melhoria, uma vez que, a prestação de cuidados de enfermagem seguros, de qualidade e que satisfaçam o doente está intrinsecamente ligada a uma dotação adequada de enfermeiros, bem como o nível de qualificação e o perfil de competências que possuem. Para tal, torna-se imprescindível a adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados promovendo uma gestão eficiente dos mesmos (OE, 2019a).

A transmissão de informação na transição de cuidados é feita através da técnica ISBAR e os registos de enfermagem no processo clínico do doente são feitos através do sistema *SClinico*. Neste sistema é possível, ainda, aceder ao diário médico, às prescrições terapêuticas e aos exames complementares de diagnóstico.

No que respeita à alocação dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, esta é da responsabilidade do enfermeiro gestor, e na sua ausência, dos enfermeiros coordenadores. Em cada turno encontram-se escalados 13 enfermeiros no turno da manhã e 12 nos turnos da tarde e noite. Sempre que seja necessário um transporte inter-hospitalar, este é assegurado através de uma escala de prevenção mantendo os rácios previstos no SUP, medida implementada pelo enfermeiro em funções de gestão. Durante o estágio, foi possível observar a predominância de um estilo de liderança autocrática, o qual, de acordo com Santos *et al.*, (2022) acarreta efeitos adversos na saúde dos profissionais, associando-se a níveis mais elevados de absentismo.

No turno da manhã, a equipa integra um enfermeiro coordenador especialista em EMC e um enfermeiro chefe de equipa, preferencialmente na vertente da PSC, conforme o Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019a), sendo este também responsável pela sala de

emergência. A alocação dos restantes enfermeiros contempla a triagem e retriagem, o Balcão 1, 2, 4 e a UICDMC que são assegurados por dois enfermeiros, enquanto o Balcão 3 é assegurado por um enfermeiro. O enfermeiro coordenador assume igualmente a responsabilidade pela requisição de material de consumo clínico, com o sistema *E-Kanban*, e medicação junto da farmácia.

Os indicadores de qualidade dos SU incluem o tempo até o doente ser triado, a demora entre a triagem e a primeira observação médica por nível de prioridade, o número de óbitos até à primeira observação médica e o tempo entre a triagem e a saída do doente do SU, por nível de prioridade (DGS, 2018).

No âmbito da melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados, o SUP tem implementado sistemas de resposta rápida, nomeadamente as Vias Verdes, tal como o preconizado pelo MS (2014). Atualmente, encontram-se protocoladas e implementadas a Via Verde AVC, Sepsis e Coronária, permitindo uma resposta célere. Paralelamente, a Via Verde Trauma encontra-se em fase de implementação. Encontram-se igualmente em elaboração por grupos de trabalho constituídos por enfermeiros especialistas em EMC e médicos, os seguintes protocolos:

- Protocolo sobre contenção dos doentes;
- Protocolo farmacológico sobre administração de heparina;
- Protocolo farmacológico sobre administração de insulina na cetoacidose;
- Protocolo para implementação na sala de espera – Gestão da dor;
- Protocolo para implementação na sala de espera – Controlo da subida da temperatura corporal;
- Protocolo da hipertensão arterial no acidente vascular cerebral;
- Protocolo dos critérios de admissão na sala de emergência e reformulação das suas necessidades¹².

A elaboração destes protocolos tem como objetivo promover a uniformização das práticas, o aumento da segurança do doente e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. São, também, realizados três momentos de formação em serviço ao longo do ano, centrados em temas pertinentes para a prática e desenvolvidos pelos enfermeiros, contribuindo para a atualização contínua de conhecimentos.

¹² Informação retirada de documento da ULS onde foi realizado o estágio

Existe um enfermeiro responsável pela formação em serviço, um EEEMC à PSC elo de ligação com a Unidade de Gestão do Risco, dois enfermeiros elos de ligação com a UL-PPCIRA sendo um EEEMC à PSC e outro Enfermeiro Especialista em enfermagem comunitária acumulando funções de auditores na higienização das mãos e PBCI, um EEEMC à PSC dinamizador dos Padrões de Qualidade da OE, um enfermeiro dinamizador do Sistema de Informação em Enfermagem, um enfermeiro auditor do carro de emergência, também responsável pela uniformização do mesmo seguindo a orientação n.º 008/2011 de 28 de março da DGS, e o enfermeiro gestor que é auditor na área da Triagem de Manchester.

No âmbito da formação dirigida à equipa de enfermagem, foi-nos sugerida a articulação dos temas com uma colega da mesma área de especialidade, por uma questão de coerência e organização pedagógica da sessão formativa. Considerando que o nosso tema incide na prevenção da PAI e que o tema da colega se centra na segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico sob VMI, verificou-se existir complementaridade entre ambos.

Assim, procedeu-se à execução de uma análise SWOT, conforme se evidencia na Tabela 1, com o objetivo de avaliar a pertinência da realização de uma sessão de formação centrada nos desafios e nas intervenções inerentes à segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar do doente crítico sob VMI, bem como na prevenção da PAI.

Tabela 1.

Análise SWOT

	Fatores positivos	Fatores negativos
	S – Pontos fortes	W - Fraquezas
Fatores internos	- Elevada frequência de transporte intra-hospitalar; - Ausência de procedimento interno estruturado; - Equipa recetiva à aquisição de novos conhecimentos; - Possibilidade de integrar os resultados das <i>scoping reviews</i> ; - Autorização do enfermeiro gestor bem como do enfermeiro responsável pela formação do SUP.	- Ausência de monitorização da adesão ao feixe de intervenções de prevenção da PAI; - Necessidade de formação na prevenção da PAI; - Disponibilidade limitada por parte da equipa em participar devido à sobrecarga horária; - Rotatividade da equipa de enfermagem; - Desmotivação profissional por parte de alguns elementos.
Fatores externos	O - Oportunidades	T - Ameaças
	- Promoção de práticas seguras em ambientes críticos; - Ganhos em saúde; - Promoção da formação contínua; - Cumprimento do feixe de intervenções da DGS relativo à PAI e das recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] para o transporte intra-hospitalar; - Redução de IACS; - Redução de eventos adversos.	- Situações imprevisíveis características do SUP; - Complexidade crescente da PSC sob VMI; - Resistência à mudança.

Fonte: Elaboração própria

2.3. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O estágio desenvolvido no SMI decorreu de 17 de novembro de 2025 a 31 de janeiro de 2026 na ULS B. Esta ULS tem como objetivo principal prestar cuidados de saúde aos cidadãos da sua área de influência direta e indireta. A área de influência direta engloba 8.542,7 km² e 13 concelhos, perfazendo um total de 126.692 habitantes.

Tem como missão:

“A prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade, equidade, efetividade e em tempo útil, através da utilização sustentável dos recursos disponíveis, em estreita articulação com outros serviços de saúde e parceiros da comunidade, com a finalidade de obter ganhos em saúde para a população¹³”

¹³ Citação retirada do *site* da ULS

No que diz respeito aos valores pelos quais a ULS rege a sua atuação, fazem parte a centralidade na Pessoa; equidade no acesso aos cuidados; qualidade e segurança com práticas baseadas em evidência; ética nos comportamentos e nas decisões; sustentabilidade e inovação, promovendo a aprendizagem, o conhecimento e a investigação¹⁴.

A ULS B é constituída por um Hospital e 13 Agrupamentos de Centros de Saúde. O Hospital encontra-se dividido em seis Departamentos:

- Departamento de Urgência, Emergência e Anestesiologia;
- Departamento de Especialidades Médicas;
- Departamento de Especialidades Cirúrgicas;
- Departamento da Mulher e da Criança;
- Departamento de Saúde Mental;
- Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica¹⁵.

O SMI integra o Departamento de Urgência, Emergência e Anestesiologia e é responsável pela observação e tratamento da PSC potencialmente reversível que necessita de monitorização e suporte das funções vitais em caso de falência ou falência iminente. De acordo com a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva existem três níveis de cuidados: o nível I, II e III (ACSS, 2024).

O nível I corresponde a unidades que asseguram monitorização não invasiva, reanimação e articulação com outras unidades de nível superior; as unidades de nível II fornecem monitorização invasiva e asseguram o suporte de funções vitais, devendo articular-se com unidades de nível superior devido à ausência obrigatória de acesso permanente a meios de diagnóstico e especialidades diferenciadas; por último as unidades de nível III possuem equipas altamente qualificadas, médico intensivista com permanência nas 24h, meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos disponíveis, programas de controlo de qualidade e formação contínua em cuidados intensivos para os profissionais (OE, 2019a). O SMI deve articular-se com as unidades de cuidados intermédios, o SU nomeadamente a sala de emergência/reanimação, o BO e deve possuir acesso facilitado ao elevador, direto ao SU (ACSS, 2024).

¹⁴ Informação retirada do *site* da ULS

¹⁵ Informação retirada do *site* da ULS

2.3.1. Estrutura, Recursos físicos e Recursos Materiais

O SMI da ULS B é um serviço nível III que recebe doentes que exigem cuidados de nível I, II e III. Localiza-se no primeiro piso do Hospital juntamente com o BO, enquanto o SU e o Serviço de Imagiologia se situam no piso zero, sendo o acesso a estes serviços feito exclusivamente por elevador.

Encontra-se dividido em duas áreas principais, sendo a primeira constituída pela área administrativa, o gabinete do diretor de serviço e do enfermeiro gestor, o gabinete médico com ecrãs de telemetria e um posto para lavagem das mãos antes de entrar na segunda área que se destina à prestação de cuidados. Juntamente à entrada externa existe uma zona destinada às visitas para armazenamento de pertences, minimizando o risco de infeção. Antes de entrar na área dedicada à prestação de cuidados existe uma zona de sujos, de acesso exclusivo ao serviço, onde são encaminhados materiais, equipamentos e resíduos contaminados. Estes seguem um circuito próprio a fim de prevenir a contaminação cruzada e a reduzir o risco de disseminação de microrganismos.

Relativamente à sua organização e de acordo com a ACSS (2024), cada SMI deve dispor de um mínimo de seis e um máximo de dezasseis *boxes*, sendo recomendada a disposição em *boxes* individuais ao invés de áreas abertas. No entanto, o SMI possui as suas camas em *open space*, o que pode facilitar a propagação de IACS (ACSS, 2024). É recomendado ainda, pela mesma entidade, que cada *box* permita acesso a 360º pela equipa, possua equipamentos em bancada, suportes de parede ou braços telescópicos, e inclua divisórias laterais transparentes, com possibilidade de se tornarem opacas e de recolher a que fica de frente para o posto de vigia. A ACSS (2024) recomenda que do posto de enfermagem deve ser possível observar diretamente os doentes, garantindo a sua privacidade. Acrescenta que cada *box* individual deve incluir, ainda, um lavatório. Neste SMI, existem dez unidades individuais que são providas de cortinas opacas antimicrobianas. As cortinas existentes diminuem o risco de propagação de infeções e garantem a privacidade do doente. Existem quatro postos ao longo do serviço com lavatórios para lavagem das mãos e cada unidade tem um posto para desinfeção das mãos.

À semelhança do recomendado pela ACSS (2024) cada unidade individual é composta por monitores multiparâmetros que possibilitam a avaliação da pressão arterial invasiva, pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca, ritmo cardíaco, pressão venosa central, capnografia, *pulse contour cardiac output* [PiCCO], índice bispectral, saturação periférica de oxigénio e temperatura, um ventilador, rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, bombas e seringas

infusoras, uma mesa de apoio e uma cama com colchão de pressão alternada incorporado e com controlos. Os monitores multiparâmetros, os ventiladores, as bombas e as seringas infusoras estão ligados ao sistema informático *BSimple* e permitem a migração de todos os dados, ficando estes registados no processo clínico do doente o que constitui uma ferramenta de trabalho bastante útil reduzindo a carga de trabalho associada aos registos.

De acordo com a ACSS (2024), é obrigatório a existência de *boxes* de isolamento para doentes que se encontrem imunodeprimidos ou infetados com bactérias multirresistentes. A mesma entidade preconiza que estas *boxes* possuam antecâmara de entrada com lavatório, um espaço destinado à acomodação do equipamento de proteção individual [EPI] e devem ter disponibilizada a informação relativa ao microrganismo, tipo de isolamento e à via de transmissão. Estas *boxes* devem manter as características das *boxes* descritas anteriormente. O lavatório deverá estar localizado, preferencialmente, junto à saída. Nestas *boxes* também o contacto visual do enfermeiro para o doente é de extrema importância, mesmo existindo videovigilância, devendo as divisórias ser transparentes com possibilidade de conversão a opacas proporcionando a privacidade necessária durante a prestação de cuidados (ACSS, 2024). O SMI tem duas *boxes* de isolamento com estas características. O interior desta *box* é igual à unidade descrita anteriormente.

O serviço organiza-se em torno de um corredor central com cinco unidades individuais de cada lado. Na zona central localizam-se o carro de emergência com monitor/desfibrilhador, o posto de preparação de medicação com diversos armários com medicação e material necessário, e imediatamente antes e após este posto localizam-se três postos de vigilância. Estes postos são providos de computadores para registos de enfermagem, monitores de videovigilância e de telemetria de todos os doentes internados. O posto de vigilância de enfermagem destina-se à “vigilância e monitorização dos utentes, controlo da unidade e registo administrativo das atividades clínicas realizadas aos utentes” devendo por isso ser centralizado (ACSS, 2024, p. 18) e separado da área destinada à preparação da medicação, proporcionando uma visualização ampla de todos os doentes (ACSS, 2024).

O serviço dispõe ainda de salas destinadas ao armazenamento de material clínico e equipamentos, incluindo soros, alimentação entérica, ventiladores portáteis para ventilação invasiva e não invasiva, equipamentos de monitorização e SAV, bem como recursos para técnicas de substituição renal. Incluem-se também o vestiário, as instalações sanitárias para os profissionais e a copa.

2.3.2. Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar é constituída por um Diretor de Serviço, dez médicos intensivistas, enfermeiros e TAS.

A equipa de enfermagem integra 30 enfermeiros, dos quais um exerce funções de gestor e possui especialidade em Enfermagem de Reabilitação, cinco são especialistas em EMC à PSC e cinco são especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

A equipa de TAS integra dez profissionais.

2.3.3. Análise da Gestão e Produção de Cuidados

Face ao exposto e analisando o Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019a) constata-se que é recomendado que 50% da equipa de enfermagem seja constituída por EEEMC de preferência na área da PSC, bem como a disponibilização de 12 horas diárias de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada cinco doentes, ao longo de todos os dias da semana. A análise da composição da equipa de enfermagem do SMI evidencia que estes requisitos necessitam de ser otimizados, com potencial impacto positivo na segurança e qualidade dos cuidados prestados à PSC.

No turno da manhã estão escalados, dependendo dos dias, entre cinco e seis enfermeiros, sendo que um fica com a função de enfermeiro responsável, não ficando na prestação direta de cuidados e outro, o Enfermeiro Especialista em reabilitação fica responsável pela prestação de cuidados especializados na área de reabilitação. No turno da tarde e noite estão escalados quatro enfermeiros, e nestes o enfermeiro responsável assume a responsabilidade na prestação de cuidados a doentes.

O enfermeiro que assume funções de responsável é designado pelo enfermeiro gestor aquando da elaboração do horário e sempre que possível é um Enfermeiro Especialista permitindo coordenar a prestação de cuidados e adotar um estilo de liderança que assegure a gestão eficiente dos recursos garantindo cuidados de qualidade. Durante o estágio foi possível observar um estilo de liderança transformacional, marcado pela valorização do trabalho em equipa e pela promoção da motivação dos profissionais, tendo em vista a prestação de cuidados de excelência aos doentes.

A OE (2019a) preconiza um rácio de 1:1 no SMI para cuidados de nível III. Nesta unidade, verificou-se um rácio médio de 1:2. Acresce, ainda, que o enfermeiro que integra a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMI] acumula a prestação direta de cuidados, o que

aumenta a carga de trabalho e pode comprometer a capacidade de resposta, bem como a segurança e a qualidade dos cuidados.

De referir que sempre que o serviço atinge a sua capacidade máxima, é realizada uma gestão adicional dos recursos humanos pelo enfermeiro gestor de modo a garantir rácios, no máximo, de 1:2.

No SMI, existem ainda um enfermeiro com a função de responsável pela formação em serviço, um enfermeiro pela consulta de *follow-up*, um enfermeiro elo de ligação com a Unidade de Gestão do Risco, dois EEEMC à PSC elo de ligação com a UL-PPCIRA responsáveis pelas auditorias à higiene das mãos e PBCI, um enfermeiro dinamizador dos Padrões de Qualidade da OE, um enfermeiro dinamizador do Sistema de Informação em Enfermagem e um enfermeiro auditor do carro de emergência que é também responsável pela uniformização do mesmo consoante a orientação n.º 008/2011 de 28 de março da DGS.

Na perspetiva de justificar a necessidade de mais enfermeiros, em todos os turnos da manhã, os enfermeiros preenchem o *Therapeutic Intervention Scoring System 28* [TISS] posteriormente validado pelo enfermeiro responsável de turno.

O TISS 28 representa o índice de carga de trabalho dos enfermeiros numa UCI e demonstra-se essencial na gestão em enfermagem e com boa fiabilidade na sua utilização. Este engloba 28 intervenções de enfermagem divididas em sete categorias: cuidados básicos, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas (Soares, 2012). No entanto, Soares (2012) afirma que este instrumento de mensuração de trabalho apenas demonstra 43,3% do trabalho dos enfermeiros ficando uma grande parte por contabilizar.

Mais recentemente foi validado o *Nursing Activities Score* [NAS] para aplicabilidade em Portugal. É um instrumento de fácil aplicação, objetivo que inclui os cuidados de enfermagem diretos e indiretos contemplando cerca de 80,8% da carga de trabalho destes (Macedo *et al.*, 2021). Neste SMI, o NAS pode ser igualmente preenchido, contudo a alocação dos doentes pelos enfermeiros é feita a partir do TISS 28, o que evidencia uma oportunidade de reavaliação das práticas institucionais. A utilização do NAS iria favorecer uma distribuição mais equitativa dos doentes, a otimização dos recursos humanos e o reforço da segurança e qualidade dos cuidados.

A alocação dos doentes aos enfermeiros neste SMI é realizada pelo enfermeiro responsável de cada turno, tendo em conta fatores como a experiência e formação de cada profissional, a especialidade em EMC à PSC e a continuidade de cuidados. Um rácio adequado e a distribuição do doente pelo enfermeiro com maior nível de qualificação e competências são essenciais para uma prestação de cuidados de excelência, contribuindo para a segurança do doente e para melhores resultados, nomeadamente a diminuição de IACS, a redução do tempo de VMI, a menor incidência de lesões por pressão, a redução do tempo de internamento e a diminuição das taxas de *burnout* nos profissionais de saúde (Macedo *et al.*, 2021).

A transição dos cuidados realiza-se através da técnica ISBAR e os registos de enfermagem no processo do doente são feitos através do sistema informático *Patient Care – Bsimple*.

A gestão do material é realizada pelo enfermeiro gestor e a gestão da medicação é feita em dias específicos com pedidos à farmácia, à 2ª e 5ª feira pelo enfermeiro com a função de responsável de turno. Este fica também encarregue do registo de todas as ocorrências durante o turno bem como pela alocação da EEMI sempre que possível ao enfermeiro que possuir maior grau de diferenciação e maioritariamente ao EEEMC à PSC. Conforme o descrito no Despacho n.º 9639/2018 emanado pelo MS (2018), a EEMI é formada por um médico e um enfermeiro que possuam competências avançadas na abordagem à PSC e competências em SAV, sendo esta ativada pelo número 2222, obedecendo ao emanado pelo mesmo despacho.

A melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados no SMI é reforçada pela existência de grupos de trabalho compostos por EEEMC à PSC e médicos, dedicados à criação e atualização de protocolos e normas em áreas prioritárias de intervenção. Destacam-se, entre estas, a elaboração do plano de evacuação do SMI, a atualização do protocolo para transporte intra e inter-hospitalar de doentes sob VMI e a discussão crítica de artigos científicos em *journal club*.

É realizada diariamente uma visita clínica pela equipa médica, onde os enfermeiros estão também presentes, durante a qual é discutido o estado clínico dos doentes. Este é um momento que permite a partilha de informação, a tomada de decisão clínica e o planeamento individualizado dos cuidados contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados à PSC.

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

Este capítulo destina-se à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e das experiências vivenciadas ao longo dos estágios, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEEMC à PSC e das competências de Mestre em Enfermagem. Considerando que as competências de Mestre se articulam, em diversos domínios, com as competências comuns do Enfermeiro Especialista e com as competências específicas do EEEMC à PSC, a sua análise será realizada em simultâneo sempre que tal se revele pertinente.

Serão igualmente abordados os desafios identificados no decorrer deste percurso formativo, bem como as estratégias mobilizadas para a sua superação, numa perspetiva de consolidação de competências e de desenvolvimento profissional contínuo.

A Enfermagem configura-se como uma disciplina alicerçada no julgamento clínico e em saberes científicos que orientam a identificação de necessidades, o diagnóstico, a prescrição e a avaliação dos cuidados, integrando, simultaneamente, a responsabilidade profissional (Nunes, 2018).

Nunes (2018) acrescenta que a Enfermagem engloba diversas dimensões do saber, nomeadamente o domínio científico-técnico, os princípios éticos e deontológicos e a capacidade de estabelecer uma relação de ajuda e de cuidado. O enfermeiro deve orientar a sua prática profissional pelos princípios éticos e deontológicos que sustentam o exercício da profissão. Ao longo do seu percurso de desenvolvimento profissional, vai adquirindo e consolidando competências inerentes à profissão, as quais se diferenciam em função da formação realizada e da abordagem adotada na prestação de cuidados, conferindo-lhe um nível acrescido de responsabilidade e autonomia (Nunes, 2018).

Aludindo a Benner (2001), esta define competência do enfermeiro como a aptidão para realizar uma tarefa alcançando o resultado pretendido, mesmo em diferentes contextos. Já a OE

(2011) afirma que a competência “assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (OE, 2011, p.11).

No que concerne ao desenvolvimento de competências em enfermagem, Benner (2001), sustenta que estas emergem da experiência adquirida ao longo do tempo e dos processos de aprendizagem, enfatizando a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica. A autora destaca que o desenvolvimento profissional decorre da integração do saber científico com a experiência vivenciada no contexto real dos cuidados (Benner, 2001).

Benner acrescenta que o desenvolvimento de competências do enfermeiro se constrói também a partir da identificação das necessidades individuais de aprendizagem. Assim, as competências consolidam-se quando o enfermeiro desenvolve habilidades profissionais sustentadas no conhecimento científico atualizado, ultrapassando uma atuação meramente técnica e assumindo uma prática reflexiva, crítica e fundamentada (Benner, 2001).

Previamente à realização dos estágios foi realizado o autodiagnóstico de competências com o propósito de identificar as áreas em que seria necessário focar o desenvolvimento. Este processo permitiu reconhecer necessidades específicas e orientar, de forma estratégica, o percurso de aprendizagem. Assim, foram delineadas atividades tendo em vista a maximização dos conhecimentos e a aquisição e consolidação das competências comuns, específicas do EEEMC – PSC e as de Mestre em Enfermagem.

Ao Enfermeiro Especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade, e a atribuição deste título “pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019b, p.4744).

As competências específicas correspondem às competências desenvolvidas a partir das respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde, dentro do âmbito de atuação definida para cada área de especialidade. Estas competências manifestam-se através da capacidade de ajustar de forma adequada os cuidados às necessidades de saúde de cada indivíduo (OE, 2019b).

Paralelamente, o grau de Mestre em Enfermagem, enunciado pela Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2018) no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto no seu artigo 15.º do Capítulo III,

“É conferido aos que demonstrem: 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; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Presidência do Conselho de Ministros [PCM], 2018, p. 4162).

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

As competências comuns do Enfermeiro Especialista correspondem ao conjunto de competências transversais partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da respetiva área de especialização. Estas competências são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019b, p. 4745).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista organizam-se em quatro domínios de competências, nomeadamente: “domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A); domínio da melhoria da qualidade (B); domínio da gestão dos cuidados (C) e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (OE, 2019b, p. 4745).

De seguida, será elaborada uma análise detalhada das atividades desenvolvidas nos estágios, articulando as competências comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem, considerando a sua inter-relação.

<u>Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</u>	
Competências Comuns do EEEMC à PSC	Competência de Mestre em Enfermagem
A1 – “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”; A2 – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019b, p. 4746).	“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” (PCM, 2018, p. 4162).

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o domínio (A) é fundamental para o exercício profissional especializado, orientando a prática clínica por princípios éticos, deontológicos e legais que garantem a proteção da pessoa, da família e da comunidade. Este domínio exige uma prática profissional consciente, responsável e autónoma sustentada no respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pela legislação em vigor. Requer ainda a capacidade de tomada de decisão ética e deontológica em contextos de elevada complexidade, mobilizando o pensamento crítico e a reflexão fundamentada na resolução de dilemas éticos inerentes à prática clínica (OE, 2019b).

Desta forma, assumimos um papel profissional responsável na procura da evidência científica mais atual, na reflexão crítica e na construção do conhecimento, realizando diversas pesquisas centradas nos princípios éticos, com o objetivo de sustentar a nossa prática em fundamentos científicos e éticos-legais atuais. Neste processo, revelou-se essencial a revisão e análise dos documentos estruturantes da profissão de Enfermagem, designadamente a Deontologia Profissional, integrada no Estatuto da OE, e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], que enquadram legal e eticamente o exercício profissional. Foi, igualmente, importante a leitura da Declaração universal dos direitos humanos, a Lei de Bases da Saúde, a carta dos direitos do doente internado e do documento sobre a Diretiva Antecipada de Vontade [DAV] em cuidados de saúde, que permitiu fundamentar as nossas decisões no âmbito ético, deontológico e legal articulando a PBE e os princípios éticos que regem a nossa profissão.

Considerámos, também, determinante para a aquisição e consolidação deste domínio de competências, a UC de Ética e Deontologia em Enfermagem lecionada no 1.º ano do percurso formativo. Esta UC proporcionou-nos ferramentas conceituais e metodológicas para a análise de dilemas éticos, promovendo o desenvolvimento do nosso pensamento crítico e capacidade

de argumentação. Os conhecimentos aí adquiridos revelaram-se particularmente pertinentes no contexto da PSC, onde podem coexistir risco iminente, incapacidade para decidir e necessidade de intervenções urgentes.

O REPE estabelece que “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015a, pp. 97-98). O Estatuto da OE aprovado a 21 de abril pelo Decreto-Lei n.º 104/98 e alterado pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, no Capítulo VI respeitante à Deontologia Profissional, artigo 100.º afirma que o enfermeiro “assume o dever de (...) b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (...)” (OE, 2015a, p. 78). Larrabee (2011) corrobora ao salientar que os enfermeiros são responsáveis por cumprir as suas responsabilidades éticas, orientando a sua atuação para a promoção do bem-estar do doente e para a prevenção de qualquer forma de dano, em consonância com os princípios da bioética, nomeadamente da beneficência e da não maleficência.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no seu artigo 1.º, consagra que todos os seres humanos nascem livres e iguais no que diz respeito à dignidade e direitos. A dignidade humana, assume-se como critério orientador das intervenções de enfermagem e da tomada de decisão, estando presente no Estatuto da OE que salvaguarda a liberdade, a dignidade e os direitos da pessoa submetida a cuidados de saúde (OE, 2015a).

No decorrer dos estágios mobilizámos conhecimentos de natureza ética, deontológica e legal para fundamentar a nossa prática e a planificação das intervenções de enfermagem. A segurança, a privacidade e a dignidade do doente e da família foram consideradas em todos os momentos da prestação de cuidados, reconhecendo cada Pessoa como um ser único, com valores, crenças e necessidades próprias.

Assim, importa salientar que as intervenções desenvolvidas se inserem no ato do enfermeiro, o qual integra a avaliação diagnóstica e prognóstica, a prescrição, a implementação e a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem, abrangendo medidas de prevenção, promoção da saúde, manutenção, reabilitação, palição e recuperação, dirigidas à Pessoa, família e comunidade, orientadas pelos princípios éticos e deontológicos da profissão (OE, 2022). Deste modo, as decisões e intervenções implementadas nos estágios traduziram o exercício autónomo e responsável da prática profissional especializada.

O respeito pela intimidade, previsto no artigo 107.º do Estatuto da OE e na Carta dos Direitos do Doente Internado no direito n.º 11 revelam que este tem direito à privacidade

durante a prestação de qualquer ato clínico (OE, 2015a). Contudo, devido à elevada afluência de doentes, ao tempo de permanência e às limitações estruturais, foi particularmente desafiante manter a privacidade dos doentes no SUP. De igual modo, no SMI, a necessidade de intervenções rápidas, a monitorização contínua e a elevada complexidade clínica dos doentes, poderiam implicar a exposição corporal parcial necessária à prestação de cuidados. Além disso, a organização do serviço em regime de *open space* representava um desafio adicional na proteção da intimidade.

Face a estas circunstâncias, adotámos estratégias promotoras do respeito pela dignidade dos doentes, nomeadamente a utilização de cortinas, a cobertura adequada durante a realização de procedimentos, a procura por espaços reservados para comunicação com as famílias e a adoção de um tom de voz baixo, minimizando a exposição indevida. Procurámos, igualmente, reduzir ao estritamente necessário a exposição corporal dos doentes sob os nossos cuidados, mantendo uma vigilância constante e uma postura profissional crítica perante as questões éticas associadas à dignidade da PSC.

Enquanto futura EEEMC à PSC, esta temática foi discutida e analisada criticamente com a enfermeira supervisora, permitindo refletir sobre as práticas instituídas e identificar oportunidades de melhoria centradas na humanização dos cuidados. Neste contexto, a dimensão humana do cuidado manteve-se como foco de atenção permanente.

No Estatuto da OE (2015a) encontra-se consagrado no seu artigo 105.º o dever da informação. Neste, é referido que:

“O enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2015a, p. 80).

Também, a Lei de Bases da Saúde, na base 2, emana que “todas as pessoas têm direito: (...) e) a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação (...)” (AR, 2019, p. 56).

Para tal, procurámos assegurar uma comunicação clara, sempre adequada ao nível de literacia do doente e da família, garantindo que a informação transmitida promovesse a compreensão, a participação ativa e a tomada de decisão esclarecida, respeitando os princípios da autonomia, beneficência e dignidade humana. Sempre que o doente se encontrava consciente e orientado, foi privilegiado o seu consentimento relativamente à partilha de informação com

familiares ou terceiros. Em situações de incapacidade para a tomada de decisão, a atuação foi orientada pelo princípio do melhor interesse do doente, atendendo ao seu bem-estar físico, emocional e social, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão (OE, 2015a).

A gestão da informação implicou o cumprimento rigoroso do dever do sigilo profissional e do direito à confidencialidade, conforme preconizado no artigo 106.º do referido Estatuto.

O Estatuto da OE (2015a) explicita que:

“O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família qualquer que seja a fonte; b) partilhar informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” (OE, 2015a, p. 81).

A partilha de informação ocorreu, exclusivamente, quando estritamente necessário, nomeadamente para a continuidade e qualidade dos cuidados, respeitando o consentimento do doente.

Nos contextos do SUP e SMI foram frequentes as situações de pedidos de informação por parte de familiares ou terceiros, o que exigiu ponderação ética e uma comunicação assertiva assegurando a confidencialidade, a privacidade e a proteção dos direitos do doente. No SMI é atribuído um número ao familiar/pessoa de referência de cada doente e só é transmitida informação clínica a essa pessoa previamente designada. Em cada contacto deve indicar o número que o identifica, procurando assegurar-se, deste modo, a confidencialidade da informação.

Relativamente ao consentimento informado, adotámos a prática de esclarecer sempre o doente antes da realização de qualquer procedimento. Nas situações emergentes, comuns na PSC, nas quais não foi possível obter o seu consentimento, sustentámos as nossas intervenções no princípio do consentimento presumido (Ordem dos Médicos, 2016), articulando os princípios da beneficência e da não maleficência. Foi igualmente considerada a existência de DAV numa situação ocorrida durante o estágio no SMI, na qual, uma doente iniciou quadro de instabilidade hemodinâmica constatando-se hemorragia abdominal com indicação para intervenção cirúrgica urgente. A doente em questão era Testemunha de Jeová e foi assegurada a consulta das DAV, respeitando a decisão prévia quanto à não administração de hemoderivados, exigindo uma articulação multidisciplinar, de forma a garantir uma tomada de decisão ética e juridicamente fundamentada.

Articulámos a nossa abordagem com os pressupostos da PBE, conforme proposto por Larrabee, a qual defende a integração da melhor evidência científica disponível, da experiência clínica do enfermeiro e dos valores e preferências do doente no processo de tomada de decisão (Larrabee, 2011). A análise crítica da literatura, articulada com os referenciais éticos, deontológicos e legais promoveu a tomada de decisões ponderadas e eticamente fundamentadas, alinhadas com os princípios que regem a profissão, o que nos possibilitou uma prática consistente e segura. Salvaguardámos a proteção dos direitos dos doentes, o acesso à informação adequada, a preservação da privacidade e da confidencialidade, e abstinemo-nos de qualquer forma de discriminação no âmbito da prestação de cuidados especializados.

Em síntese, consideramos que as competências do domínio (A), bem como a competência inerente ao grau de Mestre acima referida, foram desenvolvidas e consolidadas.

<u>Domínio da Melhoria Contínua</u>	
Competências Comuns do EEEMC à PSC	Competências de Mestre em Enfermagem
“B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; “B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro”. (OE, 2019b, p. 4747).	“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;” “d) Ser capaz 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” (PCM, 2018, p. 4162).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem tem vindo a assumir particular relevância no âmbito dos regulamentos que regem a profissão, bem como do desenvolvimento da mesma, constituindo um eixo estruturante de uma prática clínica sustentada na melhor evidência disponível. Neste contexto, a OE (2012b) publicou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, integrando os enunciados descritivos que orientam a qualidade do exercício profissional, designadamente: a satisfação do cliente, a promoção da

saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Posteriormente, em 2015, foi publicado pela OE o Regulamento dos PQCEE em PSC, no qual é adicionado aos enunciados previamente definidos, a prevenção e controlo da IACS, reconhecendo-se a sua centralidade nos contextos de elevada complexidade clínica e vulnerabilidade da PSC (OE, 2015b).

De acordo com Ramos *et al.*, (2023), os enfermeiros assumem um papel central na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, destacando-se pela sua capacidade de resposta eficaz às necessidades da população e aos desafios decorrentes das alterações demográficas e epidemiológicas da sociedade atual. Paralelamente, as políticas de saúde reforçam a necessidade de promover ambientes de trabalho positivos, que favoreçam o desenvolvimento profissional contínuo, a satisfação dos profissionais e a excelência dos cuidados (Ramos *et al.*, 2023). Assim, é crucial o desenvolvimento dos enfermeiros para a prática avançada, constituindo um dos principais determinantes da qualidade e segurança dos cuidados, influenciando diretamente o desempenho profissional. Para tal, é necessária a aquisição e consolidação de conhecimentos técnico-científicos e competências diferenciadas, que sustentem o juízo crítico, a tomada de decisão autónoma e a capacidade de resposta eficaz (Ramos *et al.*, 2023).

O Enfermeiro Especialista projeta, implementa e avalia intervenções orientadas para a otimização dos resultados sensíveis à prática de enfermagem, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados. Neste sentido, destaca-se como um profissional diferenciado no desenvolvimento e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, bem como na monitorização e gestão dos respetivos resultados, contribuindo para ganhos efetivos em saúde e para a excelência do exercício profissional (Ramos *et al.*, 2023).

Os mesmos autores acrescentam que a promoção do compromisso dos enfermeiros com a liderança clínica constitui um elemento determinante para a qualidade dos cuidados, na medida, em que estes profissionais assumem a responsabilidade pela gestão e supervisão dos cuidados prestados aos doentes. Neste âmbito, identificam oportunidades de melhoria orientadas para a excelência dos cuidados, motivam as equipas, fomentam a motivação para a adoção de práticas baseadas na evidência e lideram iniciativas para colmatar as necessidades da prática clínica. Salientam igualmente o contributo dos enfermeiros para a governação clínica, através da promoção de intervenções que visem a otimização dos recursos disponíveis e a melhoria

continua da qualidade dos cuidados, garantindo a adesão às políticas e às diretrizes nacionais (Ramos *et al.*, 2023).

De modo a orientar a nossa atuação ao longo dos estágios, foi imprescindível a leitura aprofundada e a análise crítica dos PQCEE em PSC. Foi igualmente importante a análise do PNSD 2021-2026 que realça a importância da promoção de uma cultura de segurança sólida, da comunicação eficaz entre profissionais e da implementação contínua de práticas seguras, promovendo a qualidade dos cuidados de saúde (DGS, 2022a).

A UC de Investigação em Enfermagem, bem como a UC de Políticas e Gestão em Saúde foram fundamentais no percurso formativo. A primeira proporcionou-nos as bases metodológicas para o desenvolvimento de trabalhos de investigação, nomeadamente a realização de *scoping reviews*, instrumento essencial para a identificação, análise e síntese da evidência científica disponível (Alexander *et al.*, 2024; Harley, 2024). A incorporação da evidência na prática constitui um pilar da qualidade e segurança dos cuidados, permitindo fundamentar decisões, promover intervenções eficazes e contribuir para ganhos em saúde. Esta perspetiva encontra-se alinhada com o MMPBE de Larrabee, que reforça a importância de integrar a melhor evidência científica no processo de tomada de decisão, enfatizando a investigação enquanto promotora da melhoria contínua da prática (Larrabee, 2011).

A UC de Políticas e Gestão em Saúde permitiu-nos aprofundar conhecimentos relativos às políticas públicas de saúde e aos modelos de governação clínica, nomeadamente no planeamento, organização e avaliação dos serviços de saúde.

A participação no *Webinar* denominado Desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo I), promovido pela OE, mostrou-se igualmente relevante ao evidenciar estratégias práticas para a implementação de projetos de melhoria contínua, reforçando a capacidade de intervenção organizada e orientada para a qualidade e segurança dos cuidados. Estas aprendizagens sustentaram uma prática alinhada com as diretrizes nacionais e com os princípios da governação clínica.

No início de cada estágio, reunimos com o enfermeiro a desempenhar funções de gestão e com a enfermeira supervisora com o objetivo de conhecer as normas instituídas e os protocolos em vigor, bem como aqueles que evidenciavam necessidade de revisão ou atualização face à evidência científica mais recente. Considerámos fundamental a leitura e análise destes documentos, o que nos possibilitou compreender a organização interna e as orientações existentes, assegurando uma conduta alinhada com as práticas recomendadas. Esta análise

contribuiu igualmente para a compreensão das prioridades estratégicas dos serviços no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados.

Procedemos, igualmente, à análise dos planos de formação interna vigentes e dos resultados do levantamento de necessidades formativas aplicado à equipa, em articulação com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, com o objetivo de identificar as temáticas contempladas e eventuais lacunas formativas. Adicionalmente, participámos na dinamização de sessões formativas em consonância com a temática do relatório, promovendo a disseminação do conhecimento e a sensibilização da equipa para a importância de PBE.

Neste sentido, no estágio realizado no CRI, foi-nos proposto iniciar, em conjunto com a equipa multidisciplinar, o desenvolvimento de um protocolo relativo à sedoanalgesia dos doentes submetidos a procedimentos de cardiologia de intervenção (Apêndice II). A elaboração deste documento decorreu da identificação da necessidade de uniformizar práticas, reforçar a segurança e garantir uma abordagem sistematizada à PSC. O protocolo teve como objetivo geral estabelecer orientações clínicas claras, seguras e baseadas na evidência atual para a realização de sedoanalgesia em procedimentos cardiovasculares invasivos, assegurando um controlo adequado da dor e da ansiedade, a monitorização adequada do doente, a minimização de riscos associados e a maximização da segurança do doente. Pretendemos, igualmente, com a sua realização a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a excelência dos mesmos.

No estágio realizado no SUP apresentámos ao enfermeiro gestor, à enfermeira supervisora e à enfermeira responsável pela formação em serviço a proposta de dinamização de uma sessão de formação centrada nas intervenções que previnem a PAI. Em resposta à proposta apresentada, foi-nos sugerida a articulação de conteúdos com uma colega da mesma área de especialidade, dada a complementaridade entre os respetivos temas e pela necessidade de otimizar a organização pedagógica da sessão formativa permitindo uma gestão eficiente do tempo disponível. Deste modo foi desenvolvida a sessão intitulada de Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI. Para a sua concretização, foi elaborado o respetivo plano de sessão (Apêndice III), estruturado de acordo com os objetivos pedagógicos, metodologia e recursos a utilizar, tendo posteriormente sido apresentada à equipa de enfermagem do SUP. Esta sessão de formação constituiu uma oportunidade de atualização técnico-científica e de uniformização de práticas, contribuindo para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

No contexto do SMI, foi igualmente apresentada a proposta de dinamização da sessão de formação anteriormente delineada, tendo a mesma sido considerada pertinente face às especificidades do contexto e à complexidade dos cuidados prestados. Neste contexto específico, foi atribuído maior ênfase aos resultados da *scoping review* previamente desenvolvida e detalhada no capítulo referente ao enquadramento concetual e teórico do presente trabalho, tal como às intervenções que previnem a PAI alinhadas com as recomendações baseadas na evidência mais recente. Para tal, foi importante a leitura da norma da DGS sobre o feixe de intervenções para a prevenção da PAI (DGS, 2022b). Posteriormente, procedeu-se à realização do plano de sessão (Apêndice IV) e à dinamização da sessão de formação junto da equipa multidisciplinar, promovendo a atualização de conhecimentos e a reflexão conjunta sobre práticas seguras à PSC.

Na reunião inicial no SMI, foi identificada a ausência de um plano formal de evacuação de doentes. Esta constatação motivou-nos a desenvolver uma reflexão crítica sobre a importância da existência de um plano de evacuação claro, sistematizado e adaptado às características do SMI, enquanto instrumento essencial para garantir a segurança dos doentes e profissionais em situações de emergência ou catástrofe (Apêndice V). Esta reflexão evidenciou a relevância da antecipação e do planeamento como componentes fundamentais da governação clínica e da cultura de segurança.

A realização da *scoping review*, o desenvolvimento do protocolo, a dinamização das sessões de formação, bem como a reflexão crítica permitiram a integração de diretrizes nacionais e conhecimentos sustentados na mais recente evidência científica na prática clínica, tal como o preconizado pela OE (2021) no Regulamento n.º 656/2021, o qual reitera que é fundamental a formação profissional em enfermagem para uma capacidade de resposta exímia e um “exercício profissional de excelência” (OE, 2021, p. 173).

Nos estágios realizados, pudemos verificar que o sistema utilizado para a notificação de incidentes relacionados com a prestação de cuidados era o sistema NOTIFICA, promovido pela DGS, enquanto plataforma nacional. Este sistema é fundamental para a gestão do risco clínico e para a promoção da cultura de segurança, permitindo o registo, a análise e a monitorização de ocorrências, com o intuito de implementar medidas de melhoria e preventivas (DGS, 2022c). A sua utilização reforça a importância da notificação do erro como uma prática profissional responsável, promotora de um ambiente seguro e terapêutico (DGS, 2022c).

O contexto e as condições em que os cuidados de saúde são prestados influenciam diretamente a sua segurança e eficácia, repercutindo-se nos resultados em saúde, particularmente na qualidade e segurança dos cuidados. Entre os principais fatores que condicionam a existência de ambientes seguros destacam-se os recursos disponíveis, a dotação e adequação das equipas, o nível de qualificação e a formação contínua dos profissionais, bem como a existência de protocolos orientadores da prática. Estes constituem pilares para a padronização de intervenções e para a promoção de cuidados seguros e baseados na evidência (DGS, 2022a).

A Deontologia Profissional estabelece que os enfermeiros devem contribuir ativamente para a criação e manutenção de um ambiente favorável à qualidade dos cuidados e garantir a sua continuidade, assumindo a responsabilidade pelas intervenções que realizam (OE, 2015a). Concomitantemente, nos PQCEE em PSC, surge que o EEEMC à PSC é determinante na gestão do risco clínico e na organização do ambiente, assegurando as condições adequadas à prestação de cuidados especializados, mantendo a segurança do doente (OE, 2015b).

De modo a garantir um ambiente seguro para os doentes e família, ao longo dos estágios pautámos a nossa atuação por um conjunto de intervenções centradas na gestão adequada do espaço envolvente e dos recursos disponíveis. Assegurámos a organização do ambiente físico, promovendo a sua acessibilidade, funcionalidade e eliminação de obstáculos. Procedemos também à verificação, identificação e manutenção dos equipamentos utilizados na prestação de cuidados, garantindo a sua funcionalidade e segurança. Acrescentamos ainda a nossa preocupação com a identificação inequívoca dos doentes, enquanto medida essencial para a prevenção de erros e para a promoção da segurança dos cuidados. Todas estas intervenções contribuíram para a criação de um ambiente terapêutico, seguro e orientado para a qualidade dos cuidados que prestámos.

De acordo com os PQCEE em PSC, o enfermeiro é fulcral na gestão da comunicação interpessoal e da informação fornecida tanto ao doente como à família. O enfermeiro deve assegurar uma comunicação clara, estruturada e adaptada à compreensão do recetor da informação. No contexto do SMI, a comunicação com o doente sob VMI constituiu um desafio significativo para nós, atendendo às limitações inerentes do mesmo na impossibilidade de comunicação verbal pela presença do tubo orotraqueal e de sedação. Esta realidade exigiu-nos a mobilização de estratégias alternativas de comunicação, centradas na observação da expressão facial e da linguagem não verbal, na utilização de perguntas fechadas e de quadros de

comunicação, bem como a validação contínua da compreensão do doente. Este desafio representou uma oportunidade de melhoria e de desenvolvimento das nossas competências relacionais e comunicacionais, reforçando a importância da comunicação enquanto dimensão essencial dos cuidados de enfermagem diferenciados.

O PNSD 2021-2026 emana que a comunicação “é vital para a qualidade e segurança da prestação de cuidados (...)” focando os “momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde, em que se inclui o doente e a sua família” (DGS, 2022a, p.29). Dadas as características da PSC, verifica-se a necessidade de múltiplas transferências ao longo do seu percurso. Estas transferências ocorrem, nomeadamente, do SUP para o SMI, e/ou para o BO. Cada momento de transição é marcado por elevada vulnerabilidade, exigindo um planeamento rigoroso, comunicação eficaz entre as equipas e garantia da continuidade e segurança dos cuidados.

Deste modo, em todos os estágios, recorreremos à técnica ISBAR enquanto instrumento estruturado para a transmissão de informação, sempre que se verificava necessidade de transferência de cuidados, bem como nos momentos de passagem de turno. Para tal, foi fundamental a revisão da norma da DGS de 2017 referente à comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, a qual defende que a utilização da técnica ISBAR contribui para a uniformização da comunicação entre profissionais e para a segurança do doente (DGS, 2017b).

No que respeita aos registos clínicos, procedemos à sua realização de forma rigorosa e atempada no sistema informático em vigor em cada contexto, garantindo a adequada documentação da avaliação, das intervenções realizadas e da evolução clínica, assegurando a manutenção da segurança do ambiente de cuidados e a continuidade dos mesmos.

O PNSD 2021-2026 e o Desafio Global para a Segurança do Doente 2021-2030 destacam a promoção da segurança do doente, nomeadamente na segurança da medicação, identificando como prioritários os Medicamentos de Alta Vigilância [MAV], os Medicamentos de Alerta Máximo [MAM] e os designados como *Look-Alike, Sound-Alike* [LASA], categorias associadas a maior risco de erro e que exigem medidas reforçadas de segurança na sua gestão (DGS, 2023).

Estima-se que uma proporção significativa dos eventos adversos associados à medicação seja evitável (Teixeira *et al.*, 2024). Os mesmos autores evidenciam que a fase de administração representa uma das etapas mais críticas do processo medicamentoso, reforçando a necessidade de adoção de estratégias de segurança, nomeadamente a aplicação dos denominados certos da medicação. Dado que a preparação e a administração de terapêutica constituem intervenções

autónomas de enfermagem, estes profissionais assumem um papel determinante na prevenção de erros de medicação. A DGS (2023) preconiza, na preparação e administração de terapêutica, a verificação de cinco critérios essenciais: “(a) identificação inequívoca do doente; (b) nome do medicamento; (c) dose do medicamento; (d) via de administração; (e) hora de administração” (DGS, 2023, p.5). Teixeira *et al.*, (2024) acrescentam quatro critérios: o registo correto da administração terapêutica, o conhecimento sobre a medicação, a educação do doente para a saúde e a verificação de alergias.

Pudemos constatar que os contextos de estágio se encontravam em conformidade com as orientações preconizadas para a identificação e sinalização dos medicamentos de alto risco, promovendo práticas facilitadoras de uma gestão segura. Durante a nossa atuação seguimos os princípios para uma preparação e administração segura de terapêutica, nomeadamente através da dupla verificação da identificação do doente e da medicação prescrita, da confirmação da dose, via e horário de administração, da validação de alergias medicamentosas e da realização do registo no processo clínico. Foi igualmente assegurada a informação aos doentes sempre que o seu estado clínico o permitia, promovendo a sua participação no processo terapêutico. Estas práticas contribuíram para a redução do risco de erro medicamentoso e para a promoção de cuidados seguros e baseados em evidência.

A utilização de escalas validadas de avaliação dos doentes assume atualmente particular relevância, enquanto instrumento de monitorização das práticas clínicas, de desenvolvimento de indicadores de qualidade e de ganhos em saúde, bem como no âmbito da investigação. Quando aplicadas de forma individualizada, estas escalas permitem identificar e priorizar problemas, facilitar a comunicação entre profissionais, apoiar a tomada de decisão e monitorizar a evolução do estado de saúde e a resposta às intervenções terapêuticas (Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, 2020).

Foram várias as escalas validadas que aplicámos nos contextos durante a avaliação da PSC permitindo uma monitorização objetiva e orientada para a tomada de decisão. Entre os instrumentos utilizados destacamos a *National Early Warning Score* [NEWS] na identificação de deterioração clínica; a *Full Outline of UnResponsiveness* [FOUR] Score para avaliação do estado neurológico; a Escala de Coma de *Glasgow* para avaliação do nível de consciência; a *Richmond Agitation-Sedation Scale* [RASS] para monitorização do nível de sedação e agitação; a Escala Numérica da Dor e a *Behavioral Pain Scale* [BPS] para avaliação da dor em doentes conscientes e sob VMI, respetivamente; a Escala de Braden para avaliação do risco de lesões

por pressão; e a Escala de Morse para avaliação do risco de quedas. A sua aplicação integrou o processo de avaliação diagnóstica de enfermagem, sustentou o planeamento de cuidados individualizados e permitiu a monitorização da evolução do doente, com impacto direto na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

Ainda, no âmbito deste domínio, foi possível, durante um turno, acompanharmos a enfermeira supervisora do SUP, que desempenha igualmente funções como elo de ligação à UL-PPCIRA nas auditorias relativas à higienização das mãos, à utilização adequada de luvas e ao cumprimento das PBCI. Também foi possível assistirmos a uma reunião que envolveu todos os enfermeiros elos de ligação, na qual foram apresentados e analisados os resultados das auditorias realizadas nos meses anteriores. Este momento permitiu-nos compreender a importância da monitorização sistemática de práticas, da análise de indicadores e da implementação de estratégias, enquanto componentes essenciais da governação clínica e da promoção da cultura de segurança e qualidade dos cuidados.

Desta forma, podemos concluir que participámos ativamente nas dinâmicas institucionais nos contextos de estágio, ao estarmos presentes na reunião dos elos de ligação à UL-PPCIRA e em sessões de formação dirigidas à equipa. De igual modo, desenvolvemos e disponibilizámos uma *checklist* relativa ao transporte intra-hospitalar de doentes sob VMI, temática enquadrada nas áreas identificadas como prioritárias para atualização pelos grupos de trabalho do SMI. Estas atividades contribuíram para a uniformização de procedimentos e para a promoção da qualidade dos cuidados, reforçando a intervenção ativa na melhoria contínua das práticas e na dinamização de estratégias orientadas para a segurança da PSC.

Considerámos também bastante pertinente a realização, em todos os contextos, de *debriefing* em conjunto com a enfermeira supervisora. Ao refletirmos criticamente sobre as práticas desenvolvidas nos contextos clínicos, foi possível analisar intervenções, decisões clínicas e dinâmicas multidisciplinares, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria e reforçar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, contribuindo para a promoção de um ambiente terapêutico. Constituiu, assim, uma ferramenta essencial no nosso processo de aprendizagem e na consolidação de uma prática reflexiva orientada para a melhoria contínua da qualidade.

A aplicação do MMPBE de Larrabee pelo Enfermeiro Especialista encontra-se alinhada com a melhoria contínua da qualidade ao identificar áreas problemáticas na prática clínica, analisar processos e resultados, implementar intervenções fundamentadas e monitorizar o seu

impacto, promovendo ganhos em saúde (Larrabee, 2011). Para tal, o Enfermeiro Especialista mobiliza o pensamento crítico, incorpora a evidência científica recente na tomada de decisão, lidera projetos de melhoria e avalia os respetivos resultados.

Face ao exposto, consideramos ter adquirido e consolidado a competência comum no domínio da melhoria contínua bem como as competências de Mestre em Enfermagem associadas a este.

<u>Domínio da Gestão dos Cuidados</u>	
Competências Comuns do EEEMC à PSC	Competência de Mestre em Enfermagem
“C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”; “C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019b, p. 4748).	“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” (PCM, 2018, p. 4162).

O Enfermeiro Especialista deve possuir competências de liderança e gestão que lhe permitam liderar equipas e sistemas de saúde, assumindo um papel ativo na organização dos recursos e dos cuidados, na tomada de decisão e na promoção da qualidade dos cuidados (Ramos *et al.*, 2023). Os mesmos autores afirmam que um líder se caracteriza por exercer a sua influência direta na prática, sendo reconhecido pelos pares pelas suas competências técnico-científicas, experiência, capacidade de construir equipas coesas, estabelecer relações interpessoais eficazes, promover o compromisso profissional e incentivar a melhoria contínua da prática.

Também Santos *et al.*, (2022) defendem que o estilo de liderança em enfermagem exerce uma influência significativa na dinâmica e no desempenho das equipas. Acrescentam que o contexto dos cuidados de saúde exige um estilo de liderança forte, tanto a nível individual como organizacional, na medida em que as decisões e os comportamentos dos líderes têm impacto direto e indireto nas equipas. Evidenciam ainda que as características associadas a uma liderança eficaz incluem fortes competências de comunicação, perceção de apoio por parte dos líderes, promoção da autonomia profissional, governação partilhada com o envolvimento ativo dos profissionais nos processos de decisão e empoderamento, contribuindo para a criação de ambientes de trabalho mais positivos (Santos *et al.*, 2022).

Ao compreender as características, necessidades e potencialidades da sua equipa, o líder influencia diretamente a capacidade desta para atingir metas e alcançar um desempenho elevado, otimizando resultados (Santos *et al.*, 2022). Os autores salientam que, para além de os capacitar, é essencial reconhecer e valorizar o trabalho desenvolvido pelos pares, promovendo a motivação e o compromisso com a excelência dos cuidados. Referem ainda que as equipas de enfermagem lideradas por gestores eficazes apresentam níveis elevados de satisfação e bem-estar, com consequente redução de rotatividade entre serviços (Santos *et al.*, 2022).

Posto isto, podemos inferir que a qualidade e a segurança dos cuidados não decorrem exclusivamente das competências individuais dos membros das equipas, mas resultam igualmente de uma gestão adequada, eficaz e estrategicamente orientada por parte do enfermeiro gestor. Assim, este é encarado como o enfermeiro que “detém um conhecimento efetivo (...) no domínio específico da gestão em enfermagem, (...) garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, (...)”, e é “o motor do desenvolvimento profissional (...) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado (...)” (OE, 2015c, p. 5949). É considerado “o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos (...)” (OE, 2015c, p. 5949).

A UC de Políticas e Gestão em Saúde revelou-se fundamental para o desenvolvimento deste domínio de competência, ao fomentar a compreensão do enquadramento organizacional e estratégico dos serviços de saúde. Esta permitiu consolidar conhecimentos relativos às políticas de saúde, aos modelos de governação clínica e aos diferentes estilos de liderança, favorecendo o desenvolvimento de competências de liderança e gestão em enfermagem, essenciais para a coordenação de equipas e para a participação ativa na melhoria contínua dos serviços.

Complementarmente, participámos no *Webinar* Desafios da Gestão em Enfermagem promovido pela OE (Anexo II), que permitiu consolidar conhecimentos, através da reflexão sobre temáticas atuais como a escassez de recursos humanos em enfermagem, a relação entre a qualidade, segurança e resultados em saúde, a sustentabilidade organizacional e os desafios inerentes à liderança e gestão de equipas.

Com o objetivo de adquirir e consolidar competências neste domínio, realizámos um turno de acompanhamento às funções de gestão no CRI, com a enfermeira gestora, e no SUP e no SMI, com as enfermeiras coordenadoras de turno.

Durante estas experiências observámos o estilo de liderança das mesmas, a complexidade inerente ao exercício da gestão em contexto clínico, marcado pela constante articulação entre a gestão dos recursos humanos, materiais e organizacionais, bem como pela participação ativa em processos de tomada de decisão relacionados com a prestação de cuidados. Pudemos acompanhar e perceber como se procede à realização dos pedidos semanais relativos ao material de consumo clínico, pedidos de medicação à farmácia e pedidos de assistência técnica de equipamentos.

Os turnos de acompanhamento à gestão constituíram momentos particularmente desafiantes, dado que nunca tínhamos desempenhado diretamente funções de gestão ou coordenação no serviço onde exercemos funções enquanto enfermeiras. A vivência desta experiência representou uma oportunidade significativa de desenvolvimento profissional. Foi igualmente crucial, ao longo dos estágios, o conhecimento progressivo do espaço físico, da sua organização, da localização dos materiais e do funcionamento dos equipamentos, favorecendo uma prática segura e progressivamente autónoma.

No SMI, foi possível participarmos na alocação dos doentes internados aos enfermeiros, a qual era feita com base no preenchimento do TISS 28 de cada doente, em todos os turnos da manhã, e ainda tendo em conta o grau de diferenciação, experiência e competências de cada enfermeiro, assegurando uma adequação entre as necessidades do doente e os recursos humanos disponíveis. Esta metodologia evidencia uma gestão criteriosa e fundamentada, orientada para a garantia da promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

Importa referir que em todos os estágios, as enfermeiras supervisoras desempenhavam funções de responsável de equipa, em alguns turnos, o que nos possibilitou a observação do seu estilo de liderança, da gestão dos recursos humanos, materiais e equipamentos, e ainda, da resposta a intercorrências emergentes, tal como a necessidade de transporte inter-hospitalar da PSC, que se verificou num turno no SUP. De modo a dar resposta a estas situações imprevistas, encontra-se instituída uma escala de prevenção destinada a assegurar o transporte inter-hospitalar de doentes, procurando, deste modo salvaguardar as dotações seguras da equipa. Contudo, esta escala nem sempre se encontra garantida diariamente, e nessas circunstâncias, o transporte é assegurado por um enfermeiro escalado do próprio serviço, implicando uma reorganização interna face à diminuição temporária de recursos humanos disponíveis.

Esta realidade permitiu compreender a importância da capacidade de gestão de prioridades e de tomada de decisão do enfermeiro responsável de equipa na reorganização do serviço,

garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados. Estas situações foram discutidas com a enfermeira supervisora, o que nos permitiu refletir sobre a importância da coordenação eficaz das equipas, da gestão adequada dos recursos e da adaptação organizacional nestes contextos de elevada imprevisibilidade.

A tomada de decisão assumiu um papel central no exercício destas funções, exigindo avaliação contínua das situações clínicas, a definição de prioridades e a mobilização de recursos adequados. Este processo ocorreu frequentemente em articulação com a equipa multidisciplinar, promovendo decisões partilhadas e sustentadas em evidência científica. O trabalho em equipa foi determinante, ao promover a interdependência funcional, a comunicação eficaz e a partilha de responsabilidades entre os profissionais, essencial para a gestão de situações complexas e para a segurança e qualidade dos cuidados.

Durante o exercício das funções de responsável de equipa, competia-nos igualmente proceder ao registo das ocorrências verificadas ao longo do turno, em livro próprio, o qual era posteriormente transmitido ao responsável de turno seguinte. No SUP, acrescia-nos a responsabilidade de verificar o material existente na sala de emergência, assegurar a reposição do material e medicação em falta e testar o funcionamento de todos os equipamentos disponíveis. Inicialmente, este momento, representou um desafio, uma vez que não possuíamos experiência prévia na gestão da sala de emergência, nem no funcionamento de alguns equipamentos em específico. No entanto, o facto de a enfermeira supervisora desempenhar, na maioria dos turnos, funções de responsável de equipa facilitou o processo de aprendizagem. A sua orientação, disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiência promoveram maior segurança na superação deste desafio.

Em todos os contextos foi-nos possível observar que as enfermeiras supervisoras eram frequentemente procuradas pelos pares para apoio na tomada de decisão, em virtude da sua vasta experiência e formação diferenciada na área da PSC. Este reconhecimento por parte da equipa evidencia as suas funções de liderança, sustentadas nas competências técnico-científicas, na análise crítica e na segurança demonstrada na gestão de situações complexas, reforçando a importância da diferenciação profissional e da prática especializada como elementos estruturantes da qualidade e segurança dos cuidados.

No âmbito da gestão de cuidados na sala de emergência, a literatura sustenta que a dotação segura de enfermeiros e a sua presença em exclusivo neste espaço contribuem para uma atuação mais eficaz junto da PSC (Ferreira *et al.*, 2020).

Verificámos, no SUP, a alocação de um enfermeiro exclusivamente para a sala de emergência, realidade alinhada com as recomendações relativas às dotações seguras. Contudo, em situações de admissão simultânea de dois doentes, tornou-se necessária uma gestão acrescida, exigindo maior capacidade de priorização de cuidados, tomada de decisão célere, articulação da equipa multidisciplinar e coordenação de recursos humanos e materiais.

Foi igualmente exercida supervisão das tarefas delegadas, nomeadamente através da delegação da troca de roupa do doente à TAS após estabilização da PSC, mantendo-se simultaneamente a otimização do estado clínico do doente para posterior transição de cuidados. Durante a prestação de cuidados, assegurámos a supervisão das intervenções realizadas por outros profissionais, promovendo a execução segura e adequada dos procedimentos.

Estas situações constituíram oportunidades relevantes de aprendizagem, reforçando as competências de liderança, responsabilidade profissional e gestão de prioridades, contribuindo para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Relativamente ao método de trabalho, a literatura descreve dois grandes grupos: métodos centrados na tarefa e métodos centrados no doente. Os primeiros incluem o método de trabalho funcional, enquanto os segundos englobam o método individual, o método em equipa e o método de enfermeiro de referência (Parreira *et al.*, 2023).

Nos diversos contextos, observámos métodos de trabalho centrados no doente, mais especificamente o método individual. Este corresponde à atribuição da responsabilidade pela prestação de cuidados a um conjunto de doentes a um único enfermeiro durante um turno (Parreira *et al.*, 2023). Importa salientar que os enfermeiros em funções de gestão incentivavam a cooperação e a entreaajuda entre pares, promovendo o espírito de equipa.

Para Larrabee (2011), os enfermeiros líderes têm como objetivo a prestação do melhor cuidado aos doentes. Larrabee (2011) defende, ainda, que a liderança e a gestão são componentes essenciais para a implementação da evidência científica na prática e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A liderança e a gestão constituem um pilar fundamental do PNSD 2021-2026, sendo reconhecidas como dimensões essenciais para a consolidação de uma cultura de segurança nas organizações de saúde. Os líderes assumem a responsabilidade de disseminar práticas baseadas em evidência e os gestores asseguram a gestão eficaz dos recursos humanos e materiais,

garantindo a sustentabilidade das intervenções implementadas e a melhoria da qualidade dos cuidados (DGS, 2022a).

Por fim, consideramos ter adquirido e consolidado este domínio de competência relativo à gestão dos cuidados, tal como a competência de Mestre em Enfermagem que se interrelaciona com este.

<u>Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</u>	
Competências Comuns do EEEMC à PSC	Competências de Mestre em Enfermagem
“D1 – Desenvolve o autoconhecimento”; “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019b, p. 4749).	“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; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (PCM, 2018, p. 4162).

De acordo com a OE (2019b), o Enfermeiro Especialista evidencia capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que as suas emoções, valores e crenças influenciam diretamente as relações terapêuticas e profissionais. A Deontologia Profissional, no artigo n.º 109, afirma que os enfermeiros têm o dever de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015a, p. 82).

Neste sentido, iniciámos o nosso processo de autoconhecimento com o autodiagnóstico de competências realizado no 1.º ano do percurso formativo, essencial para a identificação de necessidades de desenvolvimento individuais. Este momento foi fundamental para a definição de objetivos orientados para a aquisição progressiva de competências, sustentando a elaboração do projeto de formação no âmbito da UC de Projeto em Enfermagem à PSC.

Demos continuidade ao processo de reflexão profissional identificando áreas de desenvolvimento decorrentes da nossa experiência profissional predominantemente em contexto de internamento, nomeadamente no que concerne à intervenção em situações de emergência, trauma, ativação de vias verdes e aplicação de protocolos específicos. Estas necessidades foram partilhadas e analisadas com as enfermeiras supervisoras do SUP e SMI, o que permitiu delinear estratégias orientadoras para a sua superação e para o desenvolvimento progressivo de competências.

A consciência destas áreas de melhoria constituiu um impulso determinante para a pesquisa de evidência científica atualizada no âmbito da PSC, das emergências médicas e das intervenções de enfermagem associadas. Este processo permitiu fundamentar a nossa prática em conhecimento validado e reforçar a segurança, a confiança e a qualidade dos cuidados prestados.

Para aprofundar esta competência, e no âmbito do projeto de formação delineado na UC de Projeto em Enfermagem, foi realizada uma *scoping review* sobre a eficácia da aspiração das secreções subglóticas na prevenção da PAI. Esta desenvolveu-se em consonância com os PQCEE em PSC, nomeadamente no referente à organização dos cuidados especializados e à prevenção de complicações, ao mobilizar evidência científica para fundamentar uma prática orientada para a segurança e qualidade dos cuidados. Neste percurso, a UC de Investigação em Enfermagem revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências de investigação científica, pensamento crítico e análise rigorosa da evidência, permitindo sustentar a prática em conhecimento validado e promover decisões fundamentadas.

Paralelamente, os conhecimentos adquiridos nas UC de Processos Complexos em Situação Crítica, Enfermagem à PSC I, bem como as competências desenvolvidas nos cursos de SAV no adulto, SAV pediátrico e *International Trauma Life Support* [ITLS] integrados na UC de Enfermagem à PSC II foram cruciais para a consolidação da prática clínica nos contextos de elevada complexidade onde decorreram os estágios.

A enfermagem é amplamente reconhecida como uma profissão de elevada exigência e complexidade, uma vez que implica a mobilização de múltiplos domínios de competência, incluindo conhecimentos técnico-científicos, competências instrumentais, comunicacionais e relacionais. A dimensão humana do cuidado assume particular relevância, sendo as emoções e as interações interpessoais elementos basilares da prática de enfermagem. A prestação de cuidados à PSC gera um impacto emocional significativo decorrente da gravidade da situação e da proximidade constante com o sofrimento e o risco de vida (Catalão *et al.*, 2024).

A capacidade do enfermeiro para reconhecer, compreender e regular as próprias emoções, bem como para lidar com as emoções dos doentes e das suas famílias, contribui significativamente para a satisfação dos mesmos e para a qualidade dos cuidados prestados (Catalão *et al.*, 2024). As situações de elevada complexidade que vivenciámos nos estágios e o contacto com a vulnerabilidade extrema da PSC constituíram momentos emocionalmente exigentes. A reflexão crítica e o apoio das enfermeiras supervisoras, bem como da equipa multidisciplinar, foram fundamentais para transformar o impacto emocional em aprendizagem. Estas situações exigiram uma adaptação progressiva e o desenvolvimento de resiliência emocional, permitindo gerir sentimentos de pressão, insegurança e responsabilidade acrescida.

A literatura evidencia que os enfermeiros estão suscetíveis a elevados níveis de *stress*, particularmente os que cuidam da PSC, devido à imprevisibilidade das situações que podem ocorrer, à elevada carga de trabalho e à exigência emocional (J. Almeida *et al.*, 2024). Neste contexto, foi essencial desenvolvermos estratégias de *coping* e de autorregulação emocional, promovendo uma gestão eficaz do *stress* e a prestação de cuidados seguros.

Foi, também, crucial a realização de momentos de reflexão diária e de análise crítica do nosso comportamento e da postura assumidos nos diferentes contextos clínicos e relacionais. A nossa prática pautou-se pela iniciativa, humildade, empatia, pelo respeito pela dignidade, pela capacidade de escuta ativa, comunicação eficaz e responsabilidade ética perante os doentes, a família e a equipa multidisciplinar. Assim, o autoconhecimento assumiu-se como um elemento fulcral da prática especializada, favorecendo intervenções humanizadas e alinhadas com os

princípios da segurança e excelência dos cuidados, bem como com os PQCEE em PSC nos domínios da satisfação e do bem-estar e autocuidado ao promover o estabelecimento de relações terapêuticas humanizadas e centradas nas necessidades dos doentes e da sua família.

A OE (2019b) preconiza que o Enfermeiro Especialista fundamenta a sua tomada de decisão na melhor evidência científica disponível, atualizada e pertinente ao contexto clínico, assegurando que as intervenções implementadas se encontram sustentadas em conhecimento válido e orientado para resultados em saúde. É também reconhecido como um agente ativo na promoção, produção e disseminação do conhecimento entre os pares, assumindo-se como facilitador dos processos de aprendizagem e de desenvolvimento (OE, 2019b).

O REPE no seu capítulo IV, artigo n.º 9.º, reitera que “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem (...)”, e “contribuem, no exercício da sua atividade, na área da gestão, investigação, docência, formação (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados (...)” (OE, 2015a, p.99).

Durante o nosso percurso formativo e de forma a contribuímos para a disseminação do conhecimento advindo da investigação elaborámos: um e-Póster intitulado Controlo da dor aguda no conforto do doente crítico, após realização de *scoping review* e apresentámo-lo nas 1as Jornadas Internacionais de Enfermagem (Anexo III), o qual recebeu menção honrosa pela comissão científica; e um e-Póster após *scoping review* com o tema Fatores que Influenciam a Preparação dos Enfermeiros para Responder a Situações de Emergência e Catástrofe, o qual apresentámos no 1º Seminário Internacional da Implementação da Ciência e da Enfermagem (Anexo IV; Anexo V).

Com a finalidade de mantermos os nossos conhecimentos em consonância com as evidências atuais participámos no Congresso Internacional de Controlo de Infecção (Anexo VI), no Congresso Internacional do Doente Crítico (Anexo VII) e frequentámos a *Masterclass* sobre a Ventilação Mecânica no Doente Crítico (Anexo VIII), participámos no 31.º Congresso da Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar (Anexo IX) no qual frequentámos o Curso sobre as Estratégias/Ferramentas na Implementação de Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção – Bundles (Anexo X), e assistimos ao *Webinar* intitulado O papel do enfermeiro no desmame ventilatório do doente crítico (Anexo XI). Realizámos, ainda, o Curso de Formação Profissional de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor da OE (Anexo XII).

Consideramos que a participação nestas iniciativas de carácter científico se revelou enriquecedora para o nosso percurso formativo, na medida em que as temáticas abordadas se

encontravam diretamente relacionadas com a PSC, sustentadas com evidência científica recente, contribuindo para o aprofundamento dos nossos conhecimentos. Para além de termos participado como formandas durante este percurso, fomos também formadoras, no SUP e no SMI com a apresentação da sessão de formação intitulada de Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI. Damos início também, tal como mencionado anteriormente, no CRI, à elaboração de um protocolo sobre a sedoanalgesia do doente submetido a cardiologia de intervenção.

A participação nos congressos científicos e a disseminação do conhecimento através da elaboração e apresentação de e-Posters após realização de *scoping reviews*, da apresentação das sessões formativas e da elaboração do protocolo, encontram-se intrinsecamente relacionadas com os PQCEE em PSC na organização dos cuidados especializados e na prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados, ao permitir a uniformização de práticas, atualização dos conhecimentos e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados; e com o MMPBE de Larrabee, ao integrar a identificação de necessidades, a pesquisa da evidência científica e a mobilização desta para a melhoria das práticas.

Deste modo, consideramos ter adquirido e consolidado este domínio de competência relativo ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como as competências de Mestre em Enfermagem que se relacionam com o mesmo.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências específicas inerentes ao EEEMC na área de Enfermagem à PSC, são três, nomeadamente: “1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica”; “2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”, e “3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, pp. 19363-19364).

De seguida será realizada uma análise detalhada sobre as atividades desenvolvidas nos estágios a fim de adquirir e consolidar estas três competências específicas e as competências de Mestre em Enfermagem que se interrelacionam entre si.

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

Competência de Mestre em Enfermagem

“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” (PCM, 2018, p. 4162).

Segundo Hesbeen (2000), o cuidar constitui uma arte de cuidar, que integra diferentes dimensões do saber, nomeadamente o conhecimento, as competências técnicas, o saber ser e a intuição, permitindo responder de forma adequada e individualizada às necessidades de cada Pessoa. Neste contexto, os enfermeiros para cuidarem do outro devem desenvolver intervenções sustentadas no conhecimento científico, na competência técnica e no pensamento crítico, orientadas para a promoção, manutenção e/ou recuperação do bem-estar dos doentes (Hesbeen, 2000).

O EEEMC à PSC desenvolve a sua prática centrada na PSC, assegurando a prestação de cuidados especializados. A PSC é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). Os cuidados de enfermagem à PSC caracterizam-se por serem altamente diferenciados, exigindo intervenção contínua, especializada e sustentada em conhecimento técnico-científico atualizado. Têm como objetivo responder às necessidades da PSC, assegurar a manutenção das funções vitais, prevenir complicações e limitar incapacidades, promovendo a sua recuperação (OE, 2018).

Benner *et al.*, (2011) defendem que o enfermeiro desenvolve um nível de perícia na prestação de cuidados à PSC à medida que consolida um conjunto de competências fundamentais para a prática clínica. Entre estas destacam-se a capacidade de estabelecer prioridades, mobilizar e aplicar conhecimentos na prática, ter raciocínio clínico perante situações de mudança e desenvolver conhecimento especializado. Acrescem a capacidade de resposta célere a alterações no estado clínico do doente, o sentido de responsabilidade e a tomada de decisão fundamentada, bem como a construção de uma relação interpessoal terapêutica (Benner *et al.*, 2011).

Assim, para o desenvolvimento desta competência específica, mobilizámos os conhecimentos adquiridos nas UC de Processos Complexos em Situação Crítica, Enfermagem

à PSC I, bem como as competências desenvolvidas nos cursos de SAV no adulto, SAV pediátrico e ITLS integrados na UC de Enfermagem à PSC II. Estas UC possibilitaram-nos o aprofundamento de conhecimentos relacionados com a abordagem à PSC, nomeadamente no que respeita à compreensão da fisiopatologia associada, à identificação precoce de sinais e sintomas e da atuação em situações de emergência e trauma. No âmbito da UC Enfermagem à PSC I elaborámos um estudo de caso referente à pessoa com hemorragia maciça, no qual procedemos à construção de um plano de cuidados de enfermagem fundamentado em evidência científica recente. Este trabalho contribuiu para o desenvolvimento do nosso raciocínio clínico na prestação de cuidados à PSC. Na UC de Processos Complexos em Situação Crítica desenvolvemos um cenário clínico para simulação, permitindo treinar e refletir sobre a atuação em diferentes situações características da PSC, promovendo o desenvolvimento de competências na tomada de decisão e na intervenção em contextos complexos.

A realização dos estágios em contexto do CRI, SUP e SMI constituiu um desafio acrescido, uma vez que, até então, a nossa experiência profissional era exclusivamente em contexto de internamento. Como elementos facilitadores na superação deste desafio, destacamos as enfermeiras supervisoras, que assumiram uma função determinante e positiva no processo de aprendizagem, contribuindo para a progressiva integração em cada contexto clínico e para o desenvolvimento do raciocínio clínico, a consolidação de conhecimentos e desenvolvimento das competências previstas. Estes contextos proporcionaram oportunidades de experiências significativas de aprendizagem na prestação de cuidados à PSC.

De referir que na fase inicial de cada contexto procedemos à consulta e análise rigorosa dos protocolos existentes nos serviços, e considerámos igualmente diretrizes e recomendações nacionais e internacionais, fundamentando a nossa intervenção em conhecimento científico recente e atualizado.

No CRI, pudemos participar no acolhimento e na preparação dos doentes admitidos para realização programada, nomeadamente TAVI, coronariografia, angioplastia e implantação de pacemaker. Para além da fase pré-procedimento, colaborámos também durante o período intra e pós-procedimento. Participámos igualmente nos procedimentos de angioplastia primária realizados em contexto urgente à PSC com EAM, proveniente da sala de emergência do SUP. Esta experiência permitiu acompanharmos a rápida articulação entre serviços e equipas, o que contribuiu para a prestação de cuidados diferenciados em situações emergentes. Colaborámos ainda nas consultas pré-TAVI e de *follow-up*, bem como na realização de AngioTAC e em

cardioversões programadas. No decorrer deste estágio elaborámos um estudo de caso centrado no doente submetido a TAVI, estruturado com base no Processo de Enfermagem [PE]. O PE define-se como o referencial científico que sustenta a prática de enfermagem, e engloba cinco etapas interdependentes: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação. O enfermeiro deve identificar e integrar dados clínicos relevantes para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, mobilizando competências diferenciadas de análise clínica. O raciocínio clínico assume-se como um elemento fundamental do PE, sustentando a tomada de decisão em todas as suas etapas (Sheehy, 2001).

No âmbito deste estudo de caso, mobilizámos o raciocínio clínico de forma contínua ao longo de todo o PE. Na avaliação inicial, procedemos à recolha e interpretação de dados, permitindo identificar prioridades e fatores de risco associados ao procedimento. Na fase de diagnóstico de enfermagem, a análise crítica da informação recolhida sustentou a formulação de juízos clínicos fundamentados. No planeamento, definimos prioridades orientadas pelo raciocínio clínico, estabelecemos objetivos terapêuticos individualizados e selecionámos intervenções baseadas em evidência científica recente. Durante a etapa de implementação, foi essencial adequar as intervenções à evolução do estado clínico do doente e às intercorrências verificadas. Por fim, na avaliação, monitorizámos os resultados obtidos e reavaliámos as intervenções implementadas.

A elaboração do estudo de caso possibilitou o aprofundamento de conhecimentos relativos à TAVI, através da pesquisa de evidência recente e da consulta de protocolos orientadores, sustentando as intervenções de enfermagem e a identificação precoce de sinais de alerta de possíveis complicações. Contribuiu também para a mobilização do PE não apenas enquanto ferramenta diagnóstica, mas como suporte à tomada de decisão. A evolução dos sistemas de saúde tem reforçado esta perspetiva, centrada na eficácia das intervenções, na avaliação de resultados e na otimização dos recursos disponíveis (Magalhães, 2020). Esta abordagem reflete os pressupostos do MMPBE de Larrabee (2011), ao integrar a evidência científica atualizada, o raciocínio clínico e as necessidades individuais do doente no processo de decisão.

No contexto do SUP realizámos a maioria dos turnos na sala de emergência, uma vez que a enfermeira supervisora desempenhava maioritariamente funções de chefia de equipa e de responsável pela mesma. Este facto possibilitou-nos um contacto mais próximo com a dinâmica da sala de emergência e com a prestação de cuidados à PSC, o que consideramos ter sido uma mais-valia para o nosso percurso.

A permanência na sala de emergência permitiu-nos colocar em prática os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, bem como aprofundar competências na avaliação da PSC, nomeadamente através da abordagem segundo a metodologia ABCDE. Esta metodologia corresponde à avaliação inicial da PSC, permitindo identificar rapidamente situações potencialmente fatais e definir prioridades de tratamento. Compreende cinco etapas: avaliação da permeabilidade da via aérea – A; avaliação da ventilação – B; avaliação da circulação – C; avaliação da disfunção neurológica – D; e exposição com controlo da temperatura – E (Soar *et al.*, 2025). Nos casos de vítimas de trauma, a sua avaliação inicia-se pelo controlo imediato da hemorragia, seguindo-se posteriormente a abordagem ABCDE (INEM, 2023).

Desenvolvemos, também, competências na avaliação do estado de consciência e da função neurológica, recorrendo à aplicação da Escala de Coma de *Glasgow* e da Escala FOUR, respetivamente. Estas revelaram-se fundamentais para a monitorização neurológica da PSC, permitindo identificar precocemente alterações do estado neurológico e orientar a tomada de decisão multidisciplinar.

Tivemos oportunidade, na sala de emergência, de prestar cuidados ao doente com acidente vascular cerebral [AVC], com EAM, com choque séptico, edema agudo do pulmão, vítima de trauma, grandes queimados, com taquidissrítias e bradiarritmias, bem como com situações de amputação traumática de membro. Para além disso, participámos na ativação da Via Verde AVC, coronária e sépsis, colaborando com a equipa multidisciplinar na rápida identificação, avaliação e intervenção. Sempre que atuámos perante vítimas de paragem cardiorrespiratória, regemo-nos pelos conhecimentos adquiridos nos cursos de SAV e ITLS. Esta atuação estruturada e orientada por protocolos reflete a incorporação da evidência científica na prática, conforme o preconizado por Larrabee (2011), assegurando intervenções seguras e centradas na PSC, e vai ao encontro dos PQCEE em PSC, nomeadamente no enunciado referente à prevenção de complicações.

De entre algumas experiências vivenciadas, recordamos a ativação do protocolo via verde AVC, em que recebemos um doente proveniente do pré-hospitalar, tendo sido possível participar na sua avaliação inicial. Posteriormente acompanhámos o doente durante o transporte intra-hospitalar até ao serviço de imagiologia para a realização de tomografia computadorizada crânio-encefálica em tempo útil, administrámos a terapêutica fibrinolítica assegurando simultaneamente a monitorização rigorosa do doente ao longo do processo, tal como o preconizado pela DGS (2017c) e pelo *Portugal Angels Nurse Task Force* (2025).

Recebemos igualmente doentes com EAM, provenientes do pré-hospitalar. Nestas situações, participámos na sua avaliação inicial e estabilização clínica, colaborando posteriormente no transporte intra-hospitalar do doente até ao serviço de hemodinâmica para angioplastia primária, após confirmação diagnóstica através de eletrocardiograma de 12 derivações, de acordo com Marques *et al.*, (2012) e a Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Durante um turno que realizámos na Triage, foi ainda possível procedermos à ativação da Via Verde Coronária, após a admissão de um doente que referia dor torácica com irradiação para o membro superior esquerdo, associada a dispneia. Perante esta sintomatologia, realizou de imediato eletrocardiograma de 12 derivações, que confirmou EAM, e encaminhámo-lo até à sala de emergência para continuidade dos cuidados. Estas experiências permitiram compreender a importância célere e coordenada da equipa multidisciplinar em situações tempo-dependentes, fundamentais para a melhoria do prognóstico do doente com AVC e com EAM.

No contexto do SMI, tivemos a oportunidade de prestar cuidados à PSC com instabilidade hemodinâmica, o que implicou a nossa intervenção contínua e a elaboração de planos de cuidados individualizados, adequados à condição clínica de cada doente. Esta estágio contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e para o reforço de competências previamente desenvolvidas nos outros contextos, nomeadamente, na monitorização hemodinâmica contínua, na ventilação mecânica invasiva, ventilação não invasiva, nas técnicas de substituição da função renal e deteção precoce de alterações no padrão do doente.

Durante este estágio colaborámos em diversos procedimentos técnicos. Destacamos a inserção de cateteres venosos centrais, de cateter específico para monitorização de PiCCO, de cateteres para terapia dialítica e de cateter arterial. Participámos também em procedimentos como a entubação e a extubação orotraqueal. Assegurámos, em todos eles, o cumprimento das recomendações e *guidelines* recentes com o objetivo de prevenir complicações, garantir a segurança da PSC e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados promovendo práticas seguras baseadas em evidência científica. Referimos a leitura da Norma Clínica da DGS 022/2015 atualizada em 2022 referente ao feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada com o cateter vascular central.

No SMI, tivemos ainda a oportunidade de partilhar a responsabilidade pela EEMI com a enfermeira supervisora, em dois turnos. No decorrer desses turnos, ocorreu apenas uma ativação da equipa para o Serviço de Medicina, motivada pela deterioração clínica de uma doente. Após avaliação pela equipa, verificou-se que a doente se encontrava em narcose, tendo-se procedido

à estabilização inicial com ventilação não invasiva. Posteriormente, a doente foi admitida no SMI para continuidade de cuidados diferenciados. Esta experiência permitiu-nos contactar de forma direta com a dinâmica de atuação da EEMI, crucial para o reforço das nossas competências, nomeadamente na rápida avaliação da PSC, de resposta a situações de deterioração clínica, na tomada de decisão e na articulação com a equipa multidisciplinar.

Em todos os contextos tivemos a oportunidade de participar no transporte intra-hospitalar da PSC, acompanhando-a até às valências necessárias. Previamente aos transportes procedemos à preparação do doente, assegurando a sua estabilização clínica e a verificação dos equipamentos e recursos necessários. Durante todo o processo, regemo-nos pelas recomendações emitidas, em 2023, pela SPCI e pela Ordem dos Médicos, garantindo a segurança e a continuidade dos cuidados ao longo do transporte.

Foi-nos possível constatar, no SMI, que a organização e a preparação do transporte apresentavam variações entre os profissionais, nomeadamente na verificação de equipamentos e recursos. Estas diferenças evidenciam abordagens distintas comprometendo a uniformização de práticas e a manutenção da cultura de segurança. Face a esta oportunidade de melhoria, propusemos ao enfermeiro gestor, à enfermeira supervisora e ao enfermeiro responsável pela formação em serviço a elaboração e apresentação de uma sessão formativa sobre o Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI, que foi aceite. Assim, elaborámos a sessão e o seu plano (Apêndice IV), e desenvolvemos uma *checklist* relativa ao transporte intra-hospitalar da PSC (Apêndice VI), com o objetivo de promover a sistematização e a uniformização das práticas. Este instrumento foi apresentado à equipa e disponibilizado para implementação no SMI. A elaboração e implementação da *checklist* vão ao encontro dos princípios do modelo de Larrabee, ao traduzirem a evidência científica em instrumentos de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

Relativamente à dor, esta é entendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, sendo o principal motivo para a procura dos cuidados de saúde (DGS, 2003). A dor foi instituída como o 5.º sinal vital pela DGS e "todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes" (DGS, 2003, p. 4). Assim, é um dever dos profissionais de saúde o controlo eficaz da dor e um direito dos doentes (DGS, 2003). A avaliação através de escalas validadas e o registo da intensidade da dor devem ser realizados de

forma contínua, de modo a otimizar a terapêutica instituída e a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes (DGS, 2003).

Pinho *et al.*, (s.d.) afirma que muitos profissionais de saúde desvalorizam a avaliação da dor na PSC, embora esta a experiencie frequentemente, tendo em conta os múltiplos procedimentos potencialmente dolorosos a que é submetida ao longo do seu internamento. Assim, torna-se fundamental a avaliação e a gestão adequada da dor nestes doentes (Pinho *et al.*, s.d.). O EEEMC à PSC é o profissional diferenciado que possui competências para fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19363). A avaliação e a gestão da dor integram igualmente os PQCEE em PSC.

Assim, no contexto do SMI, em que a maioria dos doentes internados se encontravam sob VMI e, portanto, com a comunicação verbal afetada, aprofundámos conhecimentos sobre a escala vigente no SMI para avaliação da dor, a BPS que se baseia em três indicadores comportamentais: a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador (Pinho *et al.*, s.d.). A utilização desta escala permitiu que desenvolvêssemos competências diferenciadas na avaliação da dor ao doente sob VMI, contribuindo para intervenções de enfermagem adequadas e uma melhor gestão da dor maximizando o conforto do doente. Esta prática encontra-se alinhada com os PQCEE em PSC, nomeadamente na promoção do bem-estar, refletindo igualmente os pressupostos do modelo de Larrabee ao integrar a avaliação, evidência científica atual e tomada de decisão centrada no doente.

No contexto do SUP, nomeadamente na sala de emergência, desenvolvemos também competências na avaliação e gestão diferenciada da dor na PSC. Para tal, foram utilizados diferentes instrumentos de avaliação adequados ao seu estado clínico. Nos doentes conscientes, realizámos a avaliação da dor recorrendo a escalas de autoavaliação, como a escala numérica da dor, enquanto nos doentes inconscientes foram aplicadas escalas comportamentais apropriadas, como a BPS. Esta abordagem, permitiu igualmente, uma avaliação individualizada e sistemática da dor, em consonância com os PQCEE em PSC e com a integração da evidência científica na prática conforme preconizado por Larrabee (2011).

Por sua vez, no CRI, a identificação de lacunas na gestão da dor dos doentes submetidos a cardiologia de intervenção durante o procedimento evidenciou a necessidade de uniformizar práticas nesta área. Face a esta necessidade, foi proposta a elaboração de um protocolo sobre a

sedoanalgesia direcionado a estes doentes, o qual iniciámos e mostrámos disponibilidade para continuar a desenvolver em conjunto com a equipa multidisciplinar (Apêndice II).

De modo a incrementarmos os nossos conhecimentos e competências na avaliação da dor frequentámos e concluímos com aproveitamento o Curso de Formação Profissional de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor da OE (Anexo XII).

Relativamente à comunicação, esta representa “um comportamento humano essencial para o funcionamento psicossocial” e assume um papel central no processo terapêutico (Sias *et al.*, 2022, p. 2). Envolve uma componente social que influencia a relação estabelecida entre profissionais de saúde, o doente e a sua família (Sias *et al.*, 2022). Através da comunicação, os profissionais de saúde conseguem compreender o doente que se encontra vulnerável pela sua condição de saúde e limitações associadas, possibilitando a prestação de apoio adequado (Sias *et al.*, 2022). Barikani *et al.*, (2024) corroboram que uma comunicação efetiva é inerente a todos os cuidados de enfermagem e assenta em três pressupostos: a congruência, que prima pela honestidade com o doente e a família; o respeito, que pressupõe a aceitação do doente; e a empatia, que traduz a capacidade de compreender o que a outra pessoa sente.

A comunicação com a PSC encontra-se frequentemente comprometida, resultante de fatores como a presença do tubo orotraqueal, a necessidade de sedação e a gravidade da condição clínica (Sias *et al.*, 2022). Os mesmos autores referem que, nestas circunstâncias, o doente pode experienciar desconforto por não conseguir expressar as suas necessidades ou sentimentos, o que pode aumentar o risco de erros, provocar alterações hemodinâmicas e gerar frustração tanto no doente como nos profissionais. Apesar da proximidade constante do enfermeiro com o doente, nem sempre existem estratégias de comunicação eficazes para responder a estas limitações, sendo essencial o desenvolvimento de competências diferenciadas facilitadoras da comunicação nestes contextos (Sias *et al.*, 2022).

O EEEMC à PSC é o enfermeiro mais capacitado para estabelecer e gerir “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e assistir a PSC e a família nas perturbações emocionais decorrentes (OE, 2018, p. 19363). A comunicação integra os enunciados descritivos dos PQCEE em PSC, nomeadamente na satisfação do cliente através da “implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica” (OE, 2015b, p. 17241) na PSC, “gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2015b,

p. 17241), e também no bem-estar e autocuidado através da “gestão da relação terapêutica” com a PSC e a família, e da “gestão do impacto emocional imediato decorrente” da situação vivenciada (OE, 2015b, p. 17242).

Sias *et al.*, (2022) referem que as estratégias de comunicação dirigidas à PSC sob VMI incluem o recurso a tabelas de comunicação, válvulas fonatórias, comunicação alternativa e aumentativa, e eletrolaringe. Destacam ainda as tabelas de comunicação como a opção mais acessível e facilmente aplicável. A comunicação aumentativa e alternativa engloba a utilização de gestos, expressões faciais, linguagem corporal, movimentos da cabeça, o toque com apertar de mãos, e ainda, o recurso a materiais como lápis e papel, letras do alfabeto e imagens (Sias *et al.*, 2022).

Durante o estágio no SMI, a comunicação com o doente ventilado representou para nós um desafio, tal como anteriormente referido. Contudo, a reflexão sobre a prática, articulada com momentos de análise reflexiva conjunta com a enfermeira supervisora e com o aprofundamento de conhecimentos relativos às estratégias facilitadoras da comunicação, permitiu estabelecer progressivamente uma interação mais eficaz com estes doentes. Para tal, utilizámos diversas estratégias, nomeadamente a tabela de comunicação, os gestos, movimentos de cabeça e toque, bem como a utilização de lápis, papel e letras do alfabeto. Ao utilizarmos estas estratégias atuámos em consonância com os PQCEE em PSC, e conforme o defendido por Larrabee (2011), transpondo a evidência científica para os cuidados.

De modo a estabelecermos uma relação terapêutica tanto com o doente como com a família, mobilizámos os conhecimentos adquiridos na UC de Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado à PSC. Nesta UC elaborámos um trabalho sobre a Comunicação de Más Notícias, que se revelou bastante importante na aquisição de competências sobre o Protocolo SPIKES, o qual utilizámos nos estágios sempre que tivemos de proceder à comunicação de informação delicada ao doente e à família. Este Protocolo engloba seis passos que devem ser seguidos pela seguinte ordem de maneira que o discurso flua entre o enfermeiro, o doente e a sua família: S – Preparar a entrevista (*Setting up the interview*); P – Perceber o doente (*Perception*); I – Convidar ao diálogo (*Invitation*); K – Conhecimento da informação (*Knowledge*); E – Expressão de emoções (*Emotions*); S – Resumir e definir estratégias (*Strategy and Summary*) (Mitchell, 2022).

A família da PSC vivencia frequentemente elevados níveis de ansiedade, incerteza e instabilidade emocional, uma vez que qualquer mudança num dos seus elementos influencia o funcionamento do sistema familiar como um todo (Galinha de Sá *et al.*, 2015). Os enfermeiros

encontram-se particularmente capacitados para identificar, avaliar e intervir junto das necessidades da família do doente, em virtude da sua presença contínua junto deste. Esta proximidade favorece o desenvolvimento de uma relação terapêutica permitindo ao enfermeiro compreender as necessidades emocionais, informativas e de apoio do doente e da família (Galinha de Sá *et al.*, 2015). Galinha de Sá *et al.*, (2015) referem que o cuidado à família se baseia na sua orientação no ambiente do serviço, no fornecimento de informação, na disponibilidade, na construção de uma relação terapêutica e na sua integração no processo de cuidados.

Em todos os contextos, procurámos promover a inclusão da família no processo de cuidados, sempre que tal se revelou possível. Participámos no acolhimento da família no momento da visita, procurando proporcionar um ambiente de maior segurança e confiança. Sempre que se verificou necessidade de comunicar informação delicada decorrente do estado clínico do doente, recorremos ao protocolo SPIKES, nomeadamente no SUP após estabilização do doente na sala de emergência e no SMI aquando da visita do familiar de referência. Assim, explicámos previamente à família qual era o estado clínico do doente e preparámo-la para o possível impacto visual decorrente da presença dos diversos dispositivos invasivos e equipamentos de monitorização. Durante a visita, acompanhámos igualmente a família, disponibilizando-nos para esclarecer dúvidas, prestar apoio emocional e facilitar a interação e comunicação com o seu familiar. A utilização de protocolos estruturados de comunicação, na prática, refletiu uma atuação fundamentada e centrada no doente e na sua família, em consonância com os PQCEE em PSC e com o preconizado por Larrabee (2011).

No que concerne aos registos de enfermagem, salientamos uma dificuldade sentida, no SMI, relacionada com o facto de não estarmos familiarizadas com o sistema informático *B-Simple*, o que implicou um período de adaptação e aprendizagem. No entanto passadas as semanas iniciais, conseguimos ultrapassar esta dificuldade com o apoio e orientação da enfermeira supervisora, possibilitando uma maior autonomia na realização dos mesmos.

Por último achamos pertinente reforçar a nossa participação em variados Congressos e Jornadas de cariz científico, fulcrais para o desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos baseados em evidência científica atual. Destacamos: as 1as Jornadas Internacionais de Enfermagem, para as quais elaborámos e apresentámos um e-Póster intitulado Controlo da dor aguda no conforto do doente crítico (Anexo III); o 1º Seminário Internacional da Implementação da Ciência e da Enfermagem (Anexo V); o Congresso Internacional do

Doente Crítico (Anexo VII) no qual frequentámos a *Masterclass* sobre a Ventilação Mecânica no Doente Crítico (Anexo VIII); assistimos aos *Webinars* intitulados: O papel do enfermeiro no desmame ventilatório do doente crítico (Anexo XI); Atualizações de 2025 no suporte avançado de vida (Anexo XIII) e Cuidar sob pressão: estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência (Anexo XIV).

Mantivemos uma postura de desenvolvimento contínuo da prática, orientada pelas preferências dos doentes, pela melhor evidência científica disponível e pelo conhecimento especializado partilhado pelas enfermeiras supervisoras e pelos enfermeiros peritos dos serviços, refletindo os pressupostos da PBE preconizados por Larrabee (2011) que defende a integração da evidência científica, da experiência clínica e das preferências do doente na prática diária.

Face ao exposto consideramos ter adquirido e consolidado esta competência específica em conjunto com a competência de Mestre em Enfermagem acima mencionada.

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

Competência de Mestre em Enfermagem

“b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (PCM, 2018, p. 4162).

A deontologia profissional emana que o enfermeiro tem como dever “ser solidário com a comunidade, de modo especial, em crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (OE, 2015a, p. 78). De acordo com a OE (2018), os cuidados à PSC podem emergir de contextos de emergência, situações de exceção ou cenários de catástrofe, circunstâncias que expõem a PSC a um risco iminente de vida e exigem uma atuação rápida, diferenciada e especializada por parte dos enfermeiros.

O desenvolvimento desta competência específica encontra-se relacionada com os PQCEE em PSC, particularmente nos enunciados da organização dos cuidados e da prevenção de complicações.

Em 2019, o *International Council of Nurses* [ICN] reconheceu a importância do desenvolvimento de competências na área da catástrofe, face ao aumento da frequência de eventos como epidemias, pandemias e desastres naturais a nível mundial (*International Council of Nurses* [ICN], 2019). Esta perspetiva reforça a necessidade de uma prática especializada sustentada na melhor evidência disponível, em consonância com Larrabee (2011), ao valorizar a identificação de necessidades da prática e a mobilização do conhecimento para uma resposta qualificada.

A catástrofe define-se “como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida (...)” (OE, 2018, pp. 19362-19363). Por sua vez, uma emergência “resulta da agressão sofrida por um indivíduo (...) que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” (OE, 2018, p. 19362) e necessita intervenção imediata. Por último, a situação de exceção engloba “um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p. 19362).

O EEEMC à PSC é o profissional que possui competências diferenciadas para atuar perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p. 19363). Esta competência está diretamente relacionada com os PQCEE em PSC quanto à organização dos cuidados especializados, que compreende a análise do contexto, a gestão de recursos, a tomada de decisão e articulação entre equipas, assegurando uma resposta estruturada e segura.

A UC de Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe teve um contributo significativo para o desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área. No âmbito desta UC, participámos num exercício de simulação de emergência adequado ao cenário proposto. Esta atividade permitiu aplicar conhecimentos teóricos em contexto prático, desenvolver competências de planeamento e organização da resposta e reforçar a importância da articulação entre equipas perante estas situações. Ainda nesta UC desenvolvemos um e-Póster intitulado Fatores que Influenciam a Preparação dos Enfermeiros para Responder a Situações de Emergência e Catástrofe (Anexo IV), após realização de uma *scoping review*, com posterior apresentação no 1º Seminário Internacional da Implementação da Ciência e da

Enfermagem (Anexo V). Assim sendo, o nosso percurso formativo foi ao encontro do defendido por Larrabee (2011), ao integrarmos a identificação de necessidades de aprendizagem, a pesquisa, a síntese da evidência com a sua transposição para os contextos e a disseminação do conhecimento contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Deste modo, para o desenvolvimento desta competência específica procedemos à consulta e análise dos Planos Internos de Emergência e Catástrofe, com o objetivo de compreender a organização da resposta dos contextos perante situações de emergência, exceção e catástrofe, contribuindo para uma preparação mais adequada face a estes cenários de elevada complexidade. De acordo com a DGS (2010), o Plano de Emergência tem como propósito orientar os profissionais de saúde relativamente aos procedimentos a adotar sempre que seja necessária a sua ativação. A sua eficácia depende da capacidade de resposta das equipas, da disponibilidade de recursos, bem como da antecipação e da comunicação eficaz. O Plano de Emergência reforça ainda a importância de uma cultura assente na prevenção, no planeamento, na segurança e na gestão do risco, fundamentais para assegurar uma atuação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais envolvidos (DGS, 2010). De referir, que tanto no SUP como no SMI, os Planos Internos de Emergência e Catástrofe se encontravam no momento de realização dos estágios sob revisão e atualização pelo gabinete de gestão do risco clínico constituído por EEEMC à PSC, enfermeiros gestores e diretores do serviço.

No âmbito da preparação institucional para situações de exceção e catástrofe, e da gestão de recursos materiais, foi-nos proporcionado o contacto com os kits existentes no SUP, organizados de acordo com o GPT, destinados à resposta em cenários de catástrofe. Estes incluem o material para triagem primária que inclui a folha de registo, as pulseiras de identificação de gravidade e etiquetas; a requisição de exames complementares como radiografia, tomografia computadorizada, eletrocardiograma, bem como os tubos de colheita de análises clínicas; gestão de espólio com envelope para valores, saco de transporte e braçadeira de identificação; e o documento referente à certificação do óbito. Durante um turno, participámos na verificação deste material, procedendo à reposição dos itens em falta e à verificação dos prazos de validade dos tubos de colheita para análises contribuindo para a operacionalidade dos kits e reforçando a prontidão e a eficácia da resposta em situações de catástrofe, em consonância com os PQCEE em PSC no enunciado referente à organização dos cuidados, na medida em que a preparação do material e a gestão antecipada dos recursos são determinantes para uma resposta segura e centrada na minimização de danos.

No SUP, o método de triagem primária utilizado em situações de exceção e catástrofe corresponde ao modelo adotado a nível nacional, designadamente o *Simple Triage And Rapid Treatment* [START]. Este método permite realizar uma triagem rápida perante um elevado número de vítimas, priorizando a gravidade da condição clínica ou das lesões, a probabilidade de sobrevivência da vítima e a capacidade de resposta da unidade hospitalar para acolher a PSC. A sua aplicação visa a otimização dos recursos disponíveis e a maximização do número de sobreviventes (INEM, 2012). A triagem secundária permite uma avaliação mais detalhada e rigorosa de múltiplas vítimas, recorrendo ao método *Triage Revised Trauma Score* [TRST], que engloba a avaliação da frequência respiratória, do estado de consciência e da pressão arterial sistólica, possibilitando uma estratificação mais precisa da gravidade clínica (INEM, 2012).

No SUP, não tivemos ao nosso cuidado vítimas de crime, pelo que não foi possível participar diretamente na identificação precoce de indícios de crime e na preservação de vestígios forenses. Não obstante, refletimos com a enfermeira supervisora sobre a atuação nestas situações, analisámos o protocolo instituído no serviço e a Orientação n.º 001/2022, de 09/02/2022, da DGS (2022d) relativa à atuação em situações de violência em adultos. Deste modo, foi-nos possível compreender os procedimentos de atuação, da preservação de vestígios e do registo clínico na devida plataforma. A UC de Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe contribuiu igualmente para a superação desta limitação.

A análise do Plano de Emergência Interno do SUP, permitiu compreender que, em caso de ativação, é acionada a cadeia de comando, procedendo-se à redefinição de prioridades, à mobilização de recursos humanos e materiais e reorganização do funcionamento do serviço. Esta reorganização inclui a adaptação dos métodos de triagem, o reforço das equipas, a articulação com os meios pré-hospitalares e com outras unidades hospitalares, bem como a garantia de uma comunicação contínua entre todos os intervenientes¹⁶.

Durante o estágio no CRI, ocorreu uma situação de exceção decorrente de um apagão elétrico a nível europeu, que condicionou o normal funcionamento do serviço e exigiu a ativação de medidas de contingência. Perante esta ocorrência houve uma reorganização célere da atividade programada, com suspensão da atividade não urgente e manutenção da resposta às situações emergentes e muito urgentes, nomeadamente ao doente com EAM. A liderança da resposta coube à enfermeira em funções de gestão, em articulação com a equipa multidisciplinar, assegurando a redefinição de prioridades, a gestão dos recursos e a

¹⁶ Informação retirada da página da Intranet da ULS onde foi realizado o estágio

continuidade dos cuidados. Foram acionados os geradores, garantindo o fornecimento de energia aos equipamentos indispensáveis ao funcionamento do serviço e à segurança dos doentes. Esta experiência permitiu compreender que, em situações de exceção, a capacidade de organização do serviço, a clareza na liderança, a comunicação eficaz entre profissionais e a gestão criteriosa dos recursos são determinantes para uma resposta estruturada, segura e eficaz.

No início do estágio no SMI, ao refletirmos com a enfermeira supervisora reconhecemos a necessidade de otimizar o planeamento de evacuação da unidade, considerando o seu impacto na segurança da PSC, na preparação da equipa e na qualidade dos cuidados prestados. A especificidade deste contexto, marcado pela elevada complexidade clínica, dependência tecnológica e necessidade de vigilância contínua, a resposta a situações de emergência, exceção ou catástrofe exige uma organização prévia, a definição clara de prioridades e articulação eficaz entre profissionais que assegurem a continuidade dos cuidados.

O estágio neste contexto evidenciou que, mesmo em condições consideradas normais, a prestação de cuidados à PSC exige elevados níveis de vigilância contínua, coordenação e rapidez na tomada de decisão. Se, nestas circunstâncias, já existem desafios inerentes à complexidade dos cuidados prestados aos doentes internados num SMI, em situações de emergência, exceção ou catástrofe, estes assumem uma condição de particular vulnerabilidade, uma vez que qualquer interrupção do suporte tecnológico, atraso na intervenção ou falha na comunicação pode comprometer gravemente a sua segurança, traduzindo-se em consequências potencialmente irreversíveis (Prasser *et al.*, 2025). Assim, tornou-se evidente que a organização do serviço para dar resposta a estas situações deve assentar na antecipação de riscos, na definição de circuitos e prioridades de evacuação, na clarificação de funções da equipa e na existência de orientações estruturadas. Embora o SMI assegure cuidados altamente diferenciados com capacidade de adaptação perante eventos críticos, a inexistência de um plano de evacuação formalmente estruturado configura uma vulnerabilidade com potencial impacto na segurança da PSC e dos profissionais.

Assim sendo, esta realidade motivou-nos a elaborar uma reflexão sobre o risco acrescido a que a PSC internada no SMI pode estar exposta perante a ausência de um planeamento de evacuação (Apêndice V). De acordo com a OE (2018), o EEEMC à PSC deve identificar fragilidades organizacionais, colaborar na conceção, implementação e revisão do plano de evacuação, bem como difundi-lo na equipa multidisciplinar, contribuindo simultaneamente para a formação contínua dos profissionais. Considerando que os cuidados à PSC exigem a

antecipação de riscos e a minimização de danos previsíveis, a reflexão desenvolvida foi disponibilizada ao serviço para consulta, com vista a sensibilizar os profissionais para a relevância de um plano de evacuação estruturado. Entendemos, assim, como prioritária a existência e implementação de um plano de evacuação que sustente processos de evacuação seguros, eficientes e coordenados, centrados na dignidade, segurança e continuidade dos cuidados à PSC, bem como na proteção dos profissionais de saúde. Ao identificarmos esta área de melhoria, atuámos segundo o que Larrabee (2011) defende, mobilizando evidência científica e reflexão, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os diferentes contextos de estágio possibilitaram o desenvolvimento desta competência específica, ao permitirem observar e analisar distintas formas de gestão e de organização da resposta perante situações de emergência e exceção, bem como participar na prestação e gestão de cuidados à pessoa em situação de emergência, em cenários de elevada complexidade clínica, assegurando as necessárias condições de segurança. No CRI, foi possível vivenciar uma situação real de exceção, identificando a importância da liderança, da redefinição de prioridades e da gestão de recursos. No SUP, contactámos com os kits de resposta para situações de catástrofe, analisámos as metodologias de triagem, bem como os procedimentos instituídos. No SMI, a análise do contexto evidenciou a necessidade de reforçar o planeamento da evacuação do serviço, atendendo à vulnerabilidade dos doentes e à complexidade da resposta exigida.

Embora não tenha ocorrido qualquer situação de catástrofe ou evento multivítimas durante os estágios, o que impossibilitou a participação direta em ações de planeamento, gestão ou prestação de cuidados nestes contextos, participámos em exercícios de simulação clínica de cenários de emergência e catástrofe, analisámos os planos internos de emergência dos contextos e realizámos pesquisa de evidência científica relacionada com a resposta a estes cenários.

Ainda com o objetivo de consolidar e adquirir novos conhecimentos fundamentados em evidência recente, assistimos ao *Webinar* intitulado de Capacitar para o improvável: Gestão de recursos em emergência médica e catástrofe (Anexo XV) e ao seminário intitulado de Reagir: Quando o impossível acontece – Gestão de recursos em emergência e catástrofe (Anexo XVI) desenvolvidos pela entidade Ocean Medical. Estas iniciativas formativas permitiram aprofundar conhecimentos sobre a gestão de recursos humanos e materiais em contexto de elevada imprevisibilidade, enfatizando a importância da liderança, da tomada de decisão sob pressão e da articulação eficaz entre equipas. Permitiram ainda o desenvolvimento de

competências na priorização de cuidados e na organização da resposta em cenários críticos, essenciais na prestação de cuidados à PSC.

Posto isto, julgamos ter adquirido e consolidado esta competência específica em conjunto com a competência de Mestre em Enfermagem acima descrita.

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

(OE, 2018, p. 19364).

Competência de Mestre em Enfermagem

“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” (PCM, 2018, p. 4162).

Tal como referido, anteriormente no capítulo referente ao enquadramento teórico, as IACS, particularmente as adquiridas em contexto de internamento hospitalar, bem como o crescente fenómeno da RAM decorrente da utilização alargada de antibióticos, configuram problemas de elevada relevância clínica e epidemiológica, assumindo-se como um importante problema de saúde pública. O agravamento destas problemáticas à escala mundial representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, exigindo uma resposta integrada e sustentada por parte dos profissionais e das instituições, com vista à promoção da segurança do doente (DGS, 2017a).

Considerando que cerca de metade das IACS são potencialmente evitáveis (OECD, 2018), a implementação de medidas de PCI assume particular relevância na redução da sua incidência, constituindo uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

De acordo com Cruz *et al.*, (2019), os cuidados prestados à PSC têm acompanhado significativos avanços técnicos e científicos, nomeadamente no recurso a múltiplos dispositivos invasivos de suporte à vida. Apesar de essenciais, estes dispositivos aumentam o risco de IACS ao comprometerem os mecanismos naturais de defesa do organismo. Neste sentido, torna-se fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam conhecimentos e competências diferenciadas que permitam prevenir e minimizar os riscos inerentes aos cuidados prestados à PSC.

A OE (2018) reitera que o EEEMC à PSC “responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (OE, 2018, p. 19364), tendo em conta “o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica para a manutenção da vida” (OE, 2018, p. 19364).

Para o desenvolvimento desta competência específica, importa salientar a relevância da mobilização das aprendizagens adquiridas na UC Segurança da PSC – Prevenção e Controlo das IACS. Nesta UC desenvolvemos um Plano de Prevenção e Controlo de Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina [SAMR]. Este teve como principais objetivos promover a segurança dos doentes e profissionais, otimizar a intervenção na PCI por SAMR e de RAM, e uniformizar práticas.

De acordo com a DGS (2013), as PBCI incluem a alocação de doentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de EPI, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, preparação e administração de injetáveis seguindo práticas seguras e a exposição a agentes microbianos.

Tanto no SUP como no SMI, verificámos a existência de quartos de isolamento destinados a doentes com risco de transmissão de microrganismos, assegurando condições adequadas de PCI. No CRI, apesar de não existirem salas exclusivas para estes casos, era garantida a higienização e desinfeção rigorosa dos espaços e equipamentos após a realização de cada procedimento. Destacamos, em todos os contextos, o trabalho rigoroso e sistemático das TAS, nomeadamente na desinfeção frequente do equipamento clínico e das áreas destinadas à prestação de cuidados.

Ao longo dos estágios, bem como no nosso exercício profissional diário, desenvolvemos a nossa prática em conformidade com as recomendações preconizadas para a minimização do risco de infeção. Para tal foi fundamental a leitura de normas e orientações nacionais e internacionais, atuando de acordo com a evidência científica atual. Neste sentido, assegurámos o cumprimento rigoroso dos cinco momentos da higienização das mãos, a utilização adequada de EPI e o respeito pela etiqueta respiratória. De referir que, no SMI, realizámos os rastreios de *Enterobacterales* produtores de cabapenemases e de SAMR sempre que admitimos um doente, procedendo posteriormente à sua descolonização e à repetição dos rastreios, cumprindo o emanado pela norma clínica 004/2023 da DGS.

Nos diferentes contextos, existiam enfermeiros elos de ligação com a UL-PPCIRA cujas responsabilidades são a garantia de “práticas locais de isolamento para contenção de agentes multirresistentes, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes, de acordo com a gestão de prioridades de risco” e asseguram “o fluxo de informação no serviço/unidade no âmbito da contenção de agentes multirresistentes”¹⁷. Foi possível observar o recurso frequente dos enfermeiros aos elos de ligação sempre que eram recebidas notificações de rastreios microbiológicos positivos através do sistema informático *Hepic*. Esta articulação permitia esclarecer dúvidas, uniformizar procedimentos e assegurar a implementação adequada das medidas de isolamento, reforçando a importância destes profissionais enquanto elementos de referência nos Serviços.

Em consonância com as orientações mencionadas, ao implementarmos as medidas de isolamento, tivemos sempre em consideração a via de transmissão dos microrganismos identificados. À entrada das unidades de internamento era colocada a sinalização com informação relativa ao microrganismo, a respetiva via de transmissão e o EPI necessário, garantindo a proteção dos profissionais e das visitas. Sempre que o doente se encontrava em isolamento, antes da entrada da sua visita, procedíamos à explicação prévia acerca dos procedimentos a adotar, promovendo o cumprimento das medidas de PCI.

No âmbito desta competência específica, tivemos a oportunidade de realizar um estágio de observação na UL-PPCIRA da ULS onde decorreram os estágios nos contextos do CRI e SUP. Os objetivos gerais desta UL-PPCIRA encontram-se em consonância com os objetivos emanados pelo MS (2022), no Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, referidos anteriormente. Para a concretização desses objetivos, compete à UL-PPCIRA planejar, implementar e monitorizar práticas de PCI e utilização adequada de antimicrobianos, contribuindo para o cumprimento da missão da respetiva ULS e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Esta Unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar e articula-se com os elos dinamizadores existentes nos diferentes Serviços. Neste âmbito, os gestores dos serviços, ou os profissionais por estes delegados, assumem-se como interlocutores fundamentais, na operacionalização e dinamização do plano de controlo de infeção do respetivo serviço¹⁸.

¹⁷ Citações retiradas de documento da ULS onde foi realizado o estágio de observação

¹⁸ Informação retirada de documento da ULS onde foi realizado o estágio de observação

Neste estágio de observação tivemos um contacto aprofundado com o sistema informático *Hepic*, um sistema de informação destinado à vigilância epidemiológica nas unidades de saúde. Entre as suas diversas funcionalidades, destacamos o envio automático de alertas para os diferentes serviços da ULS, permitindo a comunicação célere de resultados microbiológicos relevantes e facilitando a implementação atempada de medidas de PCI. Durante o estágio, analisámos os processos clínicos dos doentes com rastreios positivos, com o objetivo de verificar o registo do cumprimento das medidas de isolamento preconizadas nos registos de enfermagem. Destacamos a relevância dos registos de enfermagem enquanto suporte à comunicação interprofissional e à monitorização do cumprimento das medidas de PCI. Sempre que identificávamos incumprimento das medidas de isolamento dos processos analisados, procedíamos à notificação formal por *email* ao enfermeiro gestor e ao enfermeiro elo dinamizador do serviço, promovendo a correção de práticas e a melhoria contínua da segurança dos cuidados, tal como o preconizado no MMPBE de Larrabee (2011).

Em todos os contextos, a enfermeira supervisora desempenhava igualmente funções como elo de ligação à UL-PPCIRA. No SUP, pudemos acompanhar, uma das enfermeiras com esta função nas auditorias relacionadas com a higienização das mãos, a utilização adequada de luvas e o cumprimento das PBCI. Tivemos ainda a oportunidade de assistir a uma reunião com todos os enfermeiros elos de ligação, durante a qual foram apresentados e analisados os resultados das auditorias previamente realizadas, promovendo a reflexão sobre as práticas observadas e as oportunidades de melhoria no cumprimento das medidas de PCI. É da competência dos elos dinamizadores colaborar nas auditorias às práticas no seu serviço, supervisionar o cumprimento das práticas de controlo de infeção e participar nas reuniões promovidas pela UL-PPCIRA, quando convocados¹⁹.

No SMI, considerando a integração da ULS no programa STOP Infeção Hospitalar 2.0, a enfermeira assumia, em conjunto com o outro enfermeiro elo, um papel ativo na dinamização de práticas orientadas para a redução das IACS. Entre as competências dos elos dinamizadores, destacamos a operacionalização e promoção do cumprimento das recomendações emanadas pela UL-PPCIRA, bem como a sensibilização da equipa multidisciplinar para a adoção de medidas de PCI²⁰.

¹⁹ Informação retirada de documento da ULS onde foi realizado o estágio de observação

²⁰ Informação retirada de documento da ULS onde foi realizado o estágio de observação

A realização dos estágios sob supervisão de profissionais elos de ligação com a UL-PPCIRA aliada ao estágio de observação nesta unidade, permitiu-nos compreender de forma aprofundada organização, composição e o funcionamento da UL-PPCIRA. O contacto direto com as iniciativas desenvolvidas proporcionou-nos uma visão integrada das estratégias institucionais de PCI. Estas experiências evidenciaram a relevância do EEEMC à PSC na monitorização das práticas, na implementação de medidas preventivas e de melhoria contínua, bem como na promoção de uma cultura de segurança e qualidade na prestação de cuidados.

Sempre com o foco na maximização do conhecimento e na sua atualização, é pertinente referir a nossa presença no Congresso Internacional de Controlo de Infecção – CICI 2025 (Anexo VI); no 31.º Congresso da Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar, durante o qual frequentámos o Curso sobre Estratégias/Ferramentas na implementação de práticas de prevenção e controlo de infeções – Bundles (Anexo IX; Anexo X) e no Simpósio Digital – Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos (Anexo XVII) promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico. Acresce, ainda, para o desenvolvimento de aprendizagens termos assistido aos *Webinars*: CVC: dispositivo, aplicabilidade e boas práticas e utilização (Anexo XVIII); A ameaça das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção (Anexo XIX). De referir, igualmente, a realização com aproveitamento do Curso sobre Estratégias para Gestão da Resistência aos Antimicrobianos da DGS (Anexo XXI), que nos permitiu aprofundar conhecimentos sobre o uso prudente dos antimicrobianos, vigilância epidemiológica e implementação de medidas de prevenção da resistência microbiana. Contribuiu para uma maior consciencialização da importância do Enfermeiro Especialista na promoção de práticas seguras, na monitorização da terapêutica antimicrobiana, na sensibilização da equipa e na promoção da literacia dos doentes relativamente a este tema, assegurando a utilização responsável destes fármacos, reforçando a integração de PBE na prevenção da RAM e a intervenção ativa na promoção de políticas institucionais de segurança e qualidade dos cuidados.

Ainda no âmbito do desenvolvimento desta competência, destacamos a realização da *scoping review* sobre a eficácia da aspiração de secreções subglóticas, cujos resultados são apresentados neste relatório, bem como a leitura de artigos científicos recentes e a *Bundle* da DGS referente às intervenções que previnem a PAI. Realizámos ainda duas sessões formativas sobre a segurança do doente crítico durante o transporte inter-hospitalar e a prevenção da PAI.

As intervenções que desenvolvemos ao longo dos estágios encontram-se em consonância com os PQCEE em PSC, nomeadamente na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, e vão ao encontro do PNSD 2021-2026, através da implementação de medidas de PCI, da monitorização das práticas e da promoção de ambientes seguros para o doente e para os profissionais. De igual modo, orientámos a nossa prática conforme o defendido por Larrabee (2011). Assim, a mobilização da evidência científica atualizada, a participação em formações especializadas e a implementação de estratégias de prevenção da infeção e da RAM contribuíram para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

Desta forma, consideramos ter adquirido e consolidado esta competência específica em conjunto com a competência de Mestre em Enfermagem acima mencionada.

CONCLUSÃO

O presente relatório representa o culminar de um percurso formativo exigente e transformador, constituindo um momento de reflexão e de análise crítica sobre todo o processo de aprendizagem, desenvolvimento profissional e pessoal vivenciado ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica. A elaboração deste relatório permitiu integrar os contributos teóricos e científicos advindos do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências, da Prática Baseada em Evidências e das experiências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio. Destaca-se, neste percurso formativo, o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica e das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, evidenciadas no percurso académico e nos diferentes contextos clínicos.

A escolha do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee mostrou-se bastante pertinente enquanto referencial teórico orientador da prática e da reflexão crítica. Este modelo preconiza a identificação de lacunas nos contextos, a procura sistemática de evidência científica recente e a sua análise crítica, com subsequente implementação na prática. Em consonância com estes pressupostos, o percurso desenvolvido pautou-se pela procura contínua de conhecimento científico atualizado, promovendo simultaneamente a sua disseminação em eventos científicos, contribuindo para o avanço da Enfermagem enquanto Ciência, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a promoção de ganhos em saúde. Neste sentido, importa salientar a intenção de desenvolver e submeter para publicação um artigo científico resultante da *scoping review* realizada sobre o tema Eficácia da aspiração de secreções subglóticas na prevenção da pneumonia associada à intubação.

A abordagem das IACS como tema central deste relatório revelou-se crucial no contexto da PSC, refletindo a crescente preocupação à escala global com a prevenção e controlo da infeção em contextos de elevada complexidade. A vulnerabilidade característica destes doentes, associada à frequência de procedimentos invasivos, reforça a necessidade de intervenções

diferenciadas, sustentadas na mais recente evidência científica. Evidencia-se, ainda, o alinhamento com diversas diretrizes nacionais e internacionais, nomeadamente com o PNSD 2021-2026, que estabelece como prioridade a redução deste tipo de infeções, e com os PQCEE em PSC que integram a prevenção e o controlo de infeção como dimensão fundamental da qualidade e segurança dos cuidados.

A diversidade dos contextos de estágio foi bastante enriquecedora para o desenvolvimento deste percurso formativo. O CRI proporcionou o contacto com um contexto altamente diferenciado, caracterizado por vigilância rigorosa e pela prestação de cuidados em situações de elevada complexidade técnica e científica. O SUP evidenciou a necessidade de priorização, capacidade de resposta rápida, gestão de fluxos e permanente adaptação ao imprevisto. Por último, o SMI permitiu aprofundar competências relacionadas com a vigilância contínua e a intervenção em situações de instabilidade e risco iminente de falência orgânica.

Em conjunto, a realização dos estágios nestes contextos clínicos revelou-se determinante para a consolidação de conhecimentos e para a aquisição e desenvolvimento de competências diferenciadas, orientadas para a prestação de cuidados qualificados, seguros e centrados na PSC e na sua família.

Relativamente aos objetivos delineados com a elaboração do relatório, considera-se que o objetivo geral foi alcançado, através da descrição e análise crítica das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas durante o processo de aquisição das competências comuns, específicas e de Mestre. De igual modo, os objetivos específicos foram concretizados mediante a caracterização e apreciação reflexiva dos contextos de estágio, o enquadramento teórico que sustentou o percurso formativo e a análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns, específicas e de Mestre.

Reconhece-se que este percurso foi marcado por dúvidas, desafios e dificuldades inerentes à complexidade dos contextos clínicos e às exigências da formação avançada. Contudo, estas experiências constituíram oportunidades significativas de crescimento profissional, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico, da resiliência e da capacidade de tomada de decisão fundamentada na mobilização de saberes científicos, técnicos e humanos.

As implicações para a prática de enfermagem são evidentes, destacando-se a importância de uma atuação especializada, sustentada na melhor evidência científica disponível e orientada para a segurança do doente, a prevenção de complicações e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste contexto, salienta-se o Enfermeiro Especialista enquanto líder na promoção

de práticas seguras, na implementação de intervenções preventivas, na capacitação das equipas e na melhoria contínua da qualidade, contribuindo de forma efetiva para a segurança da PSC e para melhores resultados em saúde.

Assim, assume-se o compromisso profissional de manter uma postura de atualização contínua do conhecimento científico e de adotar uma postura proativa de mudança, partilha e disseminação do conhecimento entre pares, promovendo a investigação, a incorporação da evidência na prática e a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Pretende-se igualmente continuar a desenvolver as competências inerentes ao perfil do Enfermeiro Especialista e ao grau de Mestre, indo ao encontro do exercício profissional diferenciado, ético e centrado na excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência* (RT 14/2019). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos* (RT 09/2013, V.2024). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Akbiyik, A., Hepçivici, Z., Eser, I., Uyar, M., & Çetin, P. (2021). The effect of oropharyngeal aspiration before position change on reducing the incidence of ventilator-associated pneumonia. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 40, 615-622. <https://doi.org/10.1007/s10096-019-03789-4>
- Alexander, L., Aromataris, E., Barber, B., Barker, T., Bennet, C., Bhatarasakoon, P., Bjerrum, M., Brandao, E., Cardoso, A., Cardoso, D., Carrier, J., Colet, P., Cooper, A., Cooper, K., Corremans, M., Borges, K., Edwards, D., Enuameh, Y., Evans, C., ..., Ziqiang, L. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI
- Alkubati, A., Saghir, M., Al-Sayaghi, M., Alhariri, A., & Al-Areefi, M. (2023). Healthcare workers' knowledge of evidence-based guidelines for prevention of ventilator-associated pneumonia in Hodeida, Yemen. *Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology*, 34(2), 321-327. <https://doi.org/10.1515/jbcpp-2020-0388>
- Almeida, D., Pinto, M., Durão, M., Henriques, H., & Teixeira, J. (2024). Specialized nursing intervention on critically ill patient in the prevention of intubation-associated pneumonia: An integrative literature review. *Acute and Critical Care*, 39(3), 341-349. <https://doi.org/10.4266/acc.2024.00528>

- Almeida, J. C., Martins, M., & Imaginário, C. (2024). Análise da perceção dos fatores de stress em enfermeiros a trabalhar num serviço de urgência. *RevSALUS*, 6(3), 89-92. <https://doi.org/10.51126/263wdy13>
- Assembleia da República. (2005). Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto. *Diário da República*, 1.^a série - A(155), 4642-4686. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República*, 1.^a série(169), 56-61. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Barbosa, N., Cordeiro, B., Abrahão, A., Xavier, M., Carvalho, R., Silva, R., & Vieira, M. (2017). Educação em saúde: O uso da matriz SWOT para análise de projetos. *Revista de Enfermagem*, 11(11), 4298-4304. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25148-50449-1-SM.doc/pdf>
- Barikani, A., Negarandeh, R., & Ghasemi, E. (2024). The patients' preferences in breaking bad news: A scoping review. *Nursing Practice Today*, 11(2), 92-106. <https://doi.org/10.18502/npt.v11i2.15402>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. (2nd ed.). Springer.
- Borah, K., Ramamoorthy, L., Senthilnathan, M., Murugesan, R., Lalthanthuami, H., & Subramaniyan, R. (2023). Effect of fourth hourly oropharyngeal suctioning on ventilator-associated events in patients requiring mechanical ventilation in intensive care units of a tertiary care center in South India: A randomized controlled trial. *Acute and Critical Care*, 38(4), 460-468. <https://doi.org/10.4266/acc.2022.01501>
- Carrascosa, D., Adillo, Á., Bueno, C., Añón, J., Vizcaíno, V., & Redondo, I. (2020). Subglottic secretion drainage for preventing ventilator-associated pneumonia: An overview of systematic reviews and an updated meta-analysis. *European Respiratory Review*, 29(155), 1901707. <https://doi.org/10.1183/16000617.0107-2019>

- Cassai, A., Pettenuzzo, T., Busetto, V., Legnaro, C., Pretto, C., Rotondi, A., Boscolo, A., Sella, N., Munari, M., & Navalesi P. (2024). Chlorhexidine is not effective at any concentration in preventing ventilator-associated pneumonia: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, 4(30). <https://doi.org/10.1186/s44158-024-00166-2>
- Catalão, M. J., Carrajola, N., Gomes, B., & Silva, R. (2024). O impacto da inteligência emocional no cuidar do enfermeiro em cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(3), 1-12. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i3.352>
- Costa, A., Matias, A., Matos, J., Bajouco, M., & Sales, L. (2025). Ferramentas digitais na prevenção e controlo de infeção hospitalar. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP-Lisboa*, 17, 37-56. <https://salutisscientia.esscyp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32693>
- Cruz, J., & Martins, M. (2019). Pneumonia associated with invasive mechanical ventilation: Nursing care. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 87-96. <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Dewi, Y., Arifin, H., Pradipta, R., Qona'ah, A., Rorsita, R., Giatin, C., & Gauda, A. (2023). Efficacy of intermittent and continuous subglottic secretion drainage in preventing the risk of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis of randomized control trials. *Medicina*, 59(2), 283. <https://doi.org/10.3390/medicina59020283>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação n.º 007/2010 de 06/10/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma n.º 008/2011 de 28/03/2011. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012, atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal: Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números - 2015*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-902833-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 001/2017 de 08/02 /2012. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Norma n.º 015/2017 de 13/07/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma Clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_as_soc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Norma n.º 017/2022 de 19/12/2022. Notificação e gestão de incidentes de segurança do doente.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Norma n.º 001/2022 de 09/02/2022. Atuação em Situações de Violência em Adultos: Registo Clínico de Violência em Adultos - Registo de Saúde Eletrónico.* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012022-de-09022022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma n.º 008/2023 de 19/12/2023. Medicamentos de Alta Vigilância.* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Eid, M. H., Hambridge, K., Schofield, P., & Latour, J. M. (2025). Single-use versus multiple-use endotracheal suction catheters flushed with chlorhexidine in mechanically ventilated ICU patients: A study protocol of a feasibility randomized controlled trial with an embedded qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 30(4), e13227. <https://doi.org/10.1111/nicc.13227>
- Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem. (2020). *Diretório de escalas validadas para português europeu 2020.* <https://fcse.lisboa.ucp.pt/asset/6421/file>
- Ferreira, M., Silva, M., Teixeira, J., Lima, A., & Moreira, T. (2023). Factors that influence adherence to basic infection control precautions among nurses: Scoping review protocol. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(22), e27877. <https://doi.org/10.29352/mill0222.27877>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19086. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>

- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira, M. J., & Mendonça, S. (2023). *Normas de elaboração de trabalhos escritos*. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (1.^a versão).
- Galinha de Sá, F., Botelho, M. A. R., & Henriques, A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem – Revista Científica | Journal of Nursing*, 19(1), 31-46. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v19i1.102>
- Gaspar, M., Rinaldi, E., Mello, R., Santos, F., Nadal, J., Cabral, L., & Farago, P. (2023). Impact of evidence-based bundles on ventilator-associated pneumonia prevention: A systematic review. *The Journal of infection in Developing Countries*, 17(2), 194-201. <https://doi.org/10.3855/jidc.12202>
- Harley, J. (2024). How to undertake a scoping review. *Nursing standard*, 39(7), 46–49. <https://doi.org/10.7748/ns.2024.e12348>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. LUSOCIÊNCIA.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção* (Manual TAS). <http://bvabrant.es.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaisInem/manualSE.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). Orientação técnica n.º 29: *Abordagem do adulto vítima de trauma com suspeita/confirmação de choque hemorrágico*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/OT.029-01.DEM_.Abordagem-do-adulto-vitima-de-trauma-com-suspeita_confirmacao-de-choque-hemorragico.pdf
- International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in disaster nursing* (Version 2.0). https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Lacerda, M. R., Santos, M. I. M. P., Tonin, L., & Diogo P. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), e34542. <https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542>
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Prática baseada em evidências em enfermagem* (M. Zanatta, Trad.). AMGH Editora.
- Lopes, C. (2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma APA* (7.^a ed.). Edições ISPA.

- Macedo, R., Dias, A., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19-30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Magalhães, M. D. (2020). *A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros* [Tese de doutoramento em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa]. Repositório Digital de Publicações Científicas. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/34149>
- Marques, N., Faria, R., Sousa, P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V., & Jesus, Í. (2012). Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(10), 647-654. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2012.07.005>
- Mazwi, S., van Blydenstein, S. A., & Mukansi, M. (2023). Ventilator-associated pneumonia in an academic intensive care unit in Johannesburg, South Africa. *African Journal of Thoracic and Critical Care Medicine*, 29(4). e154. <https://doi.org/10.7196/AJTCCM.2023.v29i4.154>
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Ministério da Saúde. (2007). Despacho n.º 727/2007 de 15 de janeiro. Altera a definição das características da rede de serviços de urgência. *Diário da República*, 2.^a série(10), 1123. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2007/01/010000000/0112301124.pdf>
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho. Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Diário da República*, 2.^a série(120), 24668. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/06/120000000/2466724669.pdf>
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República*, 2.^a série(153), 20673-20677. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2.^a série(102), 13551. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

- Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 2757/2017, de 3 de abril. *Diário da República*, 2.^a série(66), 6154.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/04/066000000/0615306154.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro. *Diário da República*, 2.^a série(198), 27533.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>
- Ministério da Saúde. (2022). Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Diário da República*, 2.^a série(174), 93.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Mitchell, A. (2022). Breaking bad news. *Nursing Standard*, 37(10), 47-49.
<https://doi.org/10.7748/ns.2022.e11898>
- Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (2.^a ed.). Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). Combater a desigualdade: da evidência à ação – *Closing the gap: from the evidence to action*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Concetual. Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional do Enfermeiro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.^a série(123), 17240–17243.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. *Diário da República*, 2.ª série(48), 5949. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série(135), 19262-19364. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série(184), 144–147. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série(26), 4744–4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Pronúncia do Conselho de Enfermagem n.º 74/2020: Dotação segura em salas de angiografia*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21042/anonimizado_pronuncia-nº74_ce-dotação-sala-de-angiografia-e-cardiologia-de-intervenção.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 656/2021, de 16 de julho. Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série(137), 173. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho. Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2.ª série(131), 179-182. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

- Ordem dos Médicos. (2016). Regulamento n.º 707/2016, de 21 de julho. Regulamento de deontologia médica. *Diário da República*, 2.^a série(139), 22578. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/07/139000000/2257522588.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies. (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., & Marques, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. M. Martins, M. R. Santos, M. de L. de Souza, L. Sousa, L. Mónico, & F. H. do Prado (Eds.), *Gestão nas Organizações de Saúde* (Vol. 2, pp. 147-193). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas. https://www.researchgate.net/publication/368472162_Metodos_de_trabalho_para_a_prestacao_de_cuidados_de_enfermagem_Capitulo_3_-_Gestao_nas_Organizacoes_de_Saude_Volume_2
- Picado, A., Jiménez, F., Sánchez, M., Palomo, J., & Baños, M. (2022). Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation: Management and Preventive Aspects. *Applied Sciences*, 12(20), 10633. <https://doi.org/10.3390/app122010633>
- Pina, J., Veiga-Branco, M. A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Clinical efficacy questionnaire and evidence-based practice: Confirmatory factorial analysis in a nurse sample. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 137-145. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.13.00337>
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (s.d.). *Resultados: Plano nacional de avaliação da dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Pinto, A., & Mota, L. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: Scoping review protocol. *RevSALUS – Revista Científica Internacional da RAC*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Portugal Angels Nurse Task Force. (2025). *Guia de enfermagem do acidente vascular cerebral* (1.^a ed.). https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf

- Prasser, A., Beckert, J., Köhler, M., & Ewers, M. (2025). Complex care needs of people with technology dependence in disaster situations: A scoping review. *Healthcare*, 13(24), 3305. <https://doi.org/10.3390/healthcare13243305>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.^a série(157), 4162. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Ramos, O. M., Oliveira, R. C., Sá, J., Augusto, C., & Gomes, M. J. (2023). Influência da liderança clínica em Enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados: Protocolo de *scoping review*. *RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i2.494>
- Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). A influência dos estilos de liderança em enfermagem na dinâmica da equipa: Uma revisão sistemática. *Germinare – Revista Científica do Instituto Piaget*, 2, 70-82. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Stop Infecção Hospitalar 2.0*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/10/17/stop-infecao-hospitalar-2-0-2/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2025, 25 outubro). *Atendimentos em Urgência Hospitalar por Triage de Manchester*. Recuperado em 25 outubro, 2025, de <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atendimentos-em-urgencia-triagem-manchester/analyze/>
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (4.^a ed.). Lusociência.
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). The nursing intervention to promote communication with the person ventilated in an intensive care unit (ICU). *New Trends in Qualitative Research*, 13, e721. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Carmona Jiménez, F., Cimpoesu, D., Cole, G., Couper, K., D'Arrigo, S., Deakin, C. D., Ek, J. E., Holmberg, M. J., Magliocca, A., Nikolaou, N., Paal, P., Pocock, H., Sandroni, C., Scquizzato, T., Skrifvars, M. B., Verginella, F., ... Nolan, J. P. (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 adult advanced life support. *Resuscitation*, 215(Suppl. 1), 110769. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110769>

- Soares, M. (2012). *O Therapeutic Scoring System 28, A importância do seu registo numa unidade de cuidados intensivos* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76052/2/25304.pdf>
- Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: Quantos são os “certos”? *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP* – Lisboa, 16. <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32612>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teorias e teorias de médio alcance. In *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5.^a ed.). Lusociência.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>
- World Health Organization. (2023). *Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030* (EB154/8). [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/ipc/ipc-global-action-plan/who_gampf_w_annexes.pdf?sfvrsn=aef723f7_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/ipc/ipc-global-action-plan/who_gampf_w_annexes.pdf?sfvrsn=aef723f7_3)
- World Health Organization. (2024). *Surveillance of health care-associated infections at national and facility levels: Practical handbook*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101456>
- Yang, H., Wang, L., Liu, C., Bai, Y., & Zhang, R. (2024). Analysis of the positive effects of optimizing the sequence of attracting and suctioning below the glottis on the incidence of ventilator-associated pneumonia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 30(11), 154-159. <http://alternative-therapies.com/oa/index.html?fid=10141>

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de presença no Webinar “Desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

INÊS ISABEL BRANQUINHO CARRÃO

membro nº **96336** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar I - Desenvolvimento de Projetos de Melhoria Contínua em Enfermagem Médico-Cirúrgica"**, realizado no dia **14 de Maio de 2025**, com duração total de **2h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 14 de Maio de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

ANEXO II – Certificado de presença no *Webinar* “Desafios da Gestão em Enfermagem”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

INÊS ISABEL BRANQUINHO CARRÃO

membro nº **96336** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem**", realizado no(s) dia(s) **no dia 27 de Janeiro de 2026**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Assinatura manuscrita de Dora Lisa Rocha Franco em tinta preta.

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO III – Certificado de apresentação de e-Póster intitulado “Controlo da dor aguda no conforto do doente crítico”



ANEXO IV – Certificado de apresentação de e-Póster “Fatores que Influenciam a Preparação dos Enfermeiros para Responder a Situações de Emergência e Catástrofe”



Certificate of Poster Presentation

This is to certify that **Inês Carrão; Inês Pereira; Raquel Susana; Rogério Coroado; Sandra Estrada; Teresa Pimpão; Guida Amaral; Jorge Marques** and **Alice Ruivo** presented a poster entitled *“Factors Influencing Nurses' Preparedness in Responding to Emergency and Disaster Situations”* 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*



www.ess.ips.pt



On behalf of the Scientific Committee

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

ANEXO V – Certificado de participação no 1º Seminário Internacional da Implementação da Ciência e da Enfermagem

Seminar Main Topics

Implementation Science and Nursing
Keynote speaker - Mariana Bueno, PhD, RN, Assistant Professor-Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Canada

Simulation-Based Learning in Nursing: Exploring the Role of Virtual Reality
Keynote speaker - Dieter Vyt, MSc. N. Teamleader clinical education of the Bachelor program Nursing of Artevelde University of Applied Sciences Ghent, Belgium

Using Community-Based Participatory Research (CBPR) to Assess Barriers to Palliative Care Among Vulnerable Populations
Keynote speaker - Amisha Campos, PhD, RN, MPH, CHPN, Assistant Professor - UConn School of Nursing, USA

Family Surveillance Plan in the Transition to Parenthood: The Role of the Family Nurse
Milene Pereira; Sofia Medronheira; Edgar Canais

Promotion of communication and relational skills in professionals of a psychiatric service: specialized practice in Mental Health and Psychiatric Nursing
Alice Santos; Carlos Laranjeira

Neonatal stress scale: translation and cultural validation in Portugal
Mónica Costa; Filomena Gaspar; Isabel Costa Malheiro; Alice Curado

Death Literacy Beyond Classroom
Jane Kaju, RN APN MSc, Nursing lecturer in Tallinn Healthcare College (Estonia)

Evacuation of the critically ill person in an emergency/catastrophe situation in an Intensive Care Unit
Inês Lopes; Hugo Franco

Use of AI in the Fields of Practice and Knowledge Translation
Keynote speaker - Lucília Nunes, PhD, MSc. N, RN, Coordinating Professor - Department of Nursing, School of Health, Setúbal Polytechnic University, Portugal



SEI-CIM Nursing
1st International Seminar on
Implementation Science and Nursing
8th April 2025

Certificate of Attendance

This is to certify that **Inês Isabel Branquinho Carrão** has attended the **1st International Seminar on Implementation Science and Nursing**, held online on April 8th, 2025, with a total duration of 6 hours.

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



SAUDE
POLITÉCNICO SETÚBAL
SCHOOL · POLYTECHNIC UNIVERSITY



25
ANOS

On behalf of the Scientific Committee

Assinado por: **Hugo Miguel Martins Alves Franco**
Num. de Identificação: 10992739
Data: 2025.04.10 11:17:48+01'00'



ANEXO VI – Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

INÊS ISABEL BRANQUINHO CARRÃO

Participou no Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2025

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 27 e 28 de Março de 2025,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 28 de março de 2025

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Moraes



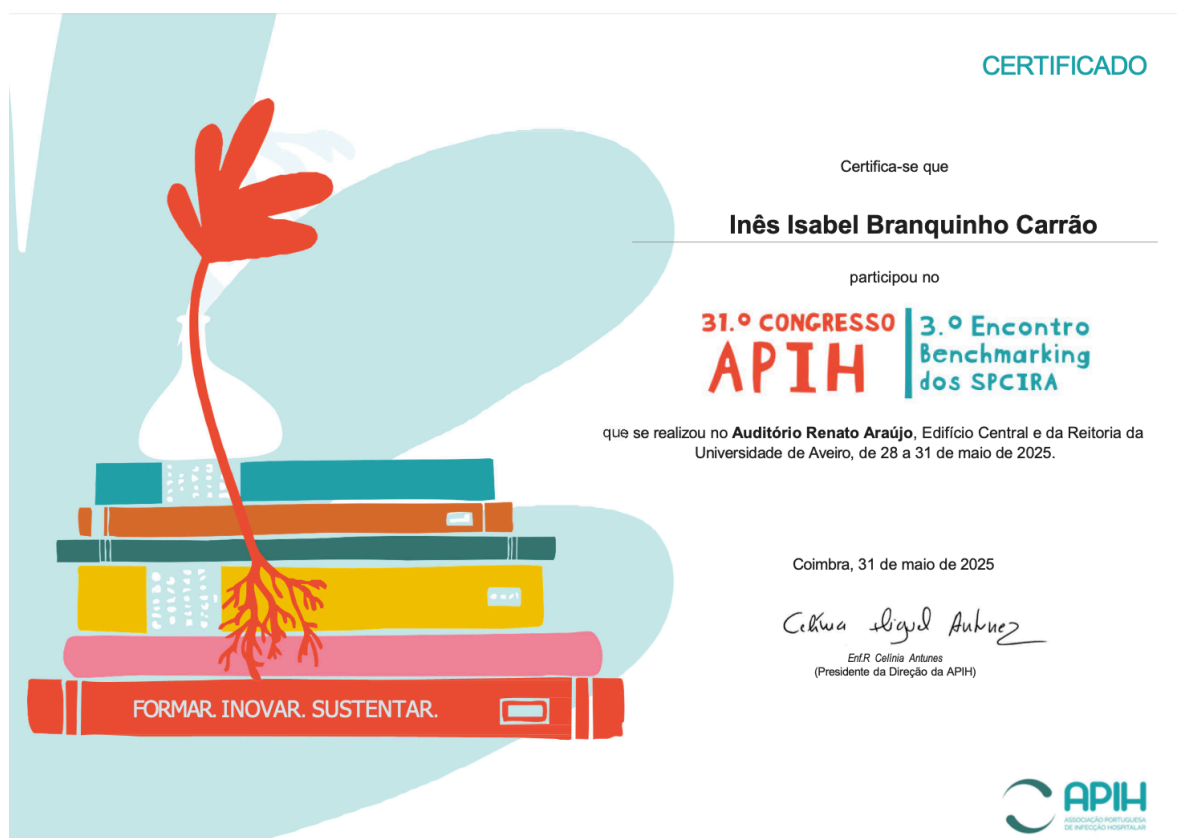
ANEXO VII – Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico



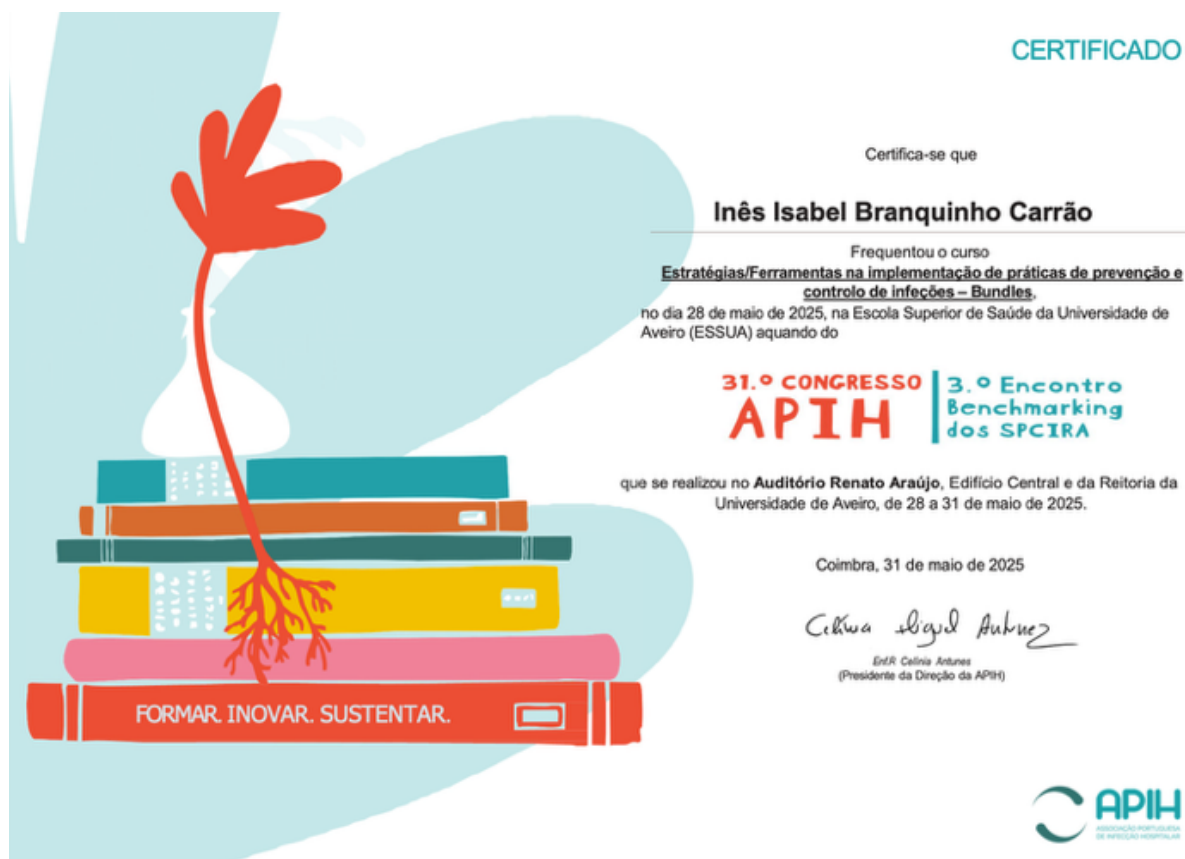
ANEXO VIII – Certificado de presença na *Masterclass* sobre a Ventilação Mecânica no Doente Crítico



ANEXO IX – Certificado de participação no 31.º Congresso da Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar



ANEXO X – Certificado de participação no Curso “Estratégias/Ferramentas na Implementação de Práticas de Prevenção e Controlo de Infecção – Bundles”



ANEXO XI – Certificado de participação no *Webinar* “O papel do enfermeiro no desmame ventilatório do doente crítico”



ANEXO XII – Certificado de Curso de Formação Profissional de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor da OE



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Inês Isabel Branquinho Carrão natural de Évora nascida em 04/09/1997, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 14675436 válido até 14/12/2025, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor – Básico, em 02/05/2025, com a duração de 30:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Enquadramento Conceptual	1:00	-
Natureza multidimensional da dor	4:00	-
Avaliação da pessoa com dor	4:00	-
Gestão e tratamento da Dor: Abordagem farmacológica e não farmacológica	6:00	-
Especificidades na gestão de dor	11:00	-
Papel e intervenção do Enfermeiro na Gestão da pessoa com Dor	4:00	-
Nota Final		17

Lisboa, 03 de junho de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 1340/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO XIII – Certificado de participação no *Webinar* “Atualizações de 2025 no suporte avançado de vida”



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Inês Isabel Branquinho
Carrão

participou no Webinar

**“Atualizações de 2025 no
suporte avançado de vida”**

realizado no dia **22 de
outubro de 2025**, com a
duração de 1 hora.

Dr. José Villa Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

ANEXO XIV – Certificado de participação no *Webinar* “Cuidar sob pressão: estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência”



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Inês Isabel Branquinho
Carrão

participou no Webinar “**Cuidar sob pressão: estratégias para lidar com o stress em contexto de urgência**” realizado no dia **23 de abril de 2025**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

ANEXO XV – Certificado de participação no *Webinar* “Capacitar para o improvável: Gestão de recursos em emergência médica e catástrofe”



Certifica-se que **Inês Isabel Branquinho Carrão**, nascido(a) em 04/09/1997, com o número de identificação civil ****5436, participou no webinar

// CAPACITAR PARA O (IM)PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

que decorreu em 20/12/2024, com a duração de 8 horas .

Porto Salvo, 20 de dezembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 242611381

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

ANEXO XVI – Certificado de participação no Seminário “Reagir: Quando o impossível acontece – Gestão de recursos em emergência e catástrofe”



Certifica-se que **Inês Isabel Branquinho Carrão**, nascido(a) em 04/09/1997, com o número de identificação civil ****5436, 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 260701397

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

ANEXO XVII – Certificado de participação no Simpósio Digital – Prevenção e Controlo de Infecção em Ambientes Críticos



ANEXO XVIII – Certificado de participação no Webinar “CVC: dispositivo, aplicabilidade e boas práticas e utilização”



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Inês Isabel Branquinho Carrão

participou no Webinar “**CVC:
dispositivo, aplicabilidade e boas
praticas de utilização**” realizado no dia
16 de outubro de 2024, com a duração
de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

ANEXO XIX – Certificado de participação no Webinar “A ameaça das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção”



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Inês Isabel Branquinho
Carrão

participou no Webinar “**A ameaça das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: impacto e prevenção**” realizado no dia **16 de abril de 2025**, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

ANEXO XX – Certificado do Curso “Estratégias para Gestão da Resistência aos Antimicrobianos”

Estratégias para Gestão da Resistência aos Antimicrobianos





CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Isabel Branquinho Carrão, com Cartão Cidadão número 14675436 concluiu com sucesso o curso "**Estratégias para Gestão da Resistência aos Antimicrobianos**" com uma duração estimada de 3 horas.

André Peralta-Santos.

(André Peralta-Santos)
Subdiretor-Geral de Saúde

EMITIDO EM:
janeiro 9, 2026

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
161207867fe24b639cc2b0207bbbee7c

Plataforma NAU cofinanciada por:



Financiado pela União Europeia
NextGenerationEU

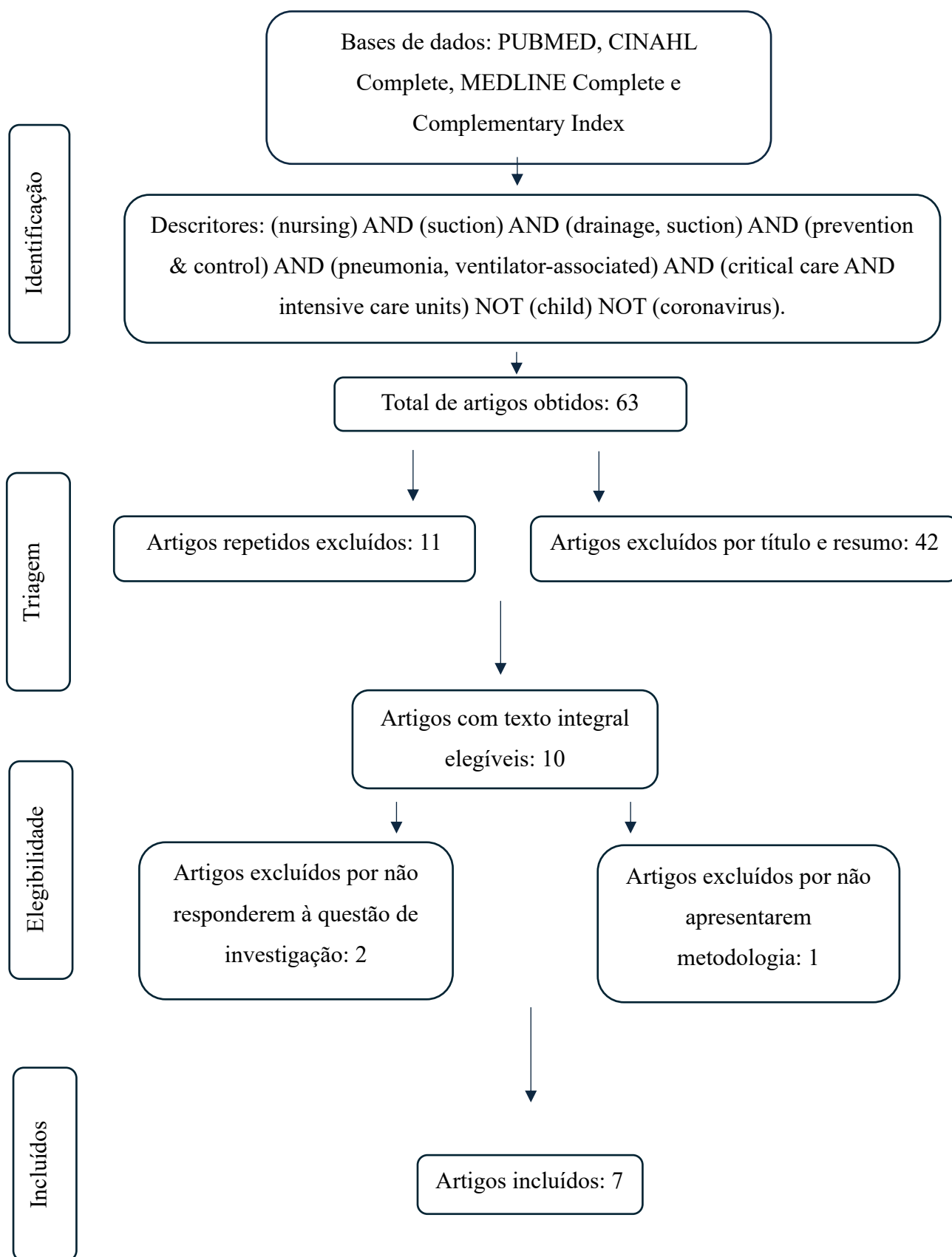


Este certificado é uma prova de aprendizagem e término do curso. Para mais informações visite [a página sobre Política de Certificação da NAU](#).

<https://lms.nau.edu.pt/certificacao/161207867fe24b639cc2b0207bbbee7c>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PRISMA



APÊNDICE II – Protocolo de sedoanalgesia dos doentes submetidos a procedimentos de cardiologia de intervenção

	Protocolo de Sedoanalgesia para doentes submetidos a cardiologia de intervenção	Versão	Data de revisão
--	---	--------	--------------------

ÂMBITO/OBJETIVO(S)

A dor é um fenómeno complexo e subjetivo, definido pela International Association for the Study of Pain como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante à associada a lesão tecidual real ou potencial” (DGS, 2003). Em procedimentos invasivos da cardiologia de intervenção e da Estrutural, a dor pode resultar tanto da manipulação física como da ansiedade associada ao procedimento, podendo agravar o estado clínico do doente.

O controlo da dor é uma componente essencial da segurança e qualidade dos cuidados de saúde, tal como estabelecido na Circular Normativa n.º 09/DGCG da DGS, que determina que a dor deve ser avaliada e controlada sistematicamente em todas as instituições de saúde, sendo considerada o 5.º sinal vital. A sua não abordagem representa uma falha na prestação de cuidados e um fator que pode contribuir para a ocorrência de eventos adversos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, por sua vez, enfatiza a necessidade de práticas clínicas seguras e centradas no doente, priorizando a gestão da dor como parte integrante da prevenção de danos associados aos cuidados (DGS, 2022). A ausência de uma sedoanalgesia adequada pode resultar em complicações como taquiarritmias, isquemia miocárdica e descompensação hemodinâmica.

Por sua vez, a sedação é definida como o estado neurológico produzido por um fármaco com o objetivo de acalmar ou induzir o sono. Existem várias escalas que permitem definir e avaliar os níveis de sedação, tais como a Escala de *Ramsay* modificada que inclui 5 níveis, no qual o nível 1 corresponde ao doente acordado e o nível 5 corresponde à anestesia geral (Martinez *et al.*, 2021). A Sociedade Americana de Anestesiologistas divide o continuum de estados de sedação em quatro níveis, a sedação mínima, sedação moderada ou consciente, sedação profunda e anestesia geral (Martin *et al.*, 2021). A sedoanalgesia ou sedação consciente proporciona a depressão do estado de consciência induzida por fármacos, durante a qual o doente mantém resposta a estímulos verbais e táteis e mantém ventilação espontânea e a função

cardiovascular. Este tipo de sedação proporciona maior tolerância a procedimentos invasivos e/ou prolongados ao diminuir a ansiedade, o desconforto e a dor (Martinez *et al.*, 2021).

A escolha do fármaco depende da avaliação prévia do doente e do procedimento ao qual vai ser submetido (Martinez *et al.*, 2021). O fármaco ideal para a sedação é aquele que atinge rapidamente os níveis plasmáticos alvo, tem curta duração de ação e meia vida previsível, deve ser facilmente titulável, com um perfil de segurança hemodinâmico e respiratório e sem efeitos adversos significativos de modo a garantir a segurança e o conforto do doente. É necessária uma combinação de fármacos, hipnóticos e analgésicos, para alcançar a sedoanalgesia, uma vez que a maioria não dá resposta a estes dois requisitos (Martin *et al.*, 2021).

Assim, torna-se imperativo adotar um protocolo padronizado e baseado na melhor evidência disponível, que garanta o conforto, segurança e dignidade do doente durante todo o percurso terapêutico.

Diagnóstico da Situação:

Os procedimentos invasivos cardiovasculares implicam riscos significativos para o doente, não apenas do ponto de vista técnico, mas também no que diz respeito à dor, ansiedade e desconforto associados à sua realização. Apesar da sua frequência crescente, continua a existir ausência de uniformização nas práticas de sedoanalgesia, o que se traduz numa prestação de cuidados desigual, com impacto direto na experiência do doente, controlo da dor e segurança clínica.

Estudos recentes também reforçam que a implementação de protocolos de sedação consciente em cardiologia de intervenção melhora significativamente os desfechos clínicos e a satisfação do doente (Carabini *et al.*, 2021; Grond *et al.*, 2020), sendo recomendada por organizações internacionais como a European Society of Anaesthesiology and Intensive Care e a World Health Organization (WHO, 2002).

Face a este contexto, torna-se evidente a necessidade da criação de um protocolo formal de sedoanalgesia para procedimentos invasivos cardiovasculares, que seja adaptado à realidade institucional, baseado na melhor evidência disponível e alinhado com as orientações nacionais e internacionais.

Este protocolo surge, assim, como uma resposta estruturada a uma lacuna identificada, sendo uma ferramenta essencial de apoio promovendo a cultura da segurança institucional.

Objetivo Geral

Estabelecer um protocolo clínico de sedoanalgesia seguro, eficaz e padronizado para procedimentos invasivos cardiovasculares, promovendo o controlo adequado da dor, a segurança do doente e a excelência dos cuidados prestados.

Objetivos Específicos

- Garantir a avaliação sistemática da dor e do nível de sedação em todos os doentes submetidos a procedimentos invasivos cardiovasculares.
- Padronizar a seleção e administração de fármacos sedativos e analgésicos com base na melhor evidência científica e nas características clínicas do doente.
- Promover a vigilância contínua e a monitorização clínica rigorosa durante todo o procedimento, minimizando riscos associados à sedação.
- Reforçar o papel da equipa de enfermagem na gestão da dor e na segurança do doente, promovendo a sua capacitação para a identificação precoce de sinais de instabilidade clínica.
- Melhorar a experiência do doente e a sua perceção de qualidade e humanização dos cuidados, promovendo o conforto físico e emocional durante o procedimento.
- Contribuir para a implementação das recomendações do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no que respeita à prevenção de eventos adversos e melhoria contínua da qualidade assistencial.

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem

DESCRIÇÃO:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Grond, S. (2020). *Procedural sedation and analgesia in interventional cardiology: recommendations and best practices.* European Heart Journal, 41(3), 234–245.

- Carabini, L. (2021). *Sedoanalgesia in high-risk patients undergoing TAVI: a safe and efficient alternative to general anaesthesia*. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 35(4), 1231-1238.
- Martin, J., Carlson, R., & Tsai, M. (2021). The evolution of sedation for transcatheter aortic valve replacement. *Journal of Clinical Anesthesia and Intensive Care*. 2(1). <https://doi.org/10.46439/anesthesia.2.008>
- Martinez-Dolz, L., Pajares, A., López-Cantero, M., Osca, J., Díez, J., Paniagua, P., Argente, P., Arana, E., Alonso, C., Rodriguez, T., Vicente, R., Anguita, M., & Alvarez, J. (2021). Consensus document for anaesthesiologist-assisted sedation in interventional cardiology procedures. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 68. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2021.01.001>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- WHO. (2002). *WHO Guidelines for Safe Surgery*.

APÊNDICE III – Plano de Sessão do SUP “Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico 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 a manutenção da segurança da via aérea durante o transporte intra-hospitalar; - Evidenciar as intervenções de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à intubação durante o transporte intra-hospitalar; - 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 transporte 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 durante o mesmo - 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 e participativo com apresentação teórica através de <i>slides</i>
Materiais e Equipamentos - Computador e projetor - Plataforma digital <i>canva</i> - <i>Checklist</i> do transporte intra-hospitalar impressa
Avaliação da Sessão - Resposta ao Questionário Online de Avaliação da Sessão de Formação e dos Formadores

APÊNDICE IV – Plano de Sessão do SMI “Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI”

Plano de Sessão de Formação no Serviço de Medicina Intensiva	
Tema:	Transporte Intra-Hospitalar do Doente sob VMI: desafios e intervenções na segurança da via aérea e na prevenção da PAI
Formadores:	Inês Carrão
Destinatários:	Enfermeiros do SMI
Local:	Sala de Formação
Data/Hora/Duração prevista:	23/01/2026
Hora:	15h30
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 durante o transporte intra-hospitalar; - 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 transporte 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 durante o mesmo - 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 e participativo com apresentação teórica através de <i>slides</i>
Materiais e Equipamentos	- Computador e projetor - Plataforma digital <i>canva</i> - <i>Checklist</i> do transporte intra-hospitalar impressa
Avaliação da Sessão:	Resposta ao Questionário <i>Online</i> de Avaliação da Sessão de Formação e dos Formadores

APÊNDICE V – Reflexão crítica sobre a importância da existência do plano de evacuação no SMI

A presente reflexão emerge no decurso do estágio final do Mestrado em Enfermagem, na vertente Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica [PSC]. Resulta da necessidade de analisar a realidade experienciada no contexto clínico, articulando a prática vivenciada com a evidência científica e o desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista. O estágio encontra-se a decorrer num Serviço de Medicina Intensiva [SMI], onde foi possível identificar uma fragilidade organizacional significativa, a inexistência de um plano de evacuação da unidade, com impacto direto na segurança da PSC, na atuação da equipa e na qualidade dos cuidados.

O SMI é responsável pela observação, vigilância e tratamento de pessoas em situação crítica potencialmente reversível que necessitam de monitorização e suporte avançado das funções vitais em situações de falência ou falência iminente (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2024). Trata-se de um contexto caracterizado por um ambiente de cuidados de alta complexidade, pela instabilidade clínica dos doentes, pela imprevisibilidade da sua evolução e pela dependência de tecnologias complexas e invasivas para manutenção da vida. De acordo com Prasser *et al.*, (2025) esta dependência tecnológica refere-se a “uma ampla gama de tecnologias clínicas que mantêm o funcionamento biológico ao longo de continuum de dependências, em variadas condições clínicas”. O estágio neste contexto permitiu-me compreender que, mesmo em condições consideradas “normais”, a prestação de cuidados à PSC exige elevados níveis de vigilância, coordenação e tomada de decisão rápida. Se em condições normais já existem alguns desafios no cuidado aos doentes de um SMI, em cenários de emergência, exceção ou catástrofe, estes doentes tornam-se particularmente vulneráveis, uma vez que qualquer interrupção no suporte tecnológico, atraso na intervenção ou falha na comunicação pode ter consequências graves e irreversíveis (Prasser *et al.*, 2025). Esta consciência foi-se aprofundando ao longo do estágio, levando-me a questionar de que forma a equipa estaria preparada para responder a uma eventual necessidade de evacuação da unidade.

A inexistência de um plano de evacuação no SMI contraria as recomendações emanadas pela *Society of Critical Care Medicine* [SCCM] bem como pela *World Health Organization* [WHO]. A WHO (2025) destaca que a evacuação atempada, estruturada e bem coordenada dos doentes, em cenários de crise, é um elemento determinante na resposta eficaz a emergências. Acrescenta que a ausência de protocolos claros, atualizados e divulgados nas equipas, associada a falhas de comunicação e cuidados inadequados durante a evacuação têm impacto direto na segurança dos doentes (WHO, 2025). Da mesma forma, a SCCM (2015) defende que as equipas do SMI devem assumir um papel ativo na planificação de estratégias de resposta a incidentes, incluindo a definição de um líder de equipa, a priorização dos doentes, a organização de recursos humanos e materiais e a elaboração e treino de planos de evacuação, de modo a garantir cuidados de elevada qualidade mesmo em contextos adversos (SCCM, 2015). A ausência destes instrumentos compromete a capacidade de resposta organizada do serviço perante situações de emergência interna como incêndios, falhas de energia, ou outros cenários, aumentando o risco de respostas descoordenadas.

Enquanto aluna do mestrado e futura Enfermeira Especialista, esta realidade experienciada no estágio final levou-me a refletir sobre os riscos acrescidos a que a PSC poderá ficar exposta na ausência de um planeamento prévio. Em situações de emergência interna, exceção ou catástrofe pode existir a necessidade de evacuar doentes que se encontrem internados nos demais serviços das unidades hospitalares, incluindo o SMI. Apesar de ser uma situação rara, quando necessária tem um elevado impacto tanto para o doente como para os profissionais de saúde envolvidos. A raridade destes cenários, aliada à ausência de um plano de evacuação da unidade bem como a complexidade clínica destes doentes, pode levar a que, em situações de crise, a equipa possa ter respostas improvisadas, baseadas na experiência individual ao invés de procedimentos previamente definidos e treinados. A evacuação improvisada de doentes ventilados, hemodinamicamente instáveis e com múltiplos dispositivos invasivos dos quais são dependentes aumenta consideravelmente a probabilidade de ocorrência de eventos adversos, como extubações acidentais, perda de acessos vasculares, entre outros. Esta constatação reforça que o planeamento antecipado é um elemento central da segurança do doente, levando-me a reconhecer que a ausência de um plano de evacuação expõe a PSC a riscos evitáveis.

É ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica [EEEMC] na vertente da PSC que compete dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, promovendo a segurança e gerindo o ambiente terapêutico tal como se encontra descrito no Regulamento de Competências Específicas do EEEMC-PSC (OE, 2018). De acordo com o supracitado regulamento, uma situação de emergência resulta de uma agressão sofrida e que causa a perda de saúde ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, devendo a vítima ser assistida imediatamente uma vez que corre risco de vida; numa situação de exceção existe um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, o que vai exigir a atuação, a coordenação e gestão rigorosa dos recursos humanos e materiais disponíveis; uma situação de catástrofe descreve-se como a ocorrência de um ou mais acidentes graves com impacto significativo nas condições de vida e na saúde das populações (OE, 2018). Neste sentido, o EEEMC à PSC deve identificar fragilidades organizacionais, colaborar ativamente na conceção, implementação e revisão do plano de evacuação, bem como difundi-lo na equipa multidisciplinar, contribuindo para a formação contínua dos profissionais (OE, 2018). Enquanto futura especialista, considero que a inexistência de um plano de evacuação não se encontra alinhada com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em PSC da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente nos domínios da prevenção de complicações e da segurança dos cuidados especializados (OE, 2015). O Enfermeiro Especialista deve, por isso, adotar uma postura crítica, reflexiva e proativa assumindo a responsabilidade de promover e implementar práticas seguras e sustentadas em evidência atual.

O *International Council of Nurses* [ICN], em 2019, reconheceu a importância de os enfermeiros desenvolverem competências na área da catástrofe, face ao aumento da frequência de eventos como epidemias, pandemias e desastres naturais a nível mundial (ICN, 2019). Deste modo, a formação

continua e a realização de exercícios de simulação emergem como estratégias fundamentais na preparação eficaz das equipas em situações em que a evacuação se torna necessária. A simulação contribui para a melhoria da atuação das equipas, a comunicação interprofissional, a tomada de decisão sob pressão e permite identificar fragilidades (King et al., 2014). Em contrapartida, a ausência de treino compromete a capacidade de resposta da equipa, aumenta o *stress*, a ansiedade, o risco de erro e a mortalidade (King et al., 2014).

Por último, aludindo aos princípios da beneficência e da não maleficência, a inexistência de um plano de evacuação pode levantar questões éticas relevantes constituindo uma lacuna na gestão do risco e na garantia da segurança da PSC. Os cuidados à PSC implicam antecipar riscos e minimizar danos previsíveis. Assim sendo, a elaboração de um plano de evacuação e a sua implementação devem ser encaradas como uma prioridade contribuindo para evacuações seguras, eficientes e coordenadas com foco na dignidade, segurança e continuidade dos cuidados à PSC, bem como na segurança dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos* (RT 09/2013, V.2024). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- King, M. A., Niven, A. S., Beninati, W., Fang, R., Einav, S., Robinson, L., Kisson, N., Devereaux, A. V., Christian, M. D., & Grissom, C. K. (2014). Evacuation of the ICU: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*, 146(4 Suppl.), e44S–e60S. <https://doi.org/10.1378/chest.14-073>
- International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in disaster nursing* (Version 2.0). https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série(123), 17240–17243. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-

Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.^a série(135), 19262-19364.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Prasser, A., Beckert, J., Köhler, M., & Ewers, M. (2025). Complex Care Needs of People with Technology Dependence in Disaster Situations: A Scoping Review. *Healthcare*, 13(24), 3305. <https://doi.org/10.3390/healthcare13243305>

Society of Critical Care Medicine. (2015). The Intensive Care Unit's Role in Disaster Response. Fundamental Critical Care Support: Crisis Management.

World Health Organization. (2025). *Medical evacuation in emergencies. A guidance for medical teams and specialized care teams*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381815/9789240112513-eng.pdf>

APÊNDICE VI – *Checklist* para o Transporte intra-hospitalar da PSC

Momento	Intervenções	Observações
Sempre	Comunicação contínua entre a equipa de transporte e serviço de destino	
Pré Transporte	Contactar serviço de destino e confirmar transporte	
	Garantir a presença de:	
	- Monitor de transporte com desfibrilhador;	
	- Mala de transporte com equipamento de emergência, medicação de emergência e fluídos;	
	Ventilador portátil testado: modo, FiO ₂ , PEEP, alarmes ativados;	
	- Fonte de O ₂ com reserva suficiente para o tempo previsto + 30 min;	
	- Insuflador manual;	
	- Baterias suficientes.	
	Confirmar posição do TOT, marcação de profundidade e fixação segura	
	Verificar pressão do cuff do tubo: pressão adequada, sem fugas	
	Aspiração das vias aéreas, se necessário	
	Sedação/analgesia adequada; bloqueio neuromuscular se necessário	
	Verificar integridade de cateteres, sondas e drenos; Fixação segura	
	Registar parâmetros ventilatórios de referência antes da saída do SMI	
Durante o Transporte	Monitorização contínua de SpO ₂ , PA, ECG, parâmetros ventilatórios	
	Monitorização contínua do RASS e GSC	
	Observar sinais de deslocação do tubo, desconexões ou dobras no circuito	
	Ajustar ventilador ou oxigénio conforme necessidade do doente	
	Avaliar e intervir imediatamente em eventos adversos	
Pós Transporte	Reavaliar posição do TOT, auscultar ambos os pulmões	
	Confirmar parâmetros ventilatórios e ajustar conforme necessidade	
	Verificar cuff, registar ajustes	
	Inspecionar integridade do circuito e filtro	
	Garantir o tratamento de dispositivos e equipamentos	
	Monitorizar complicações pós transporte	
	Documentar indicações, intervenções e evolução clínica durante o transporte	