

**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

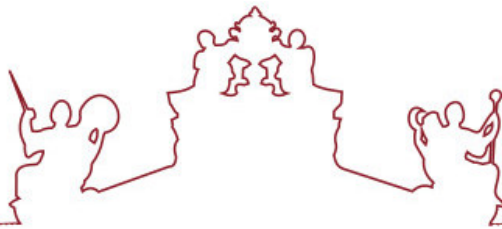
Relatório de Estágio

O Efeito do Ruído no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos

Francisco Miguel Rodrigues Lopes

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

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

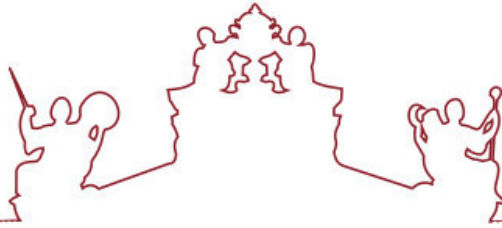
Relatório de Estágio

O Efeito do Ruído no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos

Francisco Miguel Rodrigues Lopes

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

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 | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Guida Maria Marques da Silva Amaral (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Dulce dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja)

Se o teu sucesso não é medido apenas pelas máquinas que controlas, mas pela tranquilidade que proporcionas, então estás a cuidar.

Agradecimentos

Chegando ao fim deste percurso que foi mais do que académico, foi também profissional e pessoal, quero agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste percurso e para que fossem criadas memórias que irei eternizar:

Ao **Professor Doutor Adriano Pedro**, por ter exigido de mim aquilo que pensei que não conseguia dar e por ter sido o vento que levou este barco a bom porto.

Aos **Enfermeiros RV, AG, JM e LR** por todos os momentos de partilha, conhecimento, crescimento e reflexão, mas também pelos momentos de descontração, sorrisos e desabafos. Todos os momentos foram imprescindíveis para o meu crescimento profissional e pessoal.

Também aos **Enfermeiros EM, JM, LM, LR, MA e MF** por terem contribuído para amparar a aterragem neste salto em queda livre.

A todas as equipas que me acolheram nos vários contextos de estágio, por me permitirem e ajudarem a aprender e me integrarem como um de vós.

Aos **Meus Amigos** que sempre me apoiaram e motivaram a continuar nunca deixando que pudesse pensar em desistir.

A todos os **Colegas do Mestrado** com quem pude partilhar esta jornada e que também contribuíram de alguma forma com a sua experiência e as suas partilhas para o meu percurso profissional.

Um agradecimento muito especial para **FA, MS, MS e VP**, porque sem vocês este desafio não teria sido o mesmo.

À minha **Família de Coração** por terem sido abrigo nos momentos em que fiquei sem chão.

À minha família **Mãe, Pai, Irmã e Irmãos**, por compreenderem a importância que este percurso tem para mim, compreenderem a minha ausência e por me apoiarem mesmo à distância.

A todos vocês o meu MUITO OBRIGADO!

Resumo

O Efeito do Ruído no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos

O presente relatório dá resposta ao desenvolvimento de competências de mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, aliando a teoria e a evidência científica à prática clínica. O tema central retrata o efeito do ruído no doente crítico em unidade de cuidados intensivos, analisando o seu impacto à luz da teoria do conforto de Kolcaba, sustentando a perceção do ambiente como fator determinante para o bem-estar, conforto e recuperação. São ainda descritos os contextos de estágio que permitiram a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de enfermagem especializada, evidenciando as atividades desenvolvidas em cada contexto, alicerçadas numa reflexão crítica das experiências vividas. Termina destacando a importância da redução do ruído e promoção do conforto como medidas para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados, bem como otimização dos resultados em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica; Doente Crítico; Efeitos do Ruído; Unidades de Cuidados Intensivos; Cuidados de Enfermagem

Abstract

The Effect of Noise on Critically Ill Patients in Intensive Care Units

This report addresses the development of master's level skills and those of a Clinical Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, specifically in the field of Critical Care, by bridging theory and scientific evidence with clinical practice. The central theme examines the impact of noise on critically ill patients in the intensive care unit, analysed through the lens of Kolcaba's Comfort Theory, which supports the perception of the environment as a determining factor for well-being, comfort, and recovery. Furthermore, the internship contexts that enabled the acquisition of specialized nursing care competencies are described, highlighting the activities developed in each setting based on a critical reflection of the experiences. The report concludes by emphasizing the importance of noise reduction and comfort promotion as essential measures to ensure patient safety and quality of care, as well as to optimize health outcomes.

Key Words: Medical-Surgical Nursing; Critical Care; Noise Effects; Intensive Care Unit; Nursing Care

Abreviaturas, Símbolos, Siglas e Acrónimos

- % - por cento
- ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*
- APA – *American Psychological Association*
- AR – Assembleia da República
- BIS – Índice Bispectral
- CD – Código Deontológico
- CE – Crânio-encefálica
- CIAV – Centro de Informação Antivenenos
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- CVC – Cateter venoso central
- dB – Decibel / Decibéis
- DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde / *Medical Subject Headings*
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*
- ECG – Eletrocardiograma
- ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal
- EE – EMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
- EOE – Estatutos da Ordem dos Enfermeiros
- EPC – *Enterobacteriales* produtores de carbapenemases
- GNR – Guarda Nacional Republicana
- IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
- INEM – Instituto Nacional de Emergências Médicas
- ISMP - *Institute for Safe Medication Practices*
- iTEAMS – *INEM Tool for Emergency Alert Medical System*
- ITLS – *International Trauma Life Support*
- km – quilómetros
- LASA – *Look-Alike/Sound-Alike*
- MS – Ministério da Saúde
- n. ° - número

n.d. – Sem data

NURSE – *Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

pp. – páginas

PSP – Polícia de Segurança Pública

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

REM – *Rapid Eye Movement*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SAMR – *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

ScR – *scoping review*

SDRA/ARDS – Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda / *Acute Respiratory Distress*

Syndrome

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Serviço de Observação

SPIKES - *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summarize*

START - *Simple Triage And Rapid Treatment*

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC - Tomografia Axial Computadorizada

TSR – Técnica de Substituição Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UÉ – Universidade de Évora

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

ULS – Unidade Local de Saúde

UMIPE – Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

WHO – *World Health Organization*

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	15
1.1. TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA	15
1.2. O EFEITO DO RUÍDO NO DOENTE CRÍTICO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	21
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	25
2.1. A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	26
2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	27
2.1.2. Serviço de Urgência Médico-cirúrgico	29
2.1.3. Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	33
2.2. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA	34
2.2.1. Viatura Médica de Emergência e Reanimação	37
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	39
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE	40
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal – A	41
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade – B	47
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados – C	52
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais – D	56
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ..	60
3.2.1. Processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	61
3.2.2. Situações de emergência, exceção e catástrofe	66
3.2.3. Prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos	70
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

APÊNDICES	96
Apêndice A – Plano de Sessão : Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência.....	97
Apêndice B - Plano de Sessão : Gestão do Ruído no Serviço de Urgência.....	100
Apêndice C – Prisma Flow Diagram da ScR.....	103
Apêndice D – Resumo da ScR: “O Efeito do Ruído no Doente Crítico em UCI – Scoping Review.....	105
ANEXOS	107
Anexo A - III Seminário de Iniciação à Investigação Científica da ULST	108
Anexo B - Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação	110
Anexo C - Paragem Cardiorrespiratória Traumática	112
Anexo D - (RE)AGIR: Quando O Impossível Acontece - Gestão De Recursos Em Emergência E Catástrofe	114
Anexo E - Congresso Internacional do Doente Crítico 2025	116
Anexo F - Coautor de uma comunicação oral destacada com 2.º prémio : Congresso Internacional do Doente Crítico 2025.....	118
Anexo G - Capacitar Para O (Im)Provável: Gestão De Recursos Em Emergência Médica E Catástrofe	120
Anexo H - Suporte Avançado de Vida	122
Anexo I - Suporte Avançado de Vida Pediátrico.....	124
Anexo J - International Trauma Life Support.....	126
Anexo K - 1st International Seminar on Implementation Science and Nursing	128
Anexo L - 1.º Benchmarking de Formação, Simulação e Treino de Equipas de Enfermagem em Doente Crítico	130
Anexo M - Coautor de Comunicação Oral - 1º prémio, - 1ªs Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve: Do Caos à Excelência.....	132

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no seguimento da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, que se encontra integrada no percurso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este mestrado foi desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, na Universidade de Évora, em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Politécnicos de Portalegre, Castelo Branco, Setúbal, Beja e Universidade do Algarve.

A pertinência deste relatório prende-se com a exposição do desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de mestre e da atribuição do título de Enfermeiro Especialista, sendo realizada uma articulação do enquadramento teórico e conceptual, que sustenta a Enfermagem enquanto disciplina, com a prática especializada, integrando uma análise crítica relativamente ao fenómeno em estudo, o efeito do ruído no doente crítico em unidade de cuidados intensivos.

A escolha do tema sobre o ruído, relacionado ao doente crítico, surge da necessidade de compreender a influência dos fatores ambientais na experiência da pessoa em situação crítica, reconhecendo que o ambiente nos serviços de medicina intensiva pode constituir um elemento disruptivo do conforto, bem-estar e recuperação, uma vez que a este contexto está inerente uma elevada complexidade tecnológica e humana.

Nesse contexto surge a necessidade de sustentar a análise realizada na teoria do conforto de Katherine Kolcaba, sendo esta o referencial teórico mais enquadrado no fenómeno em estudo, através do qual será possível nortear a intervenção de enfermagem enquanto enfermeiro especialista na prática de enfermagem doravante realizada.

O objetivo geral deste relatório é evidenciar a aquisição de competências de mestre em enfermagem e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica ao longo do percurso académico. Os objetivos específicos aos quais este relatório dá resposta são relatar as atividades desenvolvidas durante a componente teórica e os estágios, caracterizar os contextos onde decorreu a prática clínica e realizar uma reflexão crítica, sustentada num referencial teórico de enfermagem, na legislação que rege a profissão e na evidência disponível.

Neste sentido, foram realizados estágios em três contextos distintos, nomeadamente: unidade de cuidados intensivos polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgico e viatura médica de emergência e reanimação, durante os quais surgiram oportunidades de desenvolver as competências com vista à sua aquisição.

O relatório encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo é desenvolvido o enquadramento teórico e conceptual, iniciando pelo desenvolvimento da teoria do conforto de Katharine Kolcaba, adequando-a ao contexto em estudo, seguido do desenvolvimento do tema sobre o efeito do ruído no doente crítico nas unidades de cuidados intensivos, onde serão apresentados alguns resultados encontrados na evidência mais recente. Na segunda parte é apresentada uma caracterização dos contextos onde foram desenvolvidos os estágios, tornando perceptíveis os desafios e oportunidades que cada contexto pôde proporcionar para o desenvolvimento das competências. No terceiro e último capítulo será apresentada a análise crítico-reflexiva da aquisição das competências, descrevendo as atividades desenvolvidas e os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico, articulando com a legislação, normas e evidência existente.

Para a realização deste relatório foram utilizadas as normas APA 7^a edição na referência e as “Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na UÉSESJD”, instituição acolhedora desta edição de Mestrado em Enfermagem em Associação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O presente capítulo tem como objetivo a exposição da matriz teórica e conceptual que norteia o processo de desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem e as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EE-EMCPSC]. Do mesmo modo, também sustenta a elaboração deste relatório como uma base fundamental para a consolidação dos temas e assuntos abordados.

É através das diversas teorias já desenvolvidas que a disciplina de enfermagem deixa de ser meramente empírica e adquire a estrutura e o fundamento que lhe são próprios e fulcrais para a investigação, formação e profissão (McEwan & Wills, 2023).

O enquadramento teórico representa assim um processo imprescindível, uma vez que fornece a base conceptual necessária para a compreensão dos temas em estudo, situando-os no conhecimento já produzido, permitindo assim aprofundar o tema bem como clarificar os conceitos e procedimentos metodológicos utilizados, dando rigor e coerência ao trabalho desenvolvido (Marconi & Lakatos, 2010).

Desta forma, serão desenvolvidos ao longo do capítulo os conceitos do tema em estudo, relacionados com o ruído e os seus efeitos no doente crítico em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] bem como a Teoria do Conforto de Kolcaba, que paralelamente acompanhou a investigação desenvolvida sustentando a sua aplicação à prática de enfermagem em contexto clínico. A teoria de Kolcaba apresenta uma forte ligação com o tema do conforto no doente crítico pela complexa experiência que este vivencia no contexto de UCI, mais concretamente pela exposição contínua ao ruído e pela sua influência no seu bem-estar e na sua recuperação.

1.1. TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

A teoria em enfermagem tem a sua génese em conceitos que podem ser definidos como “palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação” (Hickman, 2000, p.11). Ainda segundo a mesma autora, podemos dividi-los em conceitos empíricos, quando estes são perceptíveis através dos sentidos, ou abstratos, quando não são passíveis de o ser, acrescentando ainda que todos os conceitos se tornam abstratos quando

o objeto não está presente (Bishop, 2004).

Em regra geral, a literatura em enfermagem tem como foco quatro conceitos principais e conciliantes, nomeadamente a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, que, em conjunto, formam o primeiro metaparadigma e, assim, um pilar da disciplina de enfermagem (Hickman, 2000; Tomey & Alligood, 2004).

Hickman (2000) reforça o metaparadigma de enfermagem, proposto por Fawcett (1989), como constituído por conceitos apresentados de forma abstrata, o que confere às teorias uma abordagem holística desde a sua origem. Deste ponto de vista a “pessoa” pode retratar tanto um único indivíduo como uma família ou comunidade, mas referindo-se sempre a quem são direcionados os cuidados de enfermagem. O “ambiente” representa o espaço circundante do leito do doente bem como a comunidade em que se insere ou tudo aquilo que o rodeia. A “saúde” é um estado definido entre o enfermeiro e o destinatário dos cuidados como sendo o seu bem-estar nas suas diversas valências. A “enfermagem” trata-se tanto da ciência como da arte da disciplina.

Também a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017) elabora uma descrição dos conceitos metaparadigmáticos como ferramenta de uniformização para a estruturação dos enunciados descritivos que definem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesse contexto, “pessoa” é definida como sendo um “ ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”. (OE, 2017, p.2). A sua definição é ainda complementada com a influência que o “ambiente” tem sobre os seus comportamentos, sendo estes indissociáveis e afirmando que tal ocorre em ambos os sentidos, tanto a pessoa é influenciada pelo ambiente como também as suas ações modificam o próprio ambiente, numa procura constante pelo equilíbrio e harmonia. É também exposto que cada pessoa vivencia o seu próprio projeto de saúde e que este é determinado pelas suas crenças, valores e desejos individuais e que a pessoa também é alvo de processos não intencionais como as funções fisiológicas, consequência da sua condição psicológica que é, por sua vez, condicionada pelo seu bem-estar e conforto físico, clarificando que cada pessoa é um ser “ uno e indivisível” (OE, 2017).

O conceito de “ambiente” é descrito como o espaço onde a pessoa vive e se desenvolve, integrando diversos fatores que apresentam influências diretas no estilo de vida e no bem-estar ou até mesmo na “saúde” de cada um, realçando que na execução da prática profissional de enfermagem, deve-se ter em conta a relação interdependente de ambos os conceitos “ambiente” e “pessoa” (OE, 2017).

A “saúde” é referida como sendo um “ estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2017,p. 2), não podendo ser oposta ao conceito de doença, por se tratar de

um conceito subjetivo. A aplicação do conceito, de forma individual, apresenta algumas variações ao longo do ciclo vital de cada “pessoa” de acordo com as alterações provocadas pelo “ambiente” em cada situação por esta vivenciada. É ainda acrescentado que a procura pela “saúde” se traduz num “processo dinâmico e contínuo” onde a “pessoa” procura controlar o sofrimento, garantir um “bem-estar físico” e um “conforto emocional, espiritual e cultural.” (OE, 2017)

Quanto ao conceito de “enfermagem”, a Ordem dos Enfermeiros não apresenta uma descrição direta para este enquanto conceito, apresentando em alternativa o conceito de “cuidados de enfermagem”, focando na atuação prática do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, da sua relação com o cliente dos cuidados de enfermagem e a sua relação terapêutica, a tomada de decisão, as atividades autónomas e interdependentes e enumera alguns princípios para a prática de enfermagem (OE, 2012), acrescentando ainda a definição de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, definindo como sendo “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2018, p.19362).

Katharine Kolcaba deu início ao desenvolvimento da sua teoria do conforto durante a sua tese de doutoramento quando, após desenvolver uma estrutura de cuidados a doentes dementes, surgiu um motivo de investigação que a fez debruçar sobre o conceito do conforto. Iniciou este percurso desenvolvendo uma extensa revisão crítica da literatura sobre o conceito do conforto associado a diversas disciplinas para além da enfermagem, como medicina, ergonomia, psicologia, bem como a aplicação do conceito a outros contextos de comunicação e descrições em dicionários (Dowd, 2004).

A mesma autora descreve ainda outros teóricos que expõem a relevância do conforto ao longo dos tempos e que lhe conferem elevada importância, como não havendo nada relacionado com o conforto dos doentes que fosse possível de ser ignorado ou como sendo uma prioridade com elevada consideração por parte da enfermeira. Acrescenta também que se apresentava quase como um critério de qualidade dos cuidados prestados, pois era diretamente relacionado com a habilidade e competência da prestadora de cuidados.

Kolcaba (2003) conceptualiza conforto como um “ estado imediato de estar fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, em quatro contextos da experiência: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.” (p.251). Ainda na mesma obra, Kolcaba enfatiza o conforto como sendo um estado dinâmico e multidimensional, que sofre influência de diversos fatores e é compreendido de forma única por cada indivíduo.

O seu conceito de conforto é sustentado em três dos primeiros teóricos de enfermagem. O alívio, definido como a condição da pessoa a quem foi satisfeita uma necessidade

específica, referenciando a sua definição em Orlando (1961), que afirmou que o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras tinha como objetivo aliviar as necessidades que eram expressas pelas pessoas. A tranquilidade, como sendo um estado de calma, foi descrita através da visão de Henderson (1966) que hierarquizou as necessidades básicas fundamentais e defendia a necessidade da sua satisfação para a homeostasia do doente. Por fim, a transcendência, que corresponde à superação dos problemas e sofrimentos da pessoa, foi sustentada em Paterson e Zderad (1988), que defendiam a capacidade da enfermeira, na sua relação com o doente, através da sua atuação, de ir além da situação de saúde vivida no momento.

Os contextos em que o conforto é experienciado foram definidos por Kolcaba com base em literatura existente sobre o holismo, sendo o físico referente às sensações corporais, o psico-espiritual sobre a consciência própria de cada indivíduo, o sentido da vida, a autoestima ou a relação com uma ordem religiosa ou ligação à fé, o ambiental referindo-se ao meio onde se enquadra a pessoa e todos os fatores externos que sobre ela têm influência e o sociocultural referindo-se a todas as relações interpessoais, sociais, familiares e culturais vividas pela pessoa (Dowd, 2004).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba assenta os seus pressupostos nos quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem, afeiçoando as suas definições ao seu conceito central de conforto. Mantém a perceção dos conceitos de “saúde” e “pessoa”, mantendo as definições propostas por Fawcett (1989), utilizando a palavra “doente” para se referir em algumas obras à “pessoa”. Complementa a definição de “enfermagem” acrescentando que esta assenta num processo que se diferencia em três fases, sendo elas a “apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação” (Dowd, 2004, p. 485), tendo o foco das suas intervenções nas necessidades e no conforto que surgem da disrupção do estado de saúde. Quanto ao “ambiente”, Kolcaba complementa como sendo “qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.” (Dowd, 2004, pp. 485-486).

Associando os conceitos metaparadigmáticos descritos por Fawcett e pela OE aos descritos por Kolcaba bem como à sua teoria, podemos destacar que o conforto é uma constante nas suas definições.

Podemos afirmar que é concordante entre os diversos autores que definem os conceitos metaparadigmáticos que “pessoa” e “ambiente” são na sua prática indissociáveis e ao mesmo tempo apresentam uma influência direta entre eles. Também Kolcaba através da sua teoria comprova que existe uma relação direta entre ambos, sendo que é possível que, controlando as alterações de um deles, neste caso o “ambiente”, consigamos também provocar alterações

na “pessoa”. No que toca ao conceito de “saúde”, também a OE descreve que esta envolve o conforto emocional e espiritual, tal como Kolcaba descreve nos vários contextos em que o conforto é experienciado. Quanto ao conceito de “enfermagem”, os autores também abordam que a sua atuação tem como objetivo a garantia da qualidade dos cuidados e, por sua vez, o conforto da “pessoa” ao longo do seu projeto de saúde.

Na sua obra, Kolcaba (2003) elabora uma estrutura taxonómica para uma aplicação mais prática da sua teoria ao contexto real. Essa estrutura pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1.
Estrutura Taxonómica das Necessidades de Conforto

	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
<i>Physical</i>			
<i>Psychospiritual</i>			
<i>Environmental</i>			
<i>Sociocultural</i>			

Fonte: (Kolcaba, 2007), <https://www.thecomfortline.com/>

A tabela 2 demonstra um exemplo hipotético da utilização prática da estrutura taxonómica de Kolcaba, que auxilia na elaboração de um plano de intervenção. O exemplo é baseado num cenário fictício de um doente de 45 anos de idade, sexo masculino, com diagnóstico de neoplasia do cólon, admitido numa unidade de cuidados pós-anestésicos após recessão do cólon sigmoide.

Tabela 2.
Estrutura Taxonómica das Necessidade de Conforto Aplicada

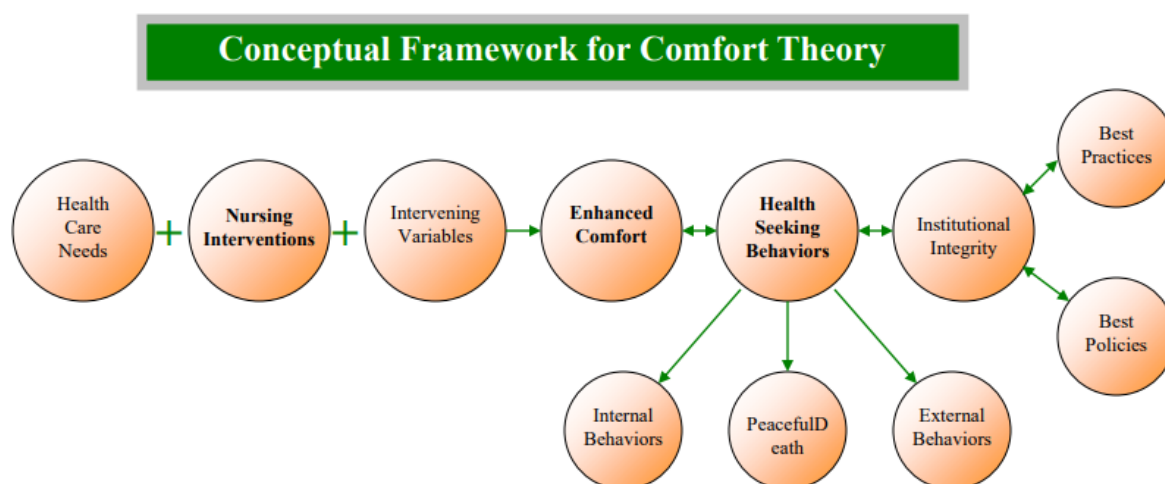
<i>Context</i>	<i>Relief</i>	<i>Ease</i>	<i>Transcendence</i>
<i>Physical</i>	<i>Pain</i> <i>Nausea</i>	<i>Comfortable</i> <i>bed, homeostasis</i>	<i>Patient thinking “How</i> <i>can I tolerate pain when I</i> <i>wake up?”</i>
<i>Psychospiritual</i>	<i>Anxiety</i>	<i>Uncertainty</i> <i>about prognosis</i>	<i>Need for spiritual</i> <i>support</i>
<i>Environmental</i>	<i>Noisy PACU;</i> <i>bright lights; cold</i>	<i>Lack of privacy</i>	<i>Need for calm, familiar</i> <i>environmental elements</i>
<i>Sociocultural</i>	<i>Absence of</i> <i>traditions and</i> <i>culturally sensitive</i> <i>care</i>	<i>Family not</i> <i>present; language</i> <i>barriers</i>	<i>Need for support from</i> <i>family or significant other;</i> <i>need for information,</i> <i>consultation</i>

Fonte: (Wilson & Kolcaba, 2004)

Podemos assim afirmar que o objetivo principal da enfermagem, na ótica da presente teoria, é promover o conforto a fim de alcançar os resultados em saúde desejáveis. A teoria do conforto é uma teoria de médio alcance e trata-se de um modelo conceptual com relevância para a conceptualização de estudos sobre o doente crítico em internamento numa UCI, particularmente no que respeita ao impacto dos fatores ambientais, como é exemplo o ruído (Kolcaba, 1995).

A figura 1 representa a estrutura conceptual, desenvolvida por Katharine Kolcaba, que representa a forma de organização da sua teoria, apresentando de forma explícita todos os alicerces, permitindo que de uma forma visual se possa compreender melhor de que forma os vários conceitos da sua teoria se correlacionam, desde a “pessoa” e as intervenções de enfermagem até à própria instituição, passando pelo projeto individual de saúde.

Figura 1.
Estrutura Conceptual para a Teoria do Conforto



Fonte: (Kolcaba, 2007), <https://www.thecomfortline.com/>

A procura pelo conforto assume um papel vital para a recuperação e bem-estar de um doente em situação crítica, uma vez que este se apresenta em situação de vulnerabilidade e de grande dependência. O ambiente que o envolve apresenta elevada intensidade e frequência de ruído, proveniente de várias fontes tanto tecnológicas como humanas e inerentes à sua atividade. Todas estas fontes de ruído, quando interpretadas à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba, são identificadas como fatores ambientais disruptivos que afetam a satisfação das necessidades, de tranquilidade e de alívio dos doentes (Kolcaba & Steiner, 2000).

É assim possível explorar como a exposição ao ruído numa UCI tem influência no conforto da pessoa em situação crítica, analisando o impacto nos seus resultados em saúde e na sua experiência global durante o internamento, bem como após a alta quando seguidos de

acompanhamento. A compreensão do efeito do ruído, suportada pela presente teoria, permitirá também fundamentar o desenvolvimento de estratégias para a minimização do ruído no contexto referido e promover assim um ambiente provido de maior conforto, segurança para o doente e para os profissionais.

1.2. O EFEITO DO RUÍDO NO DOENTE CRÍTICO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O ruído como conceito é definido pela World Health Organization [WHO] (2018) como “sons indesejáveis ou prejudiciais”, não contemplando na sua definição nenhuma escala ou patamar com avaliações em decibéis, mas dando ênfase ao potencial que estes sons têm para causar alterações ou até mesmo dano a qualquer indivíduo. No mesmo documento, o ruído é retratado como um fator de stress ambiental que acarreta impacto significativo na saúde pública, com destaque para efeitos como a perturbação do sono, problemas de saúde auditivos, efeitos negativos na saúde mental, problemas cardiovasculares e até mesmo impacto cognitivo nas crianças e jovens. Em concordância, outros autores apresentam as suas definições de ruído afirmando que este representa “ qualquer som que possa prejudicar a saúde ou interferir com as atividades humanas”(Passchier-Vermeer & Passchier, 2000, p.123).

Complementando esta definição teórica de ruído e aplicando este conceito ao meio intra-hospitalar, a WHO (1999) descreve no seu documento *Guidelines for Community Noise*, baseando-se na intensidade mensurável do som, que no período noturno o som não deve exceder os 40 dB, generalizando para todos os contextos. Contudo, acrescenta que em enfermaria, os valores médios não devem exceder os 35 dB, não ignorando o valor máximo no período noturno já referido. Acrescenta ainda que, uma vez que a pessoa com alterações no seu estado de saúde apresenta maior dificuldade em lidar com o ruído, os valores médios não devem exceder nunca os 30 dB em espaços de tratamento de doentes, destacando a principal preocupação com os níveis de ruído nas unidades de cuidados intensivos e no bloco operatório.

O conceito de ruído representa, em meio hospitalar, um fator ambiental que ao longo dos anos tem sido alvo de vários estudos e investigação, tanto ao nível da sua intensidade como dos seus efeitos nocivos para a saúde do doente bem como dos profissionais.

É vasta a quantidade de autores que demonstram evidências de que o ruído nos contextos de UCI e Serviços de Medicina Intensiva [SMI] excede frequentemente os limites recomendados pela WHO (Kamdar et al., 2020; Pal et al., 2022; Vreman et al., 2023; WHO, 1999; Younis et al., 2021).

Apesar do facto de serem feitas recomendações a partir de valores mensuráveis de intensidade do som em dB, por vezes não estamos cientes da sua correspondência com as ações que praticamos diariamente. De acordo com alguns autores, 30 dB corresponde a um sussurrar, 40 dB ao som existente numa biblioteca e 50 dB a um discurso proferido em tom falado, ouvido a um metro de distância, acrescentando ainda outras referências para valores que ultrapassam os 60 dB (Emar et al., 2022).

Filus et al. (2015) e Tijunelis et al. (2005) fazem a mesma analogia mas com base nos dispositivos e intervenções existentes em contexto da prática clínica em hospitais, apresentando como exemplos 72 dB associados à rampa de oxigénio, quando ligada, podendo variar consoante o fluxo, o toque do telefone que pode variar 75 dB - 90 dB, os alarmes dos monitores a partir de 87 dB, a comunicação entre pares e entre a equipa multidisciplinar ou por vezes risos variam entre 90 dB e 96 dB, os caixotes de lixo metálicos que ao fechar chegam por vezes aos 100 dB, entre outros menos comuns mas com semelhante intensidade.

São vários os autores que descrevem a influência do ruído no doente crítico em UCI, destacando que as principais consequências estão relacionadas com o sono quanto à sua duração e qualidade, uma vez que a interferência do sono provoca inúmeras alterações nos vários processos fisiológicos e psicológicos do corpo humano.

O ruído apresenta uma elevada influência no sono dos doentes internados em UCI, impedindo que este seja de qualidade e de duração suficiente para a sua recuperação e regeneração. Grimm (2020) e Suparti e Suroso (2020) evidenciam que o ruído excessivo apresenta efeitos negativos no sono dos doentes, destacando que o sono do doente crítico em UCI já se encontra comprometido pela presença anormal de luz intensa, monitorização com alarmes de forma contínua e intervenções com grande frequência, constituindo fontes sonoras constantes. A diminuição da fase REM do sono representa um dos efeitos mais descritos pelos autores e que leva a alterações, nomeadamente metabólicas, de percepção da memória e da regeneração tecidual. Estas alterações provocam uma privação ao doente de alcançar esta fase regeneradora do sono e trazem consequências negativas de forma global, bem como insónias, dificuldade na gestão emocional e até mesmo delírio (Fink, 2020; Guisasola-Rabes, 2022; Pal et al., 2022; Suparti & Suroso, 2020; Vreman et al., 2023; Yang & Zhou, 2024; Younis et al., 2021).

No que toca ao sistema respiratório do doente, esta fragmentação do sono, por presença de ruído, provoca dificuldades na redução gradual da ventilação mecânica invasiva bem como a tolerância da ventilação mecânica não invasiva (Grimm, 2020; Guisasola-Rabes, 2022), alterações do padrão respiratório que, quando associado a quadros de hipoxia ou hipercapnia, pode levar a episódios isquémicos ou disritmias cardíacas em doentes com patologia cardíaca prévia (Suparti & Suroso, 2020). Grimm (2020) e Suparti e Suroso (2020) descrevem que

também existem alterações metabólicas provocadas pelas consequências da privação do sono que dificultam o controlo dos valores de glicémia capilar, aumentam a sensibilidade à dor e também provocam estados de ansiedade no doente.

Pale et al. (2022) e Younis et al. (2021) expõem a forma como os níveis de ruído provocam um aumento dos níveis de cortisol, do consumo de oxigénio e da necessidade de analgesia e sedação mais fortes, perturbações durante o sono e alterações no ritmo circadiano.

Com as alterações no sono, também o ciclo circadiano acaba por ficar alterado e influenciar assim o sistema cardiovascular e o controlo hormonal. São descritas alterações como aumento da frequência cardíaca ou até mesmo disritmias, aumento dos valores de pressão arterial, chegando alguns estudos a descrever que, após uma noite sem possibilidade de um sono de qualidade, os valores de pressão arterial podem aumentar até 12mmHg (Guisasola-Rabes, 2022; Suparti & Suroso, 2020; Vreman et al., 2023; Younis et al., 2021) e também são descritas alterações nos níveis de melatonina com influência no controlo hormonal (Grimm, 2020; Guisasola-Rabes, 2022; Kamdar et al., 2020; Pal et al., 2022; Suparti & Suroso, 2020).

O estímulo gerado pelo ruído provoca uma ativação do sistema nervoso simpático, gerando alterações na expressão genética do tecido hematopoiético, danificando a função endotelial e provocando consequentemente perturbações cardiovasculares e neurológicas (Guisasola-Rabes, 2022; Pal et al., 2022; Suparti & Suroso, 2020), bem como a ativação do processo inflamatório, levando a um stress oxidativo que gera lesões vasculares nos órgãos vitais (Kamdar et al., 2020; Pal et al., 2022; Younis et al., 2021). Esta resposta inflamatória também é descrita como sendo intensificada pela instabilidade hormonal, consequência do aumento da secreção de ácidos, sendo de destacar que a nível gástrico é onde essa secreção se torna mais intensa. (Suparti & Suroso, 2020; Younis et al., 2021).

Quando falamos concretamente em UCI, as fontes de ruído destacadas pelos autores incluem o diálogo entre os profissionais de saúde, os alarmes dos diversos equipamentos de monitorização e de administração terapêutica, as atividades de limpeza, sistema de chamadas telefónicas e as próprias intervenções de enfermagem (Grimm, 2020; Vreman et al., 2023; Yang & Zhou, 2024). Segundo Pal et al. (2022), por mais que o ruído seja inerente ao quotidiano de uma UCI, analisando os seus efeitos nocivos, a implementação de estratégias com o objetivo de reduzir os níveis sonoros, com eficácia comprovada, deve ser uma prioridade dos profissionais para assim diminuir os efeitos negativos no doente.

Alguns dos autores sugerem estratégias para colmatar os efeitos do ruído identificados, no entanto, alguns deles não apresentam evidência do seu sucesso, pelo que, aliada à pesquisa desenvolvida previamente, surgiu a preocupação de compreender as estratégias que poderia implementar em contexto real.

As estratégias podem ser divididas em três grupos tendo por base a sua metodologia de atuação. As intervenções educacionais e comportamentais são de baixo custo, mas exigem uma cooperação de toda a equipa multidisciplinar, a gestão de alarmes e equipamentos, que são as intervenções com o impacto mais direto e significativo, mas que exigem uma adesão de toda a equipa multidisciplinar, e as intervenções arquitetónicas e ambientais, que exigem custos mais elevados, mas são as intervenções mais imperecedouras.

No que toca às intervenções educacionais e comportamentais, as que demonstram maior impacto são: a implementação da política da “hora do silêncio”, a limitação de conversas desnecessárias junto dos doentes, falar num volume mais reduzido, implementação de feedback visual através de “semáforos de controlo de ruído” ou sinaléticas. Quanto à gestão de alarmes e equipamentos, as intervenções passam por ajustar alarmes (volume, frequência e limites), reduzir alarmes falsos e priorizar alarmes visuais, responder de forma mais célere aos alarmes, reduzir o volume dos equipamentos de comunicação e reduzir iluminação precocemente de forma que a equipa comece a reduzir o volume do discurso. Relativamente às intervenções arquitetónicas e ambientais, os autores descrevem a adoção de painéis acústicos para isolamento, manter portas da unidade do doente fechadas se possível, utilizar cortinas, isolar a unidade do doente e reorganizar o espaço físico. (Ahmad & Younes, 2023; Armbruster et al. 2023; Hendriks et al., 2024; Ruettgers et al. 2022; Schwab et al. 2019; Vreman et al. 2023; Witek et al. 2025).

Após a revisão de literatura desenvolvida em torno deste tema, torna-se perceptível a influência que o ruído apresenta no doente crítico, internado em UCI, e que o ruído tem uma aplicação direta na qualidade dos cuidados e na recuperação do doente. É um assunto ao qual muitas vezes não é dada a devida importância por diversos motivos. Reduzir o ruído é proporcionar conforto ao doente permitindo um estado de saúde e recuperação otimizadas.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O contexto selecionado para o desenvolvimento do estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica tem uma influência direta nas experiências adquiridas e desenvolvidas no decorrer do mesmo e a sua escolha tem por base os interesses pessoais e profissionais de cada mestrando, devendo estas respeitar as opções descritas pela OE no programa formativo para o ciclo de estudos do curso de mestrado para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista nas áreas da enfermagem médico-cirúrgica (OE, 2021).

No que concerne à componente clínica descrita pela OE (2021), esta deve abranger três contextos, dos quais dois têm a obrigatoriedade de serem desenvolvidos numa UCI Polivalente e num Serviço de Urgência Polivalente [SUP] ou Médico-Cirúrgico [SUMC], enquanto o terceiro contexto é optativo de entre várias possibilidades, sendo elas UCI Específicas, Unidades de Emergência Intra-hospitalar e Extra-hospitalar, Comissões de Controlo de Infecção ou Unidades de Diagnóstico, Intervenção e Terapêutica.

A escolha realizada quanto aos contextos teve por base a possibilidade de conciliar o percurso académico com a atividade profissional, limitando as opções a uma área geográfica de maior proximidade ao local de trabalho. Posto isso, foi escolhida uma Unidade Local de Saúde [ULS] próxima, onde foi possível desenvolver os estágios nos contextos de UCIP e SUMC. No que toca ao contexto de opção, tendo por base o interesse profissional e pessoal em me expor a atividades de enfermagem em situações mais desafiantes e expostas a maior stress, a escolha recaiu sobre o contexto extra-hospitalar tendo realizado este estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], ambicionando futuramente, a nível profissional, poder desempenhar funções nesse mesmo meio.

A ordem pela qual foram realizados os contextos não correspondeu à inicialmente planeada, levando à necessidade da alteração da mesma numa data próxima do início do estágio. Inicialmente tinha idealizado cumprir o percurso que o doente faz desde o extra-hospitalar, passando pelo SUMC e terminando no internamento em UCI, com o objetivo de acompanhar o mais próximo possível a sequência de eventos pela qual o doente crítico passa quando recorre aos cuidados de saúde em fase aguda. No entanto, a ordem pela qual foram realizados os estágios foi contrária, tendo iniciado na UCIP, passando pelo SUMC e

finalizando na VMER, tendo sido facilitador na antevisão dos cuidados necessários, otimização e preparação correta para a transferência do doente crítico para o serviço de destino.

Ao longo do período de estágio foi também possível realizar observação na Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA], contribuindo como uma oportunidade para o desenvolvimento das competências específicas.

2.1. A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

A ULS localiza-se na região do Alentejo e abrange uma área de cerca de 6.000 km² com cerca de 104.000 habitantes, na sua maioria mulheres, e trata-se de uma zona com elevado índice de envelhecimento.

Foi criada em 2007 e atualmente a sua missão é focada na prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, com qualidade, com rigor e com respeito pela dignidade humana, promover a confiança e a procura contínua por soluções que permitam obter ganhos em saúde. A sua oferta de cuidados de saúde dispõe de cuidados de saúde primários, contando com dezasseis polos no departamento de saúde familiar e comunitária, cuidados de saúde hospitalares, envolvendo os departamentos de ambulatório, especialidades cirúrgicas, especialidades médicas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, saúde da mulher e da criança, psiquiatria e saúde mental e urgência e medicina intensiva. Dispõe ainda de serviço de hospitalização domiciliar, departamento de cuidados continuados, cuidados paliativos e uma unidade de saúde pública. Dentro de cada departamento existem várias unidades funcionais que dispõem de uma vasta carteira de serviços de saúde.

O departamento de urgência e medicina intensiva encontra-se dividido pelas duas unidades hospitalares e um Centro de Saúde, dispondo de um SUMC, dois Serviços de Urgência Básica [SUB] e um SMI que é constituído por uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] e uma Unidade de Cuidados Intermédios. A nível da resposta extra-hospitalar a ULS integra uma VMER, que se articula com o SUMC e duas viaturas Suporte Imediato de Vida [SIV] em articulação com os respetivos SUB.

A ULS dispõe ainda de dois Blocos Operatórios, Bloco de Partos, serviços de apoio como Fisioterapia, Terapia da Fala, Serviço de Nutrição, Serviço de Reprocessamento de Dispositivos Médicos, entre outros, bem como recursos para realização de diversos exames complementares como Tomografia Axial Computadorizada [TAC], Raios X, Ressonância Magnética Nuclear, entre outros.

Por se tratar de uma ULS localizada no interior do país, por vezes surgem algumas limitações no que toca a recursos humanos, nomeadamente nas equipas médicas, limitando

a resposta de cuidados de saúde a determinadas situações emergentes, levando à necessidade de transferir os doentes para outras unidades hospitalares consoante as necessidades de cuidados de saúde identificadas e dificultando assim a oferta de cuidados de saúde diferenciados à população a quem esta ULS destina o seu serviço.

2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente integra duas salas na metodologia *open space*, uma primeira com cinco unidades do doente, das quais três são de nível III e as restantes de nível II, conhecida como Unidade de Cuidados Intermédios. Numa segunda sala existem quatro unidades às quais acresce uma unidade de isolamento, todas elas de nível III, conhecida como Unidade de Cuidados Intensivos. Atualmente a UCIP tem um total de 10 unidades capazes de receber doentes com necessidade de suporte de dois ou mais órgãos vitais, mas esse facto só foi possível após a aquisição de ventiladores mecânicos no período da pandemia da COVID-19 (Nuñez et al., 2020; Paiva et al., 2017).

Para além das duas salas já referidas, o serviço dispõe fisicamente de uma sala com o sistema BD *Pyxis* e um gasómetro, um corredor único onde existe material de consumo clínico e uma bancada de trabalho também com material de consumo clínico. Existem ainda um gabinete de enfermagem que é o posto de trabalho do enfermeiro gestor, um gabinete médico, um armazém de material clínico, uma copa, um gabinete administrativo, uma sala para armazenamento de equipamentos que não estão em utilização, uma área de sujios/zona de despejos e dois balneários (masculino e feminino).

Todas as unidades do doente possuem uma área com espaço suficiente para a circulação em todo o redor do leito do doente, inclusive na cabeceira, para melhor acessibilidade à via aérea, uma estrutura com várias rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido, controlo de iluminação, do lado direito seringas infusoras, bombas infusoras e suporte para outros aparelhos de monitorização e do lado esquerdo um ventilador mecânico, um monitor de sinais vitais e monitorização cardíaca. Existe algum material de consumo clínico imprescindível para a admissão de doentes em todas as unidades como adjuvantes da via aérea, sondas de aspiração, luvas, compressas, eléctrodos, entre outros materiais de uso comum.

Dentro de cada sala existe ainda uma bancada de trabalho com material de uso clínico para preparação terapêutica entre outras intervenções de enfermagem e médicas. Esta zona de trabalho está localizada ao centro de cada sala, da qual todos os doentes são visíveis, permitindo uma monitorização e observação contínua dos mesmos. Existem ainda disponíveis dois carros de emergência com desfibrilhador, um em cada sala, que são diariamente testados, um aparelho de monitorização de profundidade anestésica, o Índice Bispectral [BIS], que foi substituído por um *SedLine*, dois monitores para Técnica de Substituição Renal [TSR],

um eletrocardiógrafo, um ecógrafo, dois dispositivos de pacemaker provisório, três ventiladores de transporte, três dispositivos de administração de oxigénio de alto fluxo, quatro ventiladores não invasivos e dois monitores para monitorização hemodinâmica avançada.

No que toca aos recursos humanos, a equipa é constituída por um enfermeiro gestor, trinta e um enfermeiros, dos quais dez são EE-EMCPSC, quatro em Enfermagem de Reabilitação e dois em Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária, treze técnicos auxiliares de saúde, um assistente administrativo e uma equipa médica com um número variável, uma vez que para além dos médicos com vínculo na instituição, completavam a escala também médicos em regime de prestação de serviços, sendo que de forma global as suas especialidades abrangiam nefrologia, medicina intensiva, cirurgia, anestesiologia, pneumologia e medicina interna. A permanência de pelo menos dois médicos nas vinte e quatro horas é uma prioridade para a gestão do serviço, embora esse número tenha variado tendo por base as necessidades do serviço.

Segundo a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b), o rácio enfermeiro/doente para unidades de nível II é de um para dois e nas unidades de nível III é de um para um. Quanto à constituição das equipas, é recomendado pela mesma norma, para ambas as tipologias de unidade de cuidados, que 50% da equipa seja detentora da especialidade em Médico-cirúrgica, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e que 50% dos elementos em cada turno também cumpram essa percentagem, no entanto, devido à limitação de recursos humanos, esses pressupostos não são possíveis de cumprir como sugerido.

Os cuidados de saúde prestados em ambas as unidades, para além de cuidados médicos e de enfermagem, existe também o apoio da equipa multidisciplinar que compreende também fisioterapeutas, assistente social, apoio espiritual, nutricionista, terapia da fala, imagiologia e patologia clínica, bem como outras especialidades médicas como cirurgia e ortopedia.

Os registos de enfermagem são realizados no sistema informático *Patient Care – Bsimple*, apenas existente na UCIP e no Bloco Operatório, mas a passagem de informação acontece de igual forma entre os diferentes sistemas em utilização nos restantes serviços. O processo de enfermagem é construído com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], estando bem distinguidos as intervenções de enfermagem, as avaliações e os dispositivos médicos e outras técnicas, permitindo uma visão global e integrada do doente ao longo das vinte e quatro horas. Uma vez que o doente nesta unidade se encontra sob monitorização contínua de sinais vitais e suporte orgânico, existe uma central de dados que transmite a informação de forma contínua, integrando a mesma nos registos diários de enfermagem de forma direta, bem como a monitorização da ventilação mecânica invasiva. Junto do processo do doente é também possível verificar a terapêutica prescrita e exames complementares de diagnóstico, permitindo uma visão global e íntegra do doente.

A tipologia de doentes que são transferidos para esta unidade provém maioritariamente do SUMC e do Bloco Operatório, bem como das SUB desta ULS ou de ULS próximas por necessidade de vagas em SMI. Também várias vezes surge a necessidade de transferência de doentes já sob cuidados de nível III para hospitais de referência de determinadas especialidades devido ao estado clínico e à gravidade do seu estado de saúde.

2.1.2. Serviço de Urgência Médico-cirúrgico

A organização da resposta a situações urgentes e emergentes, excluindo nesta descrição o contexto extra-hospitalar, existe em rede por todo o país, de forma a garantir os cuidados de saúde necessários e de forma atempada a todos os cidadãos. Segundo o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, modificado pelo Despacho n.º 5058-D/2016, de 13 de abril, e pelo Despacho n.º 519/2024, de 18 de janeiro (Ministério da Saúde [MS], 2024; MS, 2014) a Rede de Serviços de Urgência está estruturada em três níveis de responsabilidade diferindo entre si nos níveis de resposta, nomeadamente Serviço de Urgência Básico, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Polivalente.

Os SUB são constituídos por unidades com maior proximidade da população mais deslocada dos centros de maior densidade populacional, mas com um nível de resposta a situações mais simples e mais comuns de urgência e emergência. Assumem um papel importante pela sua posição estratégica, sendo uma mais-valia para a estabilização de doentes e transporte para unidades mais diferenciadas, mas muitas vezes são também o local a que os utentes recorrem para situações de maior gravidade e com necessidade de cuidados de saúde mais diferenciados devido à sua proximidade. O SUB deve estar localizado de forma a garantir cuidados de saúde às zonas populacionais que não tenham um nível de SU mais diferenciado (SUMC ou SUP) a uma distância mínima de sessenta minutos. Atualmente em território continental existem trinta e nove SUB. Os SUB dispõem também de uma ambulância SIV, que é ativada apenas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] do INEM, colaborando no transporte de doentes críticos para um SU diferenciado e com resposta adequada às necessidades identificadas.

Os SUMC são o segundo nível de diferenciação de cuidados de urgência e emergência, recebendo doentes provenientes dos SUB quando em articulação, como resposta ao seu primeiro apoio diferenciado, podendo estes posteriormente referenciar para um SUP quando identificada a necessidade de cuidados ainda mais diferenciados ou apoio por parte de especialidades não integrantes dos SUMC. O número de SUMC existentes está regulado entre vinte e trinta e nove SUMC, podendo ser ajustado de forma a garantir dois a três SUMC por cada SUP, existindo atualmente trinta e um SUMC em Portugal Continental. Os SUMC devem distar entre si sessenta minutos, excetuando regiões em que existam mais de 200.000

habitantes por cada unidade hospitalar, passando a justificar a necessidade de existir um segundo SMUC a distâncias mais próximas. A distribuição pelo território nacional de SUMC e SUP tem de garantir uma resposta atempada a toda a população, estando regulada a existência de pelo menos um dos SU a um máximo de sessenta minutos de todos os pontos do território nacional, excetuando zonas de baixa densidade populacional que não representem ou que possam representar prejuízo para o SNS, sendo garantida a existência de um SUB e a resposta de meios de emergência pré-hospitalar. Existem valências médicas obrigatórias e recursos mínimos estipulados para os SUMC, sendo eles Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-hemoterapia, Bloco Operatório permanente e ainda Imagiologia e Patologia Clínica. O apoio de outras especialidades é feito de acordo com as respetivas redes hospitalares e de referenciação. Estes SU são ainda providos de uma VMER em gestão integrada.

Por sua vez, os SUP, com um nível mais diferenciado, estão distribuídos pelo território nacional, existindo atualmente treze SUP, de forma a garantir um por cada 750.000/1.000.000 habitantes. Para além dos recursos existentes nos SUMC, estes SU acrescem na garantia de cuidados por parte de especialidades como a Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia e Ressonância Magnética Nuclear [RMN], Patologia Clínica com Toxicologia, Cardiologia de Intervenção, Cateterismo Cardíaco, Angioplastia, Pneumologia e Gastrenterologia providas de endoscopia, Medicina Intensiva e Cirurgias Cardiorácica, Plástica e Reconstructiva, Maxilo-Facial e Vascular. Assim como os SUMC, também os SUP possuem em gestão integrada uma VMER. Estes SUP podem ser dedicados ao doente politraumatizado, podendo ser designados como Centros de Trauma.

Podem ainda existir centros específicos como Centros de Oxigenação por Membrana Extracorporal [ECMO] e Centros de Medicina Hiperbárica. Para além destes, existem ainda urgências de especialidades como Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria, levando a um total de cerca de 165 serviços de urgência dispersos pelo território continental.

Reportando ao SUMC escolhido para o desenvolvimento das competências de EE-EMCPSC, este funciona em articulação com as duas SUB da mesma ULS e também com hospitais de referência dos distritos vizinhos, estando o SUP mais próximo a uma distância de cerca de 100 km.

A nível da prestação de cuidados, o SUMC organiza-se em duas áreas distintas: a Urgência Geral, para prestação de cuidados de saúde de doentes urgentes e emergentes, e o Serviço de Observação [SO], para monitorização e exames rápidos, funcionando como internamentos de curta duração até à alta ou internamento numa especialidade. A localização do SUMC no que toca às infraestruturas, tem fundamentação estratégica para garantir a acessibilidade aos exames complementares de diagnóstico bem como aos SMI e Bloco Operatório.

A área de Urgência Geral é composta por várias áreas administrativas, salas de espera e áreas de prestação de cuidados. Existe um gabinete de enfermagem para realização da triagem de doentes, segundo o Protocolo de Triagem de Manchester, seguido de dois balcões de prestação de cuidados: o balcão azul/verde, destinado a doentes triados como não urgentes ou pouco urgentes, com capacidade para 4 doentes em simultâneo, e o balcão amarelo/laranja, destinado a doentes urgentes e muito urgentes com capacidade para 5 doentes em simultâneo, ambas as salas equipadas com material imprescindível para a prestação de cuidados, existindo ainda no balcão amarelo/laranja um sistema *BD Pyxis* com medicação de uso comum em situações de urgência.

Junto a ambas as salas existem dois gabinetes médicos destinados ao primeiro atendimento. No mesmo corredor, e ainda próxima da entrada do SU, está localizada a Sala de Emergência [SE], com capacidade para receber dois Doentes Críticos em simultâneo. A SE contém duas macas, cada uma equipada com rampa de oxigénio, ar comprimido, rampa de vácuo, uma bomba infusora, uma seringa infusora, um monitor desfibrilhador e um computador para efetuar registos. À cabeceira de cada maca, mas permitindo a circulação em todo o redor da mesma, está armazenado o material para a realização de intervenções relacionadas com a Via Aérea, garantindo a mesma acessibilidade em ambos os lados, no entanto, uma vez que a SE é partilhada com a Urgência Pediátrica, existe num dos armários material pediátrico também respetivo à Via Aérea. No espaço entre o material da via aérea existem um ventilador mecânico e um aparelho de eletrocardiografia. As áreas referentes a cada doente são separadas com cortinas garantindo a privacidade de cada doente. Existe também uma bancada de trabalho para preparação da terapêutica, onde existe um stock de medicação comum em situações de urgência e emergência, e onde estão também armazenados os dispositivos médicos para a realização de intervenções como punção venosa periférica, algaliação, entubação nasogástrica, entre outras, bem como material para Ventilação Não Invasiva, existindo também algumas caixas com material para realização de técnicas como a colocação de cateter venoso central [CVC] ou colocação de dreno torácico. Na restante área existem a sala de Pequena Cirurgia, equipada com material cirúrgico para resolução de problemas não emergentes, uma zona de despejos, uma área de sujos, dois gabinetes médicos, um de Psiquiatria e outro de Medicina Interna e uma sala de tratamento de Ortopedia com material para estabilização de fraturas. Existem ainda um gabinete de enfermagem para realização de registos, um posto de trabalho para os Técnicos Auxiliares de Saúde e três salas de espera.

A Urgência Pediátrica não foi o foco deste estágio, mas foi adquirido conhecimento sobre a forma como esta se articula com a Urgência Geral na prestação de cuidados a vítimas pediátricas, nomeadamente na SE que é partilhada entre ambos os serviços.

O SO está dividido em duas salas, totalizando 15 camas, tendo em ambas as salas um balcão de trabalho com dispositivos médicos para a realização de intervenções e preparação da terapêutica, bem como computadores para realização de registos de enfermagem. A medicação que dá suporte ao SO, bem como à Urgência Geral, quando necessário, está localizada no corredor adjacente, também num sistema *BD Pyxis*, sendo este de maiores dimensões. Nessa área existem também um gabinete médico que dá apoio ao SO, um quarto médico, dois armazéns de material para reposição de stock nas zonas de trabalho, uma zona de despejo/área de sujus, uma copa e uma zona de banho assistido. Nesse corredor existe ainda um carro de emergência ao serviço do SO. Devido à elevada afluência ao SU, por vezes há a necessidade de colocar doentes em macas no corredor por lotação completa das vagas no SO.

No que toca aos recursos humanos deste serviço, a equipa de enfermagem é chefiada por um enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, com competência diferenciada em Enfermagem do Trabalho, Emergência Extra-Hospitalar e Supervisão Clínica e com a subchefia de um enfermeiro generalista. O corpo de enfermagem é composto por cinco equipas com horário rotativo e oito enfermeiros com horário fixo, resultando num total de cinquenta e dois enfermeiros, dispendo ainda de vinte e oito técnicos auxiliares de saúde, uma assistente operacional e oito administrativos. A equipa médica tem uma escala rotativa contando na sua maioria com médicos sem vínculo contratual fixo, impedindo alguma estabilidade que seria imprescindível num espaço de tratamento de doente crítico onde o trabalho em equipa pode representar um fator-chave para ganhos em saúde.

No que toca às dotações seguras, descritas no Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro (OE, 2019b), podemos constatar que a limitação de recursos humanos leva por vezes à impossibilidade de cumprir com as recomendações referidas em algumas alíneas, nomeadamente no que toca à exigência na formação dos seus recursos humanos, referente ao Suporte Avançado de Vida [SAV], Suporte Básico de Vida e , mais especificamente na enfermagem, a competência de EE-EMCPSC.

Relativamente aos recursos disponíveis, para além dos já descritos, este SUMC dispõe ainda de uma Via Verde do Acidente Vascular Cerebral [VVAVC], estruturada pela Norma nº 015/2017 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a), garantindo cuidados de qualidade em situações de AVC, sendo esta ferramenta tão eficaz quanto assim seja também a articulação com o Serviço de Imagiologia e o SMI e uma correta pré-notificação por parte do CODU. A resposta dada por esta via é assegurada pelo enfermeiro escalado na SE no respetivo turno, devendo este sempre que possível ser EE-EMCPSC.

Mais recentemente foi também estruturada uma escala para o transporte do doente crítico, existindo durante vinte e quatro horas por dia um enfermeiro de prevenção para transferências inter-hospitalares, sendo esta estruturada segundo as recomendações para o

Transporte de Doentes Críticos Adultos (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Os registos de enfermagem, neste SUMC, são realizados através do programa Informático SClínico, tanto na Urgência Geral como no Serviço de Observação, onde são registadas as intervenções de enfermagem que dão resposta às necessidades identificadas com recurso à CIPE, bem como a validação da terapêutica e do diário de enfermagem, garantindo assim a continuidade dos cuidados ao longo da permanência no SU.

2.1.3. Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

As UL-PPCIRA surgem através do Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro (MS, 2013) com a associação dos anteriores programas de Controlo de Infeção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, tendo esse despacho sido revogado pelo Despacho n.º 10091/2022, de 8 de setembro (MS, 2022) onde é atualizado o PPCIRA, sendo este posteriormente modificado com o Despacho n.º 6386/2023, de 9 de junho (MS, 2023). A sua criação tem como objetivo principal a redução da incidência das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS], a utilização correta e responsável dos antimicrobianos e a diminuição da existência de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos.

A UL-PPCIRA organiza-se pelo território nacional em três níveis: de forma central pela direção nacional do PPCIRA integrada na DGS; de forma regional pelas Unidades Regionais-PPCIRA, integradas nas atualmente extintas Administrações Regionais de Saúde; e a nível local com as UL-PPCIRA, que estão integradas nos estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde como as ULS.

Compete à UL-PPCIRA hospitalar a promoção de prática de prevenção e controlo de infeção e de uso de antimicrobianos, garantir o cumprimento dos programas de vigilância epidemiológica de IACS, a implementação de auditorias internas no âmbito do PPCIRA, garantir o cumprimento de Precauções Básicas de Controlo de Infeção [PBCI] e precauções baseadas nas vias de transmissão, promover a prática de isolamentos de forma a conter agentes multirresistentes, garantir o cumprimento de normas e orientações do PPCIRA e da DGS, colaborar na notificação de doenças de declaração obrigatória, investigar possíveis surtos através de inquéritos epidemiológicos e colaborar nas auditorias e ter como interlocutor privilegiado o diretor de serviço e enfermeiro gestor de cada serviço clínico e podendo ter colaboração dos elos de ligação de cada serviço para ações práticas e de implementação (MS, 2023).

As UL-PPCIRA hospitalares são compostas por um diretor e um enfermeiro gestor com dedicação de horário completo a essa função, devendo a equipa ser multidisciplinar, tendo de

incluir obrigatoriamente na sua composição médicos, sendo pelo menos da especialidade de patologia clínica ou microbiologia, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde relacionados com a área de intervenção, nomeadamente com qualidades na área da ciência da qualidade e de implementação. Para além do diretor deve existir um médico com pelo menos vinte e oito horas dedicadas a este programa por cada duzentas e cinquenta camas hospitalares e por cada mais cento e cinquenta camas hospitalares deve ser integrado um segundo enfermeiro a tempo inteiro a este programa (MS, 2023; OE, 2019b). Existe uma interação contínua entre a UL-PPCIRA e as entidades relacionadas com a epidemiologia e com o serviço de qualidade e segurança, permitindo assim uma melhoria contínua dos cuidados de saúde à população.

Segundo a OE (2019b), o enfermeiro que exerce funções na UL-PPCIRA deve ter formação específica “que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito e/ou ter experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em controlo de infeção” (p. 148), quer seja por formação avançada, pós-graduação, mestrado ou especialidade que desenvolva competências nesta área, o que faz do EE-EMCPSC de um enfermeiro capacitado para este cargo.

Na realidade vivida nesta ULS a enfermeira gestora da UL-PPCIRA é Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no entanto com competência Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infeção, respeitando uma das premissas descritas para o cálculo de dotações seguras.

A área de trabalho desta unidade a nível funcional consiste num gabinete com recursos para uma gestão adequada, mas em questões práticas consiste em toda a ULS mais propriamente a unidade hospitalar onde esta se encontra, pois o trabalho desenvolvido é aplicado nas áreas de cuidados aos doentes e nas áreas de tratamento de resíduos, bem como todo o espaço interior como zonas de espaço comum que integrem a instituição de saúde.

2.2. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O INEM tem a sua origem em 1981, através do Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto (Ministérios da Defesa Nacional, das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa, 1981), sendo a entidade que sucede os antigos Serviço Nacional de Ambulâncias e o Gabinete de Emergência Médica. Foi evoluindo ao longo dos tempos, articulando-se com outras entidades de prestação de cuidados de socorro já com vista à implementação do Sistema Integrado de Emergência Médica [SIEM]. Em 1989 entra em funcionamento a primeira VMER, sediada em Lisboa, em 1997 juntam-se à rede de meios

INEM os primeiros helicópteros e só em 2007 é que todos os distritos passam a dispor de um meio SAV, com a existência de pelo menos uma VMER em cada distrito. A missão do INEM é garantir a eficácia e o desenvolvimento sustentável do SIEM, reunindo esforços para que represente uma organização inovadora, sustentável e de referência, assumindo-se como uma marca de excelência na área da saúde (INEM, s. d.).

A carteira de serviços do INEM conta com serviços de prestação de socorro e gestão da resposta às necessidades de saúde urgentes e emergentes. Cabe ao INEM a gestão do SIEM; garantir a atividade do CODU de forma ininterrupta durante todo o ano, através do número 112 e contando com o CODU Mar, o Centro de Informação Antivenenos [CIAV] e Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise; prestar assistência garantindo a prestação de serviços de emergência médica extra-hospitalar, contanto com os helicópteros de emergência médica, as VMER, as Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, as Ambulâncias SIV, as Ambulâncias de Emergência Médica, os Motociclos de Emergência Médica, as Ambulâncias de Socorro sediadas nos parceiros do SIEM e as Unidades Moveis de Intervenção Psicológica de Emergência [UMIPE]; a regulação do transporte de doentes e dos seus recursos, como os veículos utilizados; a gestão integrada e prestação de assistência médica em situações de exceção e catástrofe, proteção de altas individualidades e outro tipo de missões; garantir a formação adequada dos profissionais integrantes dos serviços de emergência médica; garantir a formação de toda a população dentro daquilo que possa ser da sua competência; a acreditação de entidades externas para formações na área da Emergência Médica; e a divulgação das atividades desenvolvidas. Para além destas atividades, o INEM também realiza transporte de doentes não urgentes ou emergentes, acompanha situações médicas não urgentes ou emergentes e encaminha para outras vias, bem como realiza algumas intervenções de emergência social, no âmbito daquilo que são as suas competências (INEM, 2023).

O símbolo que representa a instituição é a Estrela da Vida, contendo um bastão com uma serpente enrolada, representando a saúde, sobre seis faixas azuis, sendo que estas últimas representam o ciclo de ações em termos de Emergência Médica: a deteção, o alerta, o pré-socorro, o socorro no local do acidente, os cuidados durante o transporte e a transferência e tratamento definitivo.

O INEM está estruturado em quatro áreas principais para além do conselho diretivo, sendo elas a área operacional, a área de formação, a área de regulação e a área de suporte. A área operacional é dividida em quatro delegações: a Delegação Regional do Norte, Delegação Regional do Centro, Delegação Regional de Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo e a Delegação Regional do Algarve, acrescentando o Departamento de Coordenação do SIEM. Na área de formação existem o Departamento de Formação, na área da regulação, o Gabinete de Acreditação de Entidades Formadoras e o Gabinete de Regulação do Transporte de

Doentes e, por fim, na Área de Suporte, todos os gabinetes e departamentos do foro administrativo, da gestão, logística, comunicação e qualidade.

Quando identificada uma situação de risco de vida, como por exemplo dor retrosternal, dispneia, sinais de AVC, alteração do estado de consciência, acidentes com gravidade ou de alta cinética, deve ser realizada uma chamada para o número europeu de emergência, o 112, ativando assim o SIEM para dar resposta à necessidade de cuidados. A chamada telefónica é atendida por um agente da Polícia de Segurança Pública [PSP] ou Guarda Nacional Republicana [GNR], dependendo da zona geográfica, que recolhe a informação inicial como a localização, a situação e o número de pessoas envolvidas, encaminhando a chamada consoante o tipo de ocorrência. Caso se trate de uma emergência médica, esta será encaminhada para o CODU, um incêndio ou situação da competência de gestão da proteção civil é encaminhada para a corporação de bombeiros local e no caso de situação de crime ou de segurança pública, esta é encaminhada para a PSP ou GNR consoante a localização.

Perante uma emergência médica, o atendimento no CODU é realizado por uma equipa de profissionais de saúde que avaliam a gravidade da situação e dão instruções de atuação. Em cada situação é feita uma triagem e atribuída uma prioridade, tendo o sistema de prioridades sofrido alterações recentes, sendo a resposta e o envio de meios associados ao tipo de prioridade identificada.

Existem cinco níveis de prioridade, organizados da seguinte forma: P5 – Não Urgente, perante situações que não necessitam de envio de meios e a chamada é transferida para a linha SNS24 onde é feito o encaminhamento e aconselhamento adequados; P4 – Pouco Urgente, representando situações de baixo risco clínico e prevendo um envio de meio de Suporte Básico de Vida com a chegada em até 120 min; P3 – Urgente, em situações com risco de agravamento clínico sendo ativado um meio de Suporte Básico de Vida com resposta em até 60 min; P2 – Muito Urgente, para situações de risco clínico elevado e prevê a chegada do primeiro meio de socorro ao local em 18 min.; P1 – Emergente, definido para situações de risco de vida iminente, com necessidade de resposta imediata, sendo enviados meios de Suporte Básico de Vida articulando com meios de SIV ou SAV. Podem ser enviados ao local meios diferenciados como helicóptero ou agentes da PSP/GNR para segurança dos profissionais, bem como outros meios integrados no SIEM que possam dar resposta perante os cenários encontrados. Os meios enviados são selecionados de forma criteriosa tendo por base a situação clínica das vítimas, a proximidade do local de ocorrência e a acessibilidade ao local, podendo perante cada situação ser ativados motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros.

Após a prestação dos cuidados identificados como necessários no local, as vítimas são transportadas para a unidade de saúde mais próxima ou mais diferenciada dependendo da necessidade de cuidados ou de estabilização prévia ao transporte. O contexto selecionado

para o desenvolvimento das competências foi um meio VMER, cuja ativação é feita quando identificadas situações de prioridade P1 – Emergente.

2.2.1. Viatura Médica de Emergência e Reanimação

A VMER consiste num veículo ligeiro para intervenção extra-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa de emergência médica ao local onde se encontra a vítima, equipado com equipamento de SAV. O principal objetivo perante cada ativação deste meio é a estabilização e acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita que representem situações de emergência. Como já descrito anteriormente, está integrada no SIEM e está sediada nos SMUC e SUP, com gestão integrada nesses serviços, embora nesta VMER a coordenação não seja dependente da gestão do SUMC, tendo uma coordenação própria sem relação direta.

A equipa médica é preenchida por uma escala com alguma rotatividade de elementos e, nesta fase, com alguns elementos recentes, levando a uma necessidade acrescida e maior esforço para um trabalho em equipa. Na equipa de enfermagem desempenham funções um total de dezasseis enfermeiros, dos quais dez são EE-EMCPSC, um enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, sendo o atual coordenador um dos EE-EMCPSC, que também desempenha funções na equipa. Os elementos da equipa desempenham funções não só no serviço de urgência do hospital onde está sediada, mas também no SMI e no Bloco Operatório. A equipa que atua na VMER é constituída por um médico e um enfermeiro.

A viatura está equipada com o material imprescindível para a abordagem médica perante situações de trauma e emergências médicas, contando com uma mala de primeira abordagem contendo material de uso clínico para a vítima adulta e medicação, havendo uma mala adaptada para a vítima pediátrica. O equipamento disponível conta ainda com um kit de partos, um kit de triagem multivítimas, uma mala com equipamento de reserva para casos multivítimas ou situações de emergências seguidas com impossibilidade de tempo para repor material, um armazenamento para medicação com necessidade de frio e outro para aquecimento de soros, equipamentos de proteção individual, incluindo capacetes, um aspirador de secreções portátil, uma seringa infusora, uma bala de oxigénio, um ventilador mecânico, um sistema de compressão LUCAS e um monitor desfibrilhador com capacidade de realizar ECG de doze derivações.

A base da VMER possui um armazém próprio para reposição de stock e possui rotinas diárias e semanais para verificação do material e das condições dos diversos equipamentos, registadas numa checklist para conhecimento de toda a equipa.

A ativação para cada ocorrência é recebida por três vias: via rádio, com hipótese de comunicação de baixa frequência, onde é informada apenas a ativação do meio; via mensagem através de um telemóvel próprio da equipa propositado para esse fim e para colocação do mapa com GPS, onde é fornecida a localização e o tipo de ativação; e ainda através do computador portátil na plataforma iTeams, onde vem descrito toda a informação conhecida sobre a ocorrência, sobre a vítima e a localização com coordenadas GPS. Após a ativação, é verificada a localização para que se possa fazer uma previsão da rota e realizar um pré-briefing já na viatura, para que à chegada as tarefas estejam previamente definidas e a atuação possa ser o mais otimizada possível, garantindo uma atuação e estabilização célere da vítima para assim transportar para a unidade hospitalar mais próxima.

Após realizados os cuidados necessários, é tomada a decisão quanto ao transporte da vítima e ao seu acompanhamento, havendo a hipótese de recusa de transporte até uma unidade hospitalar por parte da vítima ou do seu responsável legal. Nas situações em que a vítima falece no local ou à chegada ao local e à observação da vítima, a situação não é compatível com medidas de reanimação, é então verificado o óbito no local pelo médico da equipa da VMER.

Os registos de enfermagem são realizados na plataforma iTeams, onde é feito um registo completo da situação, nomeadamente a queixa principal à chegada, a informação clínica, avaliações realizadas, terapêutica administrada, intervenções realizadas, hipótese de diagnóstico, tipo de transporte e local de destino da vítima.

Houve uma grande rotatividade da viatura utilizada, o que demonstrou ser uma preocupação constante para todos os profissionais frequentemente referida devido às condições de segurança da mesma, havendo no período de estágio momentos em que a VMER não estava operacional devido a problemas relacionados com a viatura, deixando a população sem resposta por parte deste meio até que a viatura fosse substituída.

A frequência de ativação desta VMER é muito variável, uma vez que depende do número de emergências na área que abrange. Os motivos de ativação mais frequentes desta VMER são dor torácica, dispneia e paragem cardiorrespiratória [PCR] em pessoas idosas.

É um contexto muito desafiador, em que os profissionais são expostos por vezes a grandes níveis de stress, tendo de lidar com situações complexas em ambientes pouco ou por vezes nada controláveis, exigindo muito mais do que competências técnicas de cada profissional. Foi possível observar que a equipa e a relação de trabalho em equipa são um fator que traz segurança e qualidade na resposta pré-hospitalar, conseguindo num ambiente descontrolado coordenar uma resposta perante uma situação emergente.

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

O Enfermeiro Especialista é aquele a quem é reconhecida a “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (OE, 2019a, p. 4744)”, devendo este cumprir com a sua deontologia profissional e assim garantir um exercício das suas funções tendo por base os “adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Assembleia da República [AR], 2015, p. 8078), sendo o próprio enfermeiro o responsável por garantir a “atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (AR, 2015, p. 8079). Desta forma podemos assumir que é da responsabilidade individual de cada enfermeiro a decisão pela aquisição e desenvolvimento de novas competências.

Perante essa responsabilidade individual e profissional, cada enfermeiro deve refletir sobre as suas competências e o seu desenvolvimento, realizando um autodiagnóstico, de forma a poder identificar as suas necessidades formativas, permitindo assim definir e priorizar estratégias para a aquisição de novas competências. Zabalza (2013) realça a importância dos processos de aprendizagem individualizada e autónoma, acrescentando que esta é dependente da capacidade de autodiagnóstico das competências a desenvolver, para que possa ser delineado um percurso corretamente adaptado ao seu desenvolvimento. Também Brown Tyo e McCurry (2019) destacam os processos de aquisição de competências para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, reforçando a importância do raciocínio clínico e da monitorização contínua da aquisição de competências. Esta responsabilização individual é de particular relevância em contextos de formação pós-graduada, onde é esperado que o profissional de saúde desempenhe um papel ativo no seu desenvolvimento, aprimorando também as suas funções enquanto EE-EMCPSC.

As estratégias para o desenvolvimento de competências no âmbito desta especialização em enfermagem foram definidas tendo por base o autodiagnóstico e autorreflexão sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EE-EMCPSC, definidas pela OE, em conjugação com as Competências de Mestre também definidas no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, desenvolvidas durante o percurso

académico na Unidade Curricular [UC] de Projeto em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica.

Relativamente ao grau de Mestre, a sua aquisição está diretamente associada ao desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista, sendo esta graduação atribuída a quem cumpra com os requisitos estipulados no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto:

- “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.”
(Assembleia da República, 2018, p. 4162).

Ao longo deste capítulo será feita uma análise reflexiva da aquisição de competências do EE-EMCPSC, tendo por base as situações experienciadas em contexto de estágio, as ferramentas adquiridas e desenvolvidas nas UC e fazendo uma associação de cada domínio de competências às competências de mestre, uma vez que estas são indissociáveis das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O conceito legal de competências comuns é definido pela OE através do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, no qual se afirma que:

- “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p. 4745).

Estas competências são divididas em quatro Domínios de Competências, sendo estes: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua e da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a). Inseridas em cada domínio, estão presentes duas ou mais competências que serão apresentadas de seguida, em associação às competências de mestre, sobre as quais será redigida uma análise reflexiva quanto ao seu desenvolvimento e à sua aquisição ao longo de todo o ciclo de estudos.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal – A

Perante o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, identificado com a letra “A”, são descritas duas competências:

“Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (OE, 2019a, p.4746).

“Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.” (OE, 2019a, p. 4746).

Associada ao desenvolvimento das competências transcritas, foi em simultâneo desenvolvida a seguinte competência de mestre:

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

O desenvolvimento das competências deste domínio foi possível quer em contexto das UC quer em contexto dos estágios, contribuindo assim para uma evolução positiva na aquisição de uma conduta que dignifique os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro especialista.

Foram vários os recursos utilizados ao longo deste processo, destacando que o trabalho académico desenvolvido na UC de Enfermagem e Formação e de Ética e Deontologia de Enfermagem foi um grande alicerce, tanto nas reflexões desenvolvidas em sala de aula, como nos próprios trabalhos escritos.

Na UC de Enfermagem e Formação foi solicitada uma leitura e reflexão crítica de documentos que regulam a enfermagem como profissão e o ensino a nível académico para a aquisição de competências, destacando:

- Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos;
- Carta dos Direitos do Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Carta dos Direitos do Doente Internado;
- Diretiva Antecipada de Vontade em Cuidados de Saúde;
- Regulamento que Define o Ato do Enfermeiro;
- Estatutos da Ordem dos Enfermeiros [EOE] - Capítulo VI: Deontologia Profissional;
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;
- Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência;

O resultado deste trabalho consistiu num portefólio que reúne os documentos base para o exercício da profissão, criando um acesso facilitador aos mesmos durante o percurso académico, mas também profissional, bem como a consciencialização dos valores profissionais, éticos e deontológicos que estes nos transmitem, levando a um exercício profissional com maior responsabilidade e a uma tomada de decisão mais fundamentada e consciente.

Relativamente à UC de Ética e Deontologia de Enfermagem, também foi uma ferramenta fulcral para estimular o raciocínio crítico e a lógica com base ética, tendo sido desenvolvido em sala de aula um aprofundamento de cada ponto descrito no Código Deontológico [CD] com uma análise refinada sobre cada assunto retratado, resultando num aprofundamento das suas alíneas e facilitando a sua aplicação na prática diária de enfermagem. A realização de um ensaio sobre um dilema ético de escolha pessoal representou também uma metodologia de grande importância para o desenvolvimento desta competência, tendo sido desenvolvido o tema intitulado “*A influência da relação familiar nos limites da relação profissional*”, refletindo à luz do CD e da ética de que forma a relação familiar pode ter influência sobre a prestação de cuidados de enfermagem ao doente caso se tratasse de um familiar, bem como até que ponto essa prática deve ser evitada, não existindo nenhuma limitação legal para o assunto, permitindo assim uma tomada de decisão relativa a este assunto mantendo os valores éticos

e deontológicos e garantindo os direitos do doente bem como os princípios éticos que lhe são inerentes.

No que toca à atividade profissional e ao percurso desenvolvido nos contextos de estágio, é possível afirmar que todo este trabalho foi diferenciador para a aquisição das competências na prática diária.

O próprio CD na sua primeira alínea refere que o enfermeiro tem o direito a “exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem” (AR, 2015, p. 8077), conferindo assim uma obrigatoriedade legal para o cumprimento do descrito no mesmo, nas Leis e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], de forma a garantir uma conduta ética e profissional.

Dessa forma, o enfermeiro vê-se no respeito pelos valores universais na sua relação profissional, nomeadamente: igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional (AR, 2015). Ainda na sua redação, podemos verificar no CD que os deveres do enfermeiro dizem respeito à garantia do cumprimento deontológico, à proteção dos direitos humanos e à garantia de uma prática segura, promovendo a dignidade do doente e a sua privacidade.

Nos vários contextos de estágio foi possível vivenciar diversas situações complexas, tendo participado ativamente em algumas tomadas de decisão de maior complexidade bem como compreender a forma como as diferentes equipas se articulavam para tomadas de decisão perante situações de prognóstico vital breve, garantindo os direitos do doente e a sua dignidade enquanto pessoa, envolvendo sempre que possível a família e respeitando sempre a privacidade da pessoa.

Na experiência vivida na UCIP, foi possível deparar-me com uma prestação de cuidados por parte da equipa de enfermagem que se pode afirmar como defensora dos direitos do doente, da sua dignidade, segurança e privacidade. Ao contrário da experiência profissional que tinha vivido até ao momento, foi também possível verificar como a equipa multidisciplinar se articula continuamente, de forma especial nas tomadas de decisão, tendo as várias classes profissionais uma opinião que é tida em conta e valorizada, facilitando o processo de tomada de decisão (Epstein & Hamric, 2009). Nunes (2009) também defende a importância da articulação da equipa multidisciplinar, afirmando que a deliberação ética exige uma análise partilhada de factos e valores, de forma a permitir que a tomada de decisão seja moralmente justificada e prudente, não sendo apenas correta na sua forma técnica.

No que se refere aos cuidados diários de enfermagem, foi possível perceber e desenvolver a capacidade de compreender que mesmo perante um doente sob medicação sedativa, sem capacidade para tomar decisões no momento, é possível manter a dignidade humana, valorizando a opinião de familiares, conhecimentos prévios sobre a situação e

preferências do doente, incluindo todos esses valores nas tomadas de decisão, cumprindo os valores já referidos anteriormente, podendo recorrer a manifestações prévias da pessoa, como é exemplo a Diretiva Antecipada de Vontade ou Testamento Vital, garantindo também o descrito na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (AR, 2012; Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006). Foi sempre garantida a privacidade do doente e da família, mesmo perante um espaço em que apenas existem cortinas a separar as diferentes unidades dos doentes.

A passagem de informação é realizada numa sala que permita a monitorização contínua, mas garantindo a privacidade de cada indivíduo, permitindo a transmissão de toda a informação de forma completa e estruturada à equipa. Perante toda a prestação de cuidados, seja diária seja perante emergências, houve sempre uma preocupação acrescida quanto à privacidade, utilizando as cortinas para garantir a mesma.

No que toca à informação e tomada de decisão, sempre que o doente tinha capacidades para tomar decisão, este era envolvido e informado dos procedimentos, uma vez que o ambiente na UCIP por vezes provoca alguma ansiedade e receio aos doentes, este procedimento é esclarecedor e acaba por trazer alguma segurança e conforto ao doente (Lewis et al., 2018). Perante as restantes situações, na ausência de capacidade de tomada de decisão por parte do doente, especialmente em decisões sobre situações de fim de vida ou implementação de procedimentos complexos, foi sempre envolvida a família perante a mesma, como sucedido em dois momentos de forma especial, uma situação de morte cerebral com viabilidade para doação de órgãos e uma situação de decisão de escalar as medidas terapêuticas ou privilegiar o conforto da pessoa. Em ambas as situações descritas, bem como em situações semelhantes, o envolvimento familiar foi uma das primeiras premissas para o processo, sendo a primeira medida implementada. Os familiares eram convocados e de forma presencial, numa sala à parte, eram prestadas as informações sobre a situação, sobre as medidas que poderiam ser implementadas, os possíveis riscos associados, bem como medidas alternativas, tendo a decisão final a opinião familiar em consideração. Nas situações em que a decisão incidiu sobre privilegiar as medidas de conformo em prol da ausência de sofrimentos nos últimos dias de vida, foi sempre permitida uma presença excecional de visitas de forma extraordinária, garantindo a dignidade humana (Alanazi et al., 2024; Buhagiar et al., 2020; Palmryd et al., 2024).

No que toca à tomada de decisão, foi possível experienciar uma tomada de decisão sobre a cessação de medidas de Reanimação Cardiopulmonar [RCP], momento que considerei de importante aprendizagem. Perante um doente com cerca de 50 anos, em PCR, após vários ciclos de SAV, houve necessidade de tomar uma decisão sobre continuar ou cessar as intervenções de RCP. Perante esta situação, todos os elementos da equipa de saúde presentes, nomeadamente médicos e enfermeiros, tiveram voz na tomada de decisão, tendo

sido questionado se todos concordavam, devido ao quadro de deterioração observável, à duração das medidas de SAV, exaustão da maioria dos profissionais perante uma situação que durava há cerca de quase três horas, entre outros fatores, em suspender as medidas assumindo que a situação já estaria num estado irreversível, tendo apenas um dos enfermeiros presentes não concordado com a decisão. Perante esta situação não houve interrupção das intervenções e durante os dois minutos seguintes houve uma preocupação em perceber o porquê dessa decisão, que era sustentada na avaliação feita pelo enfermeiro naquele momento. Tendo a equipa compreendido a situação, foi feita uma análise em equipa do estado em que se encontrava a doente naquele momento, tendo sido unânime a cessação das medidas de RCP de forma consciente e ponderada por todos os profissionais de saúde presentes. Foi possível transportar a importância e o peso da tomada de decisão, levando essa aquisição para os estágios seguintes, tendo sido diferenciador na prestação de cuidados e no processo de tomada de decisão desde esse momento.

Ainda neste contexto foi possível prestar cuidados a doentes de variadas culturas, convicções espirituais, tendo sido garantido o acesso aos cuidados de saúde, garantindo o direito à igualdade, justiça e aos valores humanos, “sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (AR, 2015, p. 8079).

No contexto do SUMC, foi considerada um dos maiores desafios a garantia da privacidade, dos valores e da dignidade humana, uma vez que se trata de um serviço que funciona como uma porta aberta para garantir a igualdade de acesso aos cuidados de saúde a todos. Devido ao excesso de afluência que existe atualmente aos serviços de saúde, mais concretamente aos serviços de urgência, por vezes os recursos existentes, por serem finitos, não são suficientes para dar uma resposta igual na sua forma completa a todos os doentes, tendo presenciado a necessidade de colocação de doentes em macas no espaço físico dos corredores, colocando à prova a dignidade e a privacidade de cada doente nessa situação.

Perante a prestação de cuidados observada e prestada neste contexto, houve sempre uma preocupação para que no momento da prestação de cuidados fosse garantido o máximo de privacidade e dignidade ao doente, deslocando a maca para um espaço mais reservado, de porta fechada. Este facto foi discutido com o enfermeiro orientador na procura de resposta sobre se a equipa considerava que estava a ser garantido a privacidade, dignidade e os direitos do doente, pelo que a resposta encontrada foi que a equipa de enfermagem fazia todos os esforços para que, dentro daquilo que o espaço físico possibilitava, garantissem o máximo de valores aos doentes nessas situações, uma vez que o espaço físico e a ausência de vagas em internamentos ou SO eram o fator que provocava tal situação. Houve então uma tentativa de refletir sobre alternativas de organização dos doentes no espaço físico existente, tendo sido possível mobilizar um número reduzido de doentes para um espaço com maior privacidade, mas não resolvendo a situação por completo, para além de se tratar de uma

situação menos recorrente naquele SUMC, o que se pôde verificar durante o restante período de estágio.

Durante o último contexto, a VMER, contra todas as expectativas pré-existentes, foi possível verificar que também existe uma atenção cuidada pelo respeito e dignidade da pessoa, respeitando a sua vontade e a vontade dos familiares próximos em situações próximas do fim de vida, algo que pensei que acabasse inconscientemente por ser negligenciado na sua grande maioria das situações, uma vez que quando é ativada a emergência extra-hospitalar, pela gravidade da situação, poderia ser esperado que a atuação incidisse preferencialmente sobre a causa clínica para providenciar uma resposta rápida.

No entanto, foi possível presenciar e colaborar na tomada de decisão por parte da família e dos cuidadores, que perante uma situação próxima de fim de vida desconheciam a hipótese de recusa de transporte da doente para a unidade hospitalar. Perante algumas situações como a descrita e após diálogo com a família sobre a situação geral da pessoa a necessitar de cuidados, foi prestada a informação do prognóstico esperado e dado conhecimento da recusa de transporte, inclusive discutidos o valor da vida humana e o conforto em fim de vida, dando a hipótese de que a pessoa pudesse ter um fim de vida preservando a dignidade humana e respeitando os valores éticos. O cumprimento com o descrito no artigo 105º dos EOE, que diz respeito ao dever de informação por parte do enfermeiro, fazendo cumprir o direito à autodeterminação da pessoa, promovendo o consentimento informado e esclarecido, informando dos cuidados de saúde e de enfermagem que seriam prestados perante cada uma das escolhas que fossem feitas, esclarecendo todas as dúvidas e questões (AR, 2015). Foi diferenciador perante um momento decisivo, proporcionando uma tomada de decisão perante um seio familiar, envolvendo os vários intervenientes, garantindo o conforto de todos, tal como defendia Kolcaba (2003), nos contextos “físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental”. Físico evitando a presença de dor com a administração de analgesia, psico-espiritual, promovendo e fazendo cumprir as crenças e vontades previamente conhecidas, sociocultural, garantindo o conforto no meio onde esta se inseria, como os profissionais e colegas nos casos em que se encontrava no lar, e ambiental, garantindo que o ambiente para os últimos momentos era digno e proporcionava conforto. Este último contexto foi o principal diferenciador na tomada de decisão da família, optando por um conforto no lar, na casa da pessoa, em detrimento de ser enviada até à unidade hospitalar onde se considerava que apenas se iria prolongar o sofrimento de uma pessoa que tinha um elevado grau de dependência e um nível de consciência já deteriorado.

Também o sigilo representou um grande desafio a nível do pré-hospitalar, em situações de ocorrências na via pública ou na prestação de socorro em situações mediáticas. Na primeira situação existe uma grande exposição perante as pessoas que circulam na via, tendo sido necessário recorrer à mobilização das vítimas assim que possível para o interior das

ambulâncias de socorro e assim garantir a privacidade e a sua dignidade. Na segunda situação, por vezes acabamos por ser interpelados por colegas que questionam sobre as situações vistas como mediáticas na tentativa de satisfazer a curiosidade e é de todo modo importante saber respeitar o direito ao sigilo das pessoas envolvidas numa ocorrência.

3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade – B

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, identificado com a letra “B”, são descritas três competências:

“Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.” (OE, 2019a, p. 4747)

“Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (OE, 2019a, p. 4747)

“Competência

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.” (OE, 2019a, p. 4747)

Com o desenvolvimento das referidas competências comuns, foram também desenvolvidas as seguintes competências de mestre:

- “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;
- (...)

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (AR, 2018, p. 4162).

Perante o desenvolvimento das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, no decorrer das unidades curriculares, foi possível desenvolver ferramentas para aplicação posterior nos contextos de estágio, nomeadamente criação de feixes de intervenção e treino na utilização de ferramentas de comunicação e avaliação do estado clínico e geral dos doentes. Através da UC de Segurança da Pessoa em Situação Crítica – Prevenção e Controlo das IACS, foi desenvolvido um plano de prevenção, permitindo o desenvolvimento de ferramentas para a identificação de oportunidades de melhoria, através de ferramentas de diagnóstico e identificação de necessidades dos serviços, procurando uma implementação de medidas de forma a garantir a segurança do doente. Também na UC de Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica foi possível, através de simulações estruturadas, desenvolver técnicas de *briefing*, *debriefing*, transmissão de informação e avaliação sistematizada dos doentes, dando a possibilidade de transportar todas essas ferramentas para a prática na tentativa da melhoria dos cuidados perante os contextos encontrados.

Relativamente ao sistema de saúde em Portugal, é de conhecimento geral a existência de um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD], sendo o plano vigente relativo ao período de 2021 – 2026 (MS, 2021), tendo como a sua fonte o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 – 2030, redigido pela WHO (2021), com o título “*Global Patient Safety Action Plan 2021 – 2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*”, em que são expostos sete objetivos estratégicos para atuação a nível mundial, focados na segurança do doente, dos profissionais, na implementação de políticas para eliminar danos evitáveis nos cuidados de saúde bem como na qualidade e procura por evidência através de desenvolvimento de pesquisa, controlo de risco e competências dos profissionais de saúde. O PNSD 2021 – 2026 vem dar continuidade ao existente no período 2015 – 2020, período em que foram implementadas melhorias, possíveis de verificar a sua continuidade e exigência nos dois serviços hospitalares, como “a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da notificação de incidentes de segurança” (Ministério da Saúde, 2021, p.97). Foi também criado o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, sendo uma prática do conhecimento dos profissionais dos vários contextos. O PNSD 2021 – 2026 apresenta cinco pilares, nomeadamente: pilar 1 – Cultura de segurança; pilar 2 – Liderança e governança; pilar 3 – Comunicação; pilar 4 – Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros, sobre os quais se desenvolvem projetos nas várias instituições de saúde.

Também na Lei de Bases da Saúde podemos verificar, como primeira base, o direito à proteção da saúde, referindo-se ao “direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado

de saúde físico, mental e social” (AR, 2019, p.56) sendo a responsabilidade por essa garantia atribuída à sociedade, às pessoas mas também ao Estado, uma vez que este o realiza “através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais” (AR, 2019, p.56). Também na base 2 referente aos direitos e deveres das pessoas, refere que é um direito aceder a “cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (AR, 2019, p. 56) conferindo assim aos serviços de saúde a responsabilidade de uma atualização dos conhecimentos, garantindo uma melhoria contínua e maior segurança na prestação de cuidados. Ainda na base 20, referente ao SNS, verifica-se que de entre os vários princípios que devem ser garantidos, pode ser destacado o da qualidade, “visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (AR, 2019, p.61).

No que toca à prestação de cuidados por parte do EE-EMCPSC, este também deve assumir uma garantia da qualidade dos cuidados de saúde e para isso deve reger a sua ação tendo em vista o cumprimento no descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), descritos de forma simples e de fácil aplicabilidade permitindo que estes sejam “norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica” (OE, 2017, p.2), onde podemos verificar que o EE “faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar” (OE, 2017, p. 9).

Relativamente à aquisição de competências neste domínio em contexto de estágio, posso afirmar que a experiência vivida no contexto do SUMC teve um grande impacto, porque, comparado com outros contextos, surgiram mais oportunidades de envolvimento em processos de auditoria, processos formativos e maior margem para sugestões de melhoria. No contexto de VMER, o período de estágio coincidiu com o período de criação e implementação, por parte da equipa de enfermagem, inserido no programa de melhoria contínua, de um elo da PPCIRA e de um responsável pela Formação da equipa, elementos inexistentes até ao momento. Inclusive foi-me pedida a sugestão, depois da experiência vivida, sobre estratégias de melhoria, à qual respondi com sugestões que foram integradas no plano de formação da equipa. Da mesma forma foram discutidas e avaliadas as hipóteses relativas ao controlo de infeção e estratégias de melhoria para implementação aquando da aprovação dos elos.

No âmbito do período decorrido na UL-PPCIRA, houve oportunidade de participar num projeto de melhoria contínua, que consistiu em realizar auditorias ao serviço de cirurgia geral

da ULS, utilizando os critérios de avaliação comuns perante uma auditoria externa e acrescentando alguns parâmetros para avaliar o cumprimento das normas divulgadas pela UL-PPCIRA. Foi possível acompanhar todo o processo, desde a realização do documento com os parâmetros até à elaboração final do relatório com a apresentação das sugestões de melhoria ou necessidades de alteração para cumprimento das normas avaliadas.

Relativamente ao contexto da UCIP, foi possível divulgar alguns conhecimentos no âmbito da divulgação e formação interna do serviço, recorrendo a revisões de literatura realizadas nas UC, com o objetivo de divulgar a evidência mais atual cruzando com as normas emitidas pela DGS, dando origem posteriormente a uma norma interna realizada pela equipa. Foi possível observar que o plano de formação da equipa é algo que vai ao encontro das necessidades formativas identificadas pelas várias classes profissionais, sendo esta complementada com algumas formações de integração de novos elementos para que seja garantida uma atuação por parte da equipa de forma protocolada e garantir assim a qualidade e continuidade dos cuidados. O período de estágio coincidiu também com um processo de atualização de todas as normas internas já existentes no serviço, envolvendo toda a equipa de enfermagem, com o intuito de estimular a aquisição, desenvolvimento e atualização de conhecimentos. Foi identificada a necessidade da criação de uma ferramenta de uniformização dos processos clínicos de enfermagem à qual foi dado início em parceria com a equipa de enfermagem e que se encontra em evolução pela mesma, uma vez que esta atualização e este ajuste requerem uma dinâmica constante com o gestor do software utilizado, tornando o processo mais demorado.

Nos diversos contextos foram utilizadas ferramentas sistematizadas de avaliação do doente e da transição de cuidados de saúde, nomeadamente utilizando as mnemónicas “ISBAR” para transmissão de cuidados e “ABCDE” e “CHAMU” para avaliação sistemática. Estas são algumas das ferramentas, sendo as mais frequentemente utilizadas em contexto de emergências e sala de emergência ou transferência de doentes, garantindo assim uma uniformização e passagem de informação estruturada, com vista à garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Esta utilização é também recomendada pela DGS na sua Norma 001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, fundamentando que esta auxilia na garantia da segurança do doente e de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde. (DGS, 2017b). Esta norma surge também no decorrer do PNSD 2015 – 2020 (MS, 2015). Relativamente à avaliação sistemática, o Ressuscitation Council UK (2024) recomenda a utilização da mnemónica ABCDE para uma abordagem perante o doente crítico em deterioração clínica, assim como Bruinik et al. (2024) também evidenciam que esta metodologia é recomendada em diretrizes internacionais de suporte de vida, bem como a DGS na sua Circular Normativa n.º07/DQS/DQCO de 31/03/2010 (DGS, 2010). Também a avaliação de escalas para ajuste da prestação de cuidados e implementação de medidas

preventivas, como a avaliação da escala de Braden, escala de Morse, são práticas comuns na UCIP e no SUMC quando o doente é admitido no serviço de observação, adequando assim o plano de cuidados consoante a avaliação obtida, contribuindo para uma melhoria dos indicadores de qualidade em saúde, como as úlceras por pressão e as quedas.

No que toca à administração de terapêutica, na UCIP e no SUMC, com a existência de um BD *Pyxis*, é possível uma maior segurança do doente. O sistema possui gavetas individualizadas evitando que seja retirado o medicamento errado e em determinados medicamentos apenas é dado acesso ao compartimento onde este se encontra, evitando que seja retirado outro por engano. Existe uma gestão *Look-Alike/Sound-Alike* [LASA] tanto nos medicamentos como nos nomes dos doentes, criando alertas através da alteração de cores ou na escrita para chamar a atenção do profissional, tal como descrito também na Norma 008/2023, relativa aos medicamentos de Alta Vigilância (DGS, 2023c). O sistema interage internamente com a Prescrição Eletrónica Médica, garantindo que quando é registada uma alergia medicamentosa, esta não seja possível de prescrever para aquele doente, bem como em cada perfil do doente apenas é dado acesso à terapêutica prescrita. O facto de existir uma forma organizada do stock terapêutico também traz algumas vantagens, contribuindo para a diminuição da fadiga e do cansaço dos profissionais, fator que está comumente relacionado com o erro terapêutico. O Institute for Safe Medication Practices [ISMP] sustenta todos estes factos e elabora normas e orientações para as melhores práticas na utilização destes sistemas, sendo estas informações sustentadas pelo documento “*Guidelines for the Safe Use of Automated Dispensing Cabinets*” (ISMP, 2019), bem como elabora orientações com frequentes para as melhores e mais seguras práticas a nível hospitalar, como se pôde constar no “*Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals*” (ISMP, 2026).

Quanto ao carro de emergência, na UCIP foi possível verificar que eram cumpridas as normas emitidas pela DGS na sua Norma n.º 008/2011 (DGS, 2011), quanto ao SUMC, o mesmo não se verificou quanto à medicação, existindo alguma medicação misturada, sem evidência clara e separação dos medicamentos LASA, tendo sido reportada a situação ao responsável pela organização do mesmo. Verificou-se que os enfermeiros maioritariamente não utilizavam a medicação do carro de emergência removendo a mesma do *Pyxis*, justificando com o comodismo da prática.

No contexto do SUMC foram ainda identificadas duas necessidades formativas, tendo sido realizadas duas formações em serviço nesse contexto, uma primeira sobre a preservação de vestígios forenses no serviço de urgência (Apêndice A) e uma segunda sobre o ruído também no serviço de urgência (Apêndice B).

No contexto de UCI, foi também divulgado, mas de forma não estruturada, o conhecimento adquirido sobre o efeito do ruído no doente crítico bem como integradas pela equipa algumas estratégias relativas à redução do mesmo, passando a constituir uma rotina

associada ao período noturno, como a redução das fontes luminosas com alguma antecedência para conseqüente diminuição do ruído do discurso, a redução do volume dos alarmes no período noturno, ou até mesmo desligar, alarmando apenas no posto central.

Quanto às estratégias de melhoria contínua, também foi possível a realização de *debriefing* após episódios de emergência, com vista à melhoria da atuação e otimização da resposta em situação de emergência, e, no contexto de UCIP, foi também realizado *debriefing* estruturado em situações de emergência segundo a mnemónica TALK : T - *Target* ; A - *Analysis*; L – *Learning Points*; K – *Key Actions*, para otimização da resposta nesse serviço. Diaz-Navarro et al. (2021) demonstram que esta ferramenta é impulsionadora da melhoria contínua devido à sua última etapa “K – *Key Actions*”, garantindo que é realizada uma ação prática com vista à melhoria após o *debriefing*, terminando esta fase com a delegação de tarefas atribuindo responsabilidade pela melhoria contínua a toda a equipa.

No seguimento do contexto do SUMC foi ainda possível acompanhar e integrar o processo de auditoria da VAVC e integrar a análise realizada, identificando os tempos realizados, nomeadamente porta-TAC, porta-agulha, existência de pré-notificação, entre outros momentos com duração variável, analisando os procedimentos efetuados e comparando com os *golden standards* (Caso et al., 2023), procurando oportunidade de melhoria. Esta avaliação culminou com a participação num relatório final mensal, que é apresentado à equipa do SUMC, para que todos possam melhorar a resposta dada e onde são incluídas estratégias de melhoria para toda a equipa.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados – C

No que toca ao domínio da gestão dos cuidados, identificado com a letra “C”, são descritas também duas competências:

“Competência

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” (OE, 2019a, p. 4748)

“Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019a, p. 4748)

Concomitantemente com as competências do domínio da gestão dos cuidados, também foi possível desenvolver as seguintes competências de mestre:

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

(...)

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;” (AR, 2018, p. 4162).

No que toca ao domínio de competências da gestão dos cuidados, esta está inerente aos documentos que regem a própria profissão, nomeadamente nos estatutos da OE, no regulamento que define o ato do enfermeiro (OE, 2022), bem como faz parte integrante dos padrões de qualidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

No que toca à regulamentação do ato do enfermeiro, quanto à responsabilidade e autonomia, é definido que o enfermeiro “é responsável pelas decisões que toma, pelos atos próprios da profissão necessários para o exercício profissional que pratica e pelas tarefas que delega”(OE, 2022, p.180), atribuindo ao enfermeiro a possibilidade de delegar tarefas, mas limitando esta função afirmando que “não pode delegar competências próprias da profissão em outros profissionais que não enfermeiros” (OE, 2022, p. 181). No entanto, ainda ao que se refere a delegação de tarefas, é também descrito que pode delegar tarefas a elementos da equipa multidisciplinar que deles seja funcionalmente dependente, desde que se verifiquem cumulativamente três condições, nomeadamente: “a) Tenha a habilitação necessária à execução da tarefa delegada; b) A natureza da tarefa e a concreta situação do destinatário de cuidados o permita; c) A tarefa delegada seja realizada sob a sua supervisão e orientação” (OE, 2022, p. 181).

Perante o exposto, cabe ao enfermeiro ter a capacidade de avaliar e de deter conhecimento sobre as capacidades e competências dos elementos da equipa a quem delega as tarefas, garantindo a supervisão da execução das mesmas e sendo o responsável pelo resultado da intervenção. Também no REPE, Artigo 10º, referente à delegação de tarefa, é descrito que “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (OE, 1998, p.5).

Face à prevenção de complicações e ao bem-estar e autocuidado, cumpre ainda ao enfermeiro especialista, segundo o descrito nos padrões de qualidade, “a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo

enfermeiro especialista” bem como “a responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega” (OE, 2017, pp.13 – 14). Quanto à relação dentro da equipa multidisciplinar, também é da competência do enfermeiro referenciar o doente para outros profissionais “quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro” (OE, 1998, pp. 3 – 4), bem como segundo os padrões de qualidade, face aos mesmos enunciados já referidos, onde é descrito a referenciação de situações problemáticas a outros profissionais de saúde ou para outros enfermeiros especialistas de acordo com a área de intervenção, bem como a supervisão das atividades delegadas pelo enfermeiro especialista para a concretização das intervenções de enfermagem (OE, 2017).

Ainda no que toca à gestão dos cuidados de enfermagem, no REPE podemos ainda ver distinguidas as intervenções de enfermagem em duas categorias, as autónomas e as interdependentes, existindo assim uma participação em alguns dos cuidados por parte de outros grupos profissionais. As intervenções autónomas são realizadas sob única e exclusiva responsabilidade do enfermeiro tendo em conta a respetiva qualificação profissional enquanto as interdependentes são realizadas pelo enfermeiro, mas em conjunto com outros técnicos para um objetivo comum, e decorrem de planos de ação realizados pela equipa multidisciplinar, prescrições ou orientações formalizadas (OE, 1998; OE, 2022).

Quanto à liderança e gestão, podemos verificar que compete ao enfermeiro “toda a atividade técnico-científica inerente à gestão, investigação, docência, formação e assessoria” (OE, 2022, p. 181). Grande maioria das competências de gestão e liderança competem ao enfermeiro gestor do serviço e esse facto é também descrito no Decreto-lei n.º 71/2019, de 27 de maio, onde é atribuído ao enfermeiro gestor a função de gerir os recursos, determinar as necessidades de recursos materiais e equipamentos otimizando as respostas às necessidades de cuidados de saúde, gerir recursos humanos através de planos de trabalho e escalas de forma a otimizar a eficiência e a produtividade, determinar os postos de trabalho dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, tendo por base as dotações seguras já abordadas neste relatório bem como fomentar os processo de melhoria contínua, a formação dos elementos da equipa para o desenvolvimento de competências bem como favorecer um ambiente cooperativo entre a equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável (MS, 2019).

Perante o exposto, é possível afirmar que a própria frequência do mestrado foi uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência. O desafio de integrar um grupo de elementos no início desconhecidos e o processo de relacionamento e criação de um ambiente saudável para uma evolução favorável ao percurso foi um desafio que foi dado como atingido ou até superado. O facto de ter assumido um papel em representação da turma para articulação com os docentes e a coordenação levou a uma necessidade de saber ouvir a

opinião de um grupo e conseguir fazer chegar a um acordo para uma tomada de decisão conjunta conseguindo uma unanimidade ou conseguindo responder às necessidades de cada estudante. O desempenhar desta função não foi o suficiente para a aquisição da competência, mas reconheço ter sido fulcral para o seu desenvolvimento.

No contexto das UC foi possível desenvolver também esta competência através das simulações e da realização de trabalho de grupo. No que toca à simulação realizada em contextos de avaliação e aprendizagem, nomeadamente nas UC de Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica e em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica II, foi possível colocar à prova a posição de liderança de uma equipa de elementos perante uma situação de emergência, onde foi possível delegar funções, gerir recursos e ao mesmo tempo controlando a dinâmica e comunicação entre os elementos, garantindo a qualidade dos cuidados baseada na mais recente evidência científica. Também em contexto de avaliação dos cursos de SAV, Suporte Avançado de Vida Pediátrico [SAVP] e *International Trauma Life Support* [ITLS] foi possível desenvolver esta competência de liderança, sendo o responsável por gerir uma equipa e os recursos existentes. No que toca à realização de trabalhos de grupo, foi um processo construtivo em que à medida que as relações pessoais se foram desenvolvendo, foi possível identificar as capacidades e competências de cada elemento, realizando uma distribuição de funções adaptada a esse fator, permitindo uma valorização das mesmas (Dopelt et al., 2023; Labrague, 2021).

Em contexto de estágio, a gestão de cuidados foi sempre um processo de melhoria contínua. Foi possível avaliar a evolução ao longo do tempo em cada contexto, desde o início, perante um ambiente pouco familiar no seio de equipas com elementos que desconhecia, existindo uma insegurança na prestação de cuidados, com o objetivo de não fugir aos protocolos estipulados, bem como desconhecendo as competências de cada colega, até um período mais avançado, em que era possível observar uma otimização na própria prestação de cuidados, uma vez que já eram conhecidos os protocolos em vigor, as competências dos colegas e as suas aptidões, permitindo a solicitação de aconselhamento com vista à otimização e à garantia da qualidade dos cuidados prestados. Foi também possível transportar conhecimentos entre os vários campos de estágio e partilhar experiências com os diversos colegas conseguindo perceber as metodologias de trabalho individuais e refletindo sobre as mesmas para uma construção pessoal enquanto enfermeiro.

No contexto de UCIP é utilizada a metodologia de enfermeiro responsável, assumindo cada enfermeiro os cuidados de enfermagem por completo ao doente durante aquele turno, enquanto no SUMC, as metodologias variavam consoante o posto no qual o enfermeiro estivesse distribuído, embora a metodologia de enfermeiro responsável também fosse utilizada para os doentes em internamento no serviço de observação. Nos restantes postos não existe uma metodologia definida, sendo esta dependente da equipa e da organização que

estipula para o turno. No contexto de VMER a organização do trabalho foi articulada de forma diferente, sendo as funções previamente distribuídas durante a deslocação para o local de ocorrência, dependendo da metodologia de trabalho do tipo de ocorrência e do número de vítimas (Shahnawaz & Zaim, 2020).

Relativamente à prestação de cuidados, na UCIP é realizado o planeamento de cuidados que permite, através do sistema informático utilizado, ter uma visão integral dos cuidados planeados durante as vinte e quatro horas, sendo assim possível ter uma visão geral das necessidades do doente e assim gerir da melhor forma a prestação de cuidados.

No que toca à gestão e liderança dos serviços, foi possível observar em todos os contextos que não existia um padrão na metodologia utilizada. A abordagem era adaptada consoante a situação e a necessidade identificada pelo enfermeiro gestor ou coordenador. No entanto, em todos os contextos foi possível verificar que o ambiente vivido favorecia a estimulação de novas aprendizagens e a satisfação dos profissionais, existindo uma grande conexão entre a equipa e os seus superiores hierárquicos, bem como a equipa multidisciplinar.

Na UCIP e na SUMC a distribuição dos elementos pelos doentes e postos de trabalho era realizada pelo enfermeiro gestor ou, na sua ausência, pelo elemento mais diferenciado, havendo sempre uma ponderação baseada nas competências que eram reconhecidas a cada elemento ou na perspetiva do desenvolvimento de competências, sendo nesta situação garantida a segurança do doente através da supervisão ou assistência pelos colegas.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais – D

Por fim, no que toca às competências comuns, identificadas com a letra “D”, é enunciado o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo descritas duas competências:

“Competência

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (OE, 2019a, p. 4749)

“Competência

D2 - Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (OE, 2019a, p. 4749)

No que toca às competências de mestre, foi possível desenvolver paralelamente as seguintes:

“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.” (AR, 2018, p. 4162).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um domínio de competência que deve acompanhar todos os profissionais ligados à área da saúde. No que toca à enfermagem, esta deve ser garantida a nível individual, sendo da responsabilidade de cada uma a seu desenvolvimento, tal como descrito no CD, “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (AR, 2015, p.8079), bem como “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p. 8080). Também no REPE podemos verificar que faz parte das intervenções do enfermeiro conceber, realizar, promover e participar “em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 1998, p. 5).

A procura pela atualização de conhecimentos e evolução contínua de competências sempre foi uma preocupação ao longo da vida profissional, tendo participado em diversas formações, webinars, formações em serviço, bem como a frequência a cursos e pós-graduações. Esta procura pela atualização de conhecimentos e competências decorre da identificação de necessidades formativas para uma prestação de cuidados que acompanhe a atualização que a evidência nos traz. Essa identificação tem sido fruto de processos de autorreflexão sobre as dificuldades encontradas ao longo do percurso profissional bem como da procura de novas áreas do saber enquadradas na enfermagem. Algumas formações frequentadas foram parte dos planos formativos dos locais onde exercia funções e respondiam a necessidades identificadas no seio da equipa ou manifestadas por alguns elementos para atualização de conhecimentos ou implementação de novos protocolos baseados em evidências atualizadas ou normas emitidas pela DGS. Foi também esse sentimento de necessidade de desenvolvimento de competências que motivou a candidatura ao presente mestrado com especialização. A área em que tenho aprofundado o meu conhecimento sempre foi mais dirigida ao doente crítico, pelo que a escolha da área de especialização era a que faria sentido com vista à continuidade do desenvolvimento das competências enquanto enfermeiro.

No que toca ao autoconhecimento, o campo de estágio pré-hospitalar foi uma escolha com o propósito de colocar os limites pessoais e profissionais à prova, na tentativa de perceber até que ponto conseguiria lidar e prestar cuidados de qualidade sob pressão e stress e perante situações que nunca tinha presenciado nem pensei que iria encontrar no meu percurso profissional, como são exemplos uma situação de vítima pediátrica com mais de 70% da área do corpo queimada e outro vítima de homicídio com arma branca. Após a realização do mesmo, posso afirmar que foi ultrapassada essa dúvida e que foi possível prestar cuidados de enfermagem nestas situações, mantendo a qualidade dos cuidados prestados, permitindo melhorar a autoconsciência dos limites profissionais.

No que toca às formações desenvolvidas, durante o período de mestrado, houve uma procura em aprofundar os conhecimentos além dos conteúdos integrados no plano curricular, tendo frequentado algumas formações no âmbito da abordagem ao doente crítico e da investigação, nomeadamente:

- “*III Seminário de Iniciação à Investigação Científica da ULSTS*” (Anexo A);
- “*Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação*”(Anexo B);
- “*Paragem Cardiorrespiratória Traumática*” (Anexo C);
- “*(RE)AGIR: Quando O Impossível Acontece - Gestão De Recursos Em Emergência E Catástrofe*”(Anexo D);
- “*Congresso Internacional do Doente Crítico 2025*”(Anexo E), onde fui coautor de uma comunicação oral destacada com 2.º prémio (Anexo F);
- “*Capacitar Para O (Im)Provável: Gestão De Recursos Em Emergência Médica E Catástrofe*” (Anexo G);
- “*Suporte Avançado de Vida*”(Anexo H);
- “*Suporte Avançado de Vida Pediátrico*”(Anexo I);
- “*International Trauma Life Support*”(Anexo J);
- “*1st International Seminar on Implementation Science and Nursing,*”(Anexo K);
- “*1º Benchmarking de Formação, Simulação e Treino de Equipas de Enfermagem em Doente Crítico*” (Anexo L);
- “*1ªs Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve: Do Caos à Excelência*”, onde fui coautor de uma ScR submetida para comunicação oral, destacada com o 1º prémio, que incluiu a publicação da ScR na revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem do Doente Crítico e que aguarda processo de revisão científica.(Anexo M).

Foi ainda no decorrer do mestrado realizado um processo de investigação, utilizando a metodologia da *scoping review* [ScR], tendo a pergunta de investigação na sua base uma

necessidade identificada. Esta metodologia representa uma ferramenta de síntese de evidências e segue uma metodologia rigorosa com o objetivo de mapear a evidência existente na literatura disponível sobre o tema em estudo. Difere das restantes metodologias pela possibilidade de integrar a chamada literatura cinzenta, como documentos académicos e teses de doutoramento e mestrado, não exigindo uma avaliação da qualidade dos estudos a incluir. Com esta metodologia pretende-se obter uma visão geral acerca do tema em estudo, permitindo identificar lacunas no conhecimento sobre o tema, clarificar conceitos e até propor novas pesquisas e investigações (Arksey & O'Malley, 2005; Colguhoun et al., 2014; Levac et al., 2010; Peters et al., 2015).

A revisão desenvolvida teve por base a questão de investigação “Qual a influência do ruído no doente crítico em UCI?”, que foi formulada segundo a mnemónica PCC da metodologia da ScR da *Joanna Briggs Institute*, P -População, C – Conceito e C – Contexto: P – Doente Crítico, C – Efeito do Ruído e C – Unidade de Cuidados Intensivos (Peters et al., 2015).

Os conceitos utilizados foram pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/MeSH, tendo na pesquisa utilizado os termos em inglês para uma maior abrangência, nomeadamente: “*Critical Care*”, “*Intensive Care Unit*” e “*Noise Effect*”. A pesquisa foi realizada pelo motor de pesquisa *EBSCO Discovery Service* disponibilizado pela UÉ, a *EBSCOhost*, disponibilizado pela OE, e a *PubMed* de domínio público. O motor de pesquisa *Scholar Google* também foi utilizado para realizar uma pesquisa generalizada sobre o tema na busca de artigos de domínio público, diferentes dos encontrados e com interesse para a pesquisa, da qual resultou apenas um artigo.

Os critérios de exclusão aplicados foram: *pediatrics, children, child, infant, neonatal e operating room*; e os de inclusão foram: últimos cinco anos, revisto por pares, texto integral e idiomas português, inglês e espanhol. A pesquisa apresentou um total de cento e nove resultados dos quais foram incluídos apenas nove. O *Prisma Flow Diagram* encontra-se no Apêndice C e o respetivo resumo no Apêndice D.

Após interpretação dos resultados foi possível dar resposta à pergunta de investigação formulada, tendo sido possível compreender os efeitos do ruído no doente crítico em UCI, permitindo desenvolver estratégias para a redução do mesmo nesse contexto e avaliar a sua transversalidade para adaptar a outros contextos.

Foi também possível, no âmbito de uma das formações frequentadas, descobrir algumas ferramentas de apoio à decisão, que reúnem evidência científica de determinadas bases de dados e que fornecem um auxílio na prática de enfermagem, são ferramentas que atuam tendo por base a inteligência artificial, mas que facilitam e reúnem a evidência atual tornando-se uma ferramenta útil para o dia a dia, sempre consciente de que a responsabilidade pela decisão cabe ao enfermeiro, necessitando de ajuizar e analisar de forma crítica os resultados

obtidos através desta ferramenta, de forma a garantir a segurança do doente e qualidade dos cuidados. Estas ferramentas foram também partilhadas com os profissionais nos diferentes contextos de estágio, alertando que a sua utilização não substitui os resultados de uma revisão estruturada seguindo protocolos já existentes.

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

As áreas de especialização em enfermagem reconhecidas pela OE , que conferem atribuição de título de especialista, são descritas no seu EOE, de entre os quais se encontra o “Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica” (OE, 2015, p.10). Posteriormente, com a definição das competências específicas de cada área de especialidade, relativamente à especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a OE:

“considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica” (OE, 2018, p.19359).

Mais recentemente, a OE, através do Regulamento n.º 395/2025, de 24 de março, vem estabelecer o regime das áreas de especialidade, levando à separação das áreas de especialidade integradas no colégio da Enfermagem Médico-Cirúrgica, definindo como objetivo a promoção de uma “prática de enfermagem especializada baseada em evidência face aos alvos de intervenção, considerando o meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem, relativamente aos quais se identificam os fenómenos de enfermagem especializados dirigidos ao seu projeto de saúde” (OE, 2025, p. 4). Neste seguimento é definida uma área de especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, dirigida à pessoa a vivenciar processos de saúde e doença de “natureza crítica, com vista à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à readaptação funcional e à reinserção social, em todos os contextos de vida, bem como a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe” (OE, 2025, p. 12). No entanto, este processo de diferenciação ainda se encontra em construção e evolução.

Atualmente, é segundo o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, que são definidas as competências do EE-EMCPSC, onde se encontram descritas três competências específicas, nomeadamente:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (OE, 2018, p. 19359).

No mesmo regulamento, a OE apresenta uma definição para o conceito de pessoa em situação crítica, sendo “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018).

De seguida será apresentada a análise crítica e individual sobre a aquisição de cada uma das competências específicas do EE-EMCPSC, tendo por base as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

3.2.1. Processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A primeira competência descrita pela OE refere-se à prestação de cuidados de enfermagem em situações de doença crítica e falência orgânica dirigidos não só à pessoa que os vivencia, mas também à família/cuidador:

- “1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica
Descritivo:
Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.” (OE, 2018, p. 19363)

O desenvolvimento da competência em análise exigiu um estudo prévio e contínuo, de forma a criar uma base teórica de conhecimento, para uma atuação em contexto de estágio com garantia de qualidade e segurança e permitindo dar resposta em tempo útil. Neste sentido, o conteúdo lecionado na UC de Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica foi fundamental para compreender os processos fisiopatológicos mais comuns do doente crítico nos contextos de estágio selecionados, bem como os procedimentos realizados de forma mais comum perante esses diagnósticos. Também na UC de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I foram desenvolvidos estudos de caso, tendo contribuído para a organização da prestação de cuidados perante a pessoa a vivenciar processos complexos de

doença crítica. A UC de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II facultou também conhecimentos sobre algumas técnicas mais específicas do doente crítico, tendo sido abordados conteúdos como plasmaferese e TSR. Do mesmo modo, ainda nesta UC através dos cursos de SAV, SAVP e ITLS, foi também possível adquirir conhecimento dos protocolos de atuação em situações mais concretas de doença crítica. No que toca às competências não técnicas, em contexto académico, através da UC Relação e Comunicação em Saúde no Cuidado às Pessoas em Situação Crítica, foram obtidas algumas ferramentas quanto à relação com a família/cuidados da pessoa em situação crítica contribuindo para uma abordagem completa, tendo sido desenvolvido um trabalho sobre a comunicação de más notícias em ambiente pré-hospitalar, recorrendo a protocolos de atuação como o SPIKES, Ask-Tell-Ask e NURSE, sendo a sua aplicação transversal a todos os contextos (Back et al., 2005; Baer & Weinstein, 2013; Baile et al., 2000; Buckman, 2005).

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica foi uma prática constante durante a realização dos estágios em todos os contextos, tendo havido oportunidade de colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos em contexto académico bem como desenvolvidas e adquiridas novas competências, contando com o auxílio dos enfermeiros orientadores e dos colegas dos vários contextos.

Em contexto de UCI, a prestação de cuidados incidiu sobre a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, nas suas várias fases, munida de uma monitorização contínua e aprofundada de cada situação. Foram vários os diagnósticos e situações perante os quais pude prestar cuidados de enfermagem especializados, como o politraumatismo, traumatismo craneoencefálico e vertebro medular, insuficiência respiratória aguda, Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda [SDRA/ARDS], choque séptico, choque cardíogénico, choque hemorrágico, insuficiência renal aguda, status pós-operatório em doente crítico e situações de PCR. Foi do mesmo modo possível contactar com alguma terapêutica administrada com o objetivo de estabilização e tratamento do doente crítico como vasoativos, inotrópicos, cronotrópicos, sedativos, hipnóticos, bloqueadores neuromusculares, antiarrítmicos, analgésicos, antibióticos, anti-infecciosos, anticoagulantes, entre outros de classes mais comuns mas cujo as dosagens e formas de apresentação e administração diferem do habitual em relação à prática profissional que detinha. Da mesma forma, foram desenvolvidas competências no que toca à monitorização do doente crítico através da utilização de dispositivos médicos para avaliação de parâmetros como a linha arterial para avaliação da pressão arterial invasiva, o BIS e SedLine para monitorização da profundidade anestésica, a monitorização hemodinâmica utilizando o monitor PiCCO – Pulse Contour Cardiac Output, o sistema de pressão intra-abdominal e de pressão venosa central. Foi ainda possível prestar cuidados à pessoa com necessidade de técnicas de suporte de órgãos

nomeadamente sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva, TSR, inclusive foi possível participar na preparação, implementação e transferência de um doente para ECMO.

As alterações súbitas são uma constante no doente crítico e intervenções de enfermagem como a prestação de cuidados de higiene e conforto ou até a simples alteração do decúbito do doente, muitas vezes vistas como inócuas, podem provocar instabilidade hemodinâmica e até agudização da sua situação clínica (Decormeille et al., 2021; Engström et al., 2017). Perante muitas situações existia indicação de não mobilização de doentes com maior instabilidade, pelo facto já referido, o que levava a uma necessidade mais rigorosa da adaptação dos cuidados de enfermagem relacionados com as atividades de vida diárias do doente, bem como um controlo rigoroso de prevenção de úlceras por pressão. Foi possível ao longo deste contexto adquirir conhecimento sobre a forma como os cuidados de enfermagem provocavam instabilidade no doente e dessa forma organizar os cuidados de enfermagem a fim de evitar a mesma. Este conhecimento adquirido na UCIP foi facilmente transportado para os contextos de estágio seguintes, conseguindo assim prever focos de instabilidade e evitando os mesmos de forma a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados através da adaptação dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta perante o estado clínico do doente.

Foi possível, nos vários contextos, realizar cuidados técnicos de alta complexidade, como a administração de fibrinolíticos, cuidados de enfermagem ao doente sob ventilação mecânica invasiva e TSR, monitorização do doente em morte cerebral para doação de órgãos, implementação de medidas de SAV, cuidados no pré-hospitalar em vítimas pediátricas, queimadas e de trauma. Durante o contexto de UCIP e de SUMC, houve um cuidado por parte do enfermeiro orientador e do enfermeiro gestor de forma que o estágio contribuísse da melhor forma para aquisição das competências, atribuindo o doente com maior necessidade de cuidados especializados ou sob terapias de substituição, bem como sempre que possível que realizasse turno na SE.

Desta forma foram também adquiridas competências na prestação de cuidados perante situações de ventilação mecânica invasiva, tanto por tubo endotraqueal como por traqueostomia, sempre tendo em conta a prevenção da pneumonia associada à intubação, como as particularidades da aspiração de secreções, a elevação de cabeceira, as especificidades da higienização oral, monitorizar pressão das pressões do cuff, a mobilização e alteração do decúbito (Safavi et al., 2023; Walaszek et al. 2022). Houve também a necessidade de colocar em decúbito ventral, perante uma SDRA vários doentes, tendo demonstrado ser um procedimento de alta complexidade (Guérin et al., 2020; Gorman et al., 2022). De realçar que houve sempre uma preocupação constante de articulação com a equipa multidisciplinar com o intuito de compreender os ajustes que eram realizados pela equipa

médica, tendo contribuído para uma visão geral do estado clínico do doente e uma evolução e preparação para situações similares.

No que toca à TSR, considerei um desafio, pois nunca tinha contactado com esta técnica, no entanto, foi possível prever na prática as suas implicações e a instabilidade que poderia provocar no doente, prevenindo e conseguindo evitar que tal sucedesse, tal como a hipotensão, hipotermia ou intoxicação por citrato de sódio, sendo estes apenas alguns exemplos mais comuns de instabilidade associados à TSR (Douvris et al., 2019; Khadzhynov et al., 2017; Zarbock et al., 2020).

Quanto à monitorização do doente para doação de órgãos, foi uma situação que pude presenciar e colaborar, na qual era necessário garantir uma perfusão vascular adequada a todos os órgãos, um controlo térmico, gestão da função respiratória e hemodinâmica, de forma a manter a viabilidade para doação, o que requeria uma monitorização de parâmetros vitais rigorosa (Clezar et al., 2025; Shaver et al., 2025; Verstraeten & Jochmans, 2022).

Perante os casos em que o doente se encontrou sob sedação, ou como na maioria dos casos descritos, sedoanalgesia opióide, para além da monitorização dos parâmetros cardiovasculares e respiratórios, torna-se primordial saber avaliar o estado de consciência, ou neste caso, de sedação e agitação do doente. Desta forma foram utilizadas escala próprias como a escala de agitação e sedação de Richmond [RASS], que avalia o estado do doente de -5 - “impossível de despertar” a +4 - “agressivo”, sendo 0 o valor intermédio e que corresponde ao doente alerta mas calmo. A par desta avaliação, foi também monitorizada a profundidade anestésica através do monitor BIS, registando valores entre 0 – sem atividade cerebral e 100 – acordado/alerta (Ely et al., 2003; Riddell et al., 2025).

Para além desta monitorização, é necessário compreender os efeitos adversos da terapêutica utilizada para poder prevenir complicações como a hipotensão e bradicardia, muito comuns perante a sedação e alguma analgesia utilizada neste contexto (Baldo, 2021; Krantz et al., 2021; Misseri et al., 2026). A consciencialização e a aquisição destes conhecimentos foram uma mais-valia posteriormente na prestação de cuidados em sala de emergência e pré-hospitalar, uma vez que foi possível gerir e prever a instabilidade aquando da administração desta terapêutica, otimizando os cuidados de enfermagem especializados.

No que toca à gestão da dor através de medidas não farmacológicas, estas incluem algumas medidas como a música, técnicas de relaxamento, massagem e técnicas de respiração (Devlin et al., 2018; Richard-Lalonde et al., 2020), tendo a música e as técnicas de respiração sido utilizadas em contexto de UCI, podendo ter sido verificado algum alívio da dor no doente.

Quanto às situações de PCR, estas foram presenciadas tanto em contexto de UCIP como de SUMC, perante as quais foram iniciadas manobras de SAV, pelo contrário, perante as situações de PCR em contexto de VMER, por questões éticas e de dignidade da vida humana,

em que após a chegada ao local a situação encontrada não era compatível com a qualidade de vida ou possibilidade de recuperação, foi priorizado o respeito pelo conforto e dignidade. Nos contextos em que foi possível realizar SAV, houve a oportunidade de participar ativamente em todas as situações, inclusive de desempenhar o papel de *team leader* perante um episódio de PCR. Foi possível realizar uma deteção precoce da PCR, uma vez que o doente se encontrava sob monitorização contínua, sendo visível uma diminuição progressiva da frequência cardíaca e da pressão arterial. Simultaneamente foram alertados os elementos da equipa presentes e iniciado SAV por se ter verificado a ausência de pulso palpável na avaliação realizada, tendo ocorrido o retorno da circulação espontânea após o segundo ciclo de SAV perante um ritmo de PCR de atividade elétrica sem pulso (American Heart Association, 2021).

Perante os contextos de UCIP e SUMC a comunicação e o envolvimento da família/cuidador foram um dos focos na prestação de cuidados. Por vezes nestes contextos, dada a gravidade do estado clínico e a sua complexidade, facilmente surge a tendência de centrar os cuidados apenas na doença e na pessoa, acabando consequentemente os familiares por não serem integrados como alvo da prestação dos cuidados. Ocorreram momentos de perda, momentos de tomada de decisão e até mesmo apenas de informação, em que o alvo dos cuidados foram os familiares e cuidadores do doente. A integração dos familiares na prestação de cuidados do doente crítico é de extrema importância, tanto para a própria família como para o doente, seja na recuperação e bem-estar como na prevenção do delírio, depressão ou outros diagnósticos semelhantes (Chen et al., 2022; Duong et al., 2024; Naef et al., 2025).

A comunicação verbal, perante algumas situações de doença complexa, apresenta barreiras, nomeadamente pela existência de dispositivos médicos, o que gera a necessidade de implementar novas estratégias de comunicação eficaz, havendo por vezes necessidade de recorrer a gráficos, imagens, gestos ou até mesmo comunicar apenas com o olhar ou o toque. Perante muitas situações vividas pelo doente crítico, o cuidar passa pela garantia do conforto do doente e a comunicação é por vezes a principal ferramenta para o conseguir providenciar.

No decorrer de um dos contextos presenciados na VMER, foi possível direcionar os cuidados à família da vítima como intervenção principal. Trata-se de um episódio de homicídio em que estavam presentes no local um adolescente com idade entre os doze e os catorze anos, bem como mais três adultos, para além do homicida e da vítima. Perante o cenário encontrado, os familiares da vítima ali presentes foram o principal alvo de cuidados. Era visível um mal-estar e alterações emocionais principalmente no adolescente, havendo necessidade de prestar apoio, tendo-me sido delegada essa tarefa, pelo enfermeiro orientador, reconhecendo a capacidade de empatia e capacidade de gestão emocional que demonstrei

possuir e que permitiu uma gestão da situação que aparentava elevada fragilidade. Representou um grande desafio e um teste aos limites da minha capacidade de comunicação e empatia, no entanto, posso afirmar que foi uma intervenção com resultados positivos, tendo conseguido promover um estado de conforto e tranquilidade à pessoa, alvo dos meus cuidados. Esta situação veio reforçar a minha consciencialização sobre as competências não técnicas que são de extrema importância e até por vezes suficientes na prestação de cuidados, conseguindo trazer conforto e bem-estar, não havendo uma necessidade obrigatória de intervenções técnicas perante todas as situações e conseguindo igualmente resultados positivos (Ismail et al., 2024; Keng Ng, 2019).

3.2.2. Situações de emergência, exceção e catástrofe

As situações de emergência, a situação de exceção e a catástrofe são apresentadas pela OE (2018) como sendo respetivamente: resultado de uma agressão provocada por qualquer fator que cause perda de saúde, de uma forma violenta influenciando a integridade de um ou mais órgãos vitais e colocando a pessoa em risco de vida; “um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (p.19362); e “acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2006, p.4696).

De forma a serem reconhecidas as aptidões do EE-EMCPSC para dar resposta perante as situações descritas, é redigida a segunda competência pela OE (2018), que refere:

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

Descritivo:

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.” (OE, 2018, p. 19363)

No que toca à aquisição de ferramentas para o desenvolvimento desta competência, foi através da UC de Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe que estas foram na sua grande maioria adquiridas. Desde o esclarecimento dos conceitos associados a estas situações como à estrutura e metodologia para o desenvolvimento de planos de evacuação, aplicação de protocolos de triagem multivítimas, questões legais e normas emitidas pela DGS associadas a estes contextos. Da mesma forma foi também feita uma

análise aos planos de evacuação das instituições de onde cada estudante exercia funções, tendo as mesmas sido analisadas de forma crítica. A realização de uma simulação de um cenário de evacuação, perante uma escassez de recursos, permitiu desenvolver competências na elaboração de planos de evacuação. Perante esta situação foi possível compreender a complexidade e exigência de capacidade de gestão e organização para a elaboração de planos de emergência e catástrofe, justificando a necessidade deste papel ser desempenhado por elementos diferenciados, como é o caso do EE-EMCPSC.

A realização de uma formação ministrada por um enfermeiro da PSP, com conhecimentos e competências na área da enfermagem forense, representou uma oportunidade de esclarecer todas as nossas dúvidas e inquietações bem como compreender os limites legais da atuação do EE-EMCPSC perante a pessoa vítima de violência ou maus-tratos, tanto a nível técnico como ético, garantindo uma resposta adequada seja nos diferentes contextos de saúde. Na mesma formação foram também abordadas as medidas a tomar para a correta preservação de vestígios forenses em contexto pré-hospitalar.

Nos vários contextos foi realizada uma análise do plano de evacuação, bem como verificados quais os recursos existentes em cada um para dar resposta às situações de emergência, exceção e catástrofe.

Quanto às situações de trauma experienciadas em contexto de VMER, foi possível prestar cuidados a duas vítimas de encarceramento, uma vítima pediátrica vítima de queimadura apresentando cerca de 70% da área do corpo queimada com queimaduras de segundo e terceiro grau, uma situação de homicídio e uma situação de um choque frontal que resultou em cinco vítimas. A validação da conclusão do curso de ITLS, foi um pré-requisito solicitado pelos enfermeiros orientadores na perspetiva de avaliar o meu conhecimento para a abordagem perante as situações de trauma, com vista à garantia da segurança do doente, uma vez que estas cenários exigem respostas em tempo útil.

No primeiro cenário descrito, houve uma necessidade de distribuição de funções e, enquanto o médico avaliava a primeira vítima, aparentemente em estado mais grave, tive oportunidade de realizar a primeira avaliação ITLS da segunda vítima (Alson et al., 2020). Felizmente esta apenas apresentava ferimentos ligeiros e foi transportada para o hospital de ambulância sem necessidade de acompanhamento. No entanto, houve necessidade de uma abordagem diferenciada na primeira vítima, uma vez que apresentava alguma instabilidade, o que levou à necessidade de a transportar em helicóptero. Neste caso, a maioria dos cuidados de saúde foram prestados pela equipa médica que tripulava o helicóptero, no entanto, foi possível colaborar na estabilização e evacuação da vítima do local da ocorrência.

Relativamente ao segundo cenário, considero ter sido o mais impactante de todas as situações vividas nos vários contextos. Uma vítima com idade compreendida entre dez e quinze anos, que sofreu queimaduras térmicas por contacto com fogo que, à chegada ao local,

eram bastante visíveis no que toca à gravidade e à sua extensão. Apresentava queimaduras no rosto, membros superiores e inferiores e também face posterior do tronco, correspondendo a cerca de 70% da superfície corporal queimada (Giretzlehner et al., 2021). Uma vez que para este socorro foram ativadas a VMER e também a SIV mais próxima, existiam no local duas equipas de profissionais de saúde a prestar socorro, tendo havido uma necessidade de gestão e liderança por parte do médico da VMER enquanto elemento mais diferenciado no local. Foi prestada a assistência no local para estabilização e posterior evacuação, como a ressuscitação com fluidos, utilizando a fórmula de Parkland, tratamento das queimaduras, permeabilização da via aérea com tubo endotraqueal e administração de analgesia. Tendo conhecimento prévio sobre o cenário, no trajeto até ao local, foi feita uma organização dos cuidados a realizar à chegada ao local, tendo o médico feito uma pré-distribuição de tarefas para uma otimização da resposta (Alson et al., 2020, Bitter et al., 2025; Greenhalgh, 2019).

Perante esta situação foi necessário posteriormente realizar o transporte da vítima em estado crítico para a cidade mais próxima, a fim de ser helitransportada, dada a gravidade da situação clínica. O destino desta vítima foi um hospital pediátrico tendo em conta a faixa etária da mesma. Foram desta forma desenvolvidas competências na prestação de cuidados à vítima pediátrica crítica e queimada. A situação representou um grande desafio, uma vez que ambas constituem duas situações perante as quais ainda não tinha prestado cuidados de saúde. Uma particularidade deste momento foi a integração da família, que estava presente, na gestão dos cuidados, uma vez que todo o cenário se desenrolou dentro da divisão da casa daquela família.

No que toca ao cenário de homicídio, também foi uma experiência com a qual ainda nunca tinha contactado, no entanto, tendo em conta os trabalhos desenvolvidos em contexto académico, foi possível abordar a situação com a garantia do cumprimento da evidência recente e também contribuindo com esse conhecimento para evitar complicações na ocorrência. No momento da ativação, a informação descrita pelo CODU correspondia a uma agressão com arma branca e presença de uma criança no local, não existindo mais informações sobre a descrição do evento. Na chegada ao local foi necessário tomar medidas de precaução, pois ainda não haviam chegado as forças de segurança, pelo que as condições de segurança não estavam garantidas e dessa forma não foi possível avançar até à vítima no imediato. Apenas com a chegada da PSP, a imobilização segura do agressor e a confirmação do agente da PSP, foi possível abordar a vítima que apresentava várias lesões de grande profundidade no tórax e na face, aparentemente exsanguinantes, já com uma perda abundante de sangue. Foi feita uma avaliação rápida da vítima, tendo se verificado que o quadro não era contornável. A vítima já se encontrava sem pulso e fria ao toque. Perante este quadro foi garantido um corredor único de circulação, houve a preocupação de limitar a presença de pessoas no local do crime, foi garantido que não foram deixados EPIs no local,

a vítima foi mobilizada o mínimo possível, não tendo sido alterada de posição e foi descrito ao capitão da PSP como foi encontrado o local e tudo o que foi realizado ao corpo da vítima. Houve também uma garantia de que a resposta de apoio psicológico, nomeadamente a UMIPE, se encontrava a caminho do local para assistir ao jovem bem como aos restantes familiares da vítima presentes no local (Coelho, 2017; Gomes, 2018; Rabiais et al., 2025; Silva et al., 2022).

Quanto ao último cenário referido, a ativação descrevia um despiste com apenas uma vítima encarcerada, no entanto, à chegada ao local, foi possível observar ainda dentro da VMER que se tratava de um choque frontal entre dois veículos ligeiros, aparentemente de elevada cinética, tendo sido concluído uma alta probabilidade de existir mais do que uma vítima, como descrito inicialmente. Como duas das vítimas já se encontravam dentro da respetiva ambulância, houve uma distribuição de funções, sendo uma das vítimas observada pelo médico enquanto, em conjunto com o enfermeiro orientador, foi realizada a observação da segunda vítima identificada. Apenas se tratava de feridos ligeiros, com escoriações e lesões superficiais. Foi feito um apuramento da situação, para garantir a inexistência de mais feridos, tendo-se chegado à conclusão de que afinal existiam mais pessoas no habitáculo de ambos os veículos no momento do acidente, totalizando as cinco vítimas já mencionadas. No entanto as restantes três já circulavam pelo local pelo próprio pé. Não houve necessidade de implementar um sistema de triagem multivítimas, mas de forma simulada foi possível realizar essa análise com a equipa, através do sistema START, como estratégia de aprendizagem para o desenvolvimento das minhas competências, chegando à conclusão de que todos os envolvidos seriam triados com a cor verde, uma vez que eram capazes de se mobilizar de forma autónoma e apresentavam apenas lesões superficiais (Franc et al., 2022; Lin et al., 2022).

No contexto de SUMC, a experiência que contribuiu para o desenvolvimento desta competência está relacionada com os cuidados à pessoa vítima de trauma em SE. No decorrer deste contexto, foram prestados cuidados de emergência a duas vítimas de trauma, uma queda de bicicleta com TCE e uma queda de cerca de dois metros e meio de altura com trauma abdominal e TCE diagnosticados durante a permanência na SE. Em ambas as situações, a abordagem consistiu na estabilização da vítima e preparação da mesma para evacuação de helicóptero para centros de trauma com capacidade de resposta para as necessidades de ambos os indivíduos. Foi feita uma avaliação contínua segundo a metodologia ABCDE e uma monitorização contínua dos sinais vitais de forma a poder prever e evitar a instabilidade do doente (American College of Surgeons, 2022; Bell et al., 2026; Fink et al., 2017; Lambe et al., 2017; Wend et al., 2024).

Durante o período de estágio não ocorreu nenhuma situação de exceção ou catástrofe, pelo que o desenvolvimento dessas competências foi baseado em simulações e reflexões críticas sobre os planos existentes nos locais de estágio e no local de trabalho.

3.2.3. Prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos

Como última competência específica, a OE (2018) descreve a intervenção do enfermeiro especialista com vista à prevenção e ao controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos. O ambiente onde se insere comumente o doente crítico é de alta suscetibilidade ao desenvolvimento de infeções, seja por se encontrar na rua ou em ambiente não hospitalar, quando se trata da intervenção extra-hospitalar, bem como em ambientes hospitalares, perante os quais o recurso a medidas invasivas é frequentemente necessário para a recuperação e estabilização do doente crítico, como os cateteres para administração terapêutica e realização de técnicas como a TSR, bem como drenos, sondas ou até mesmo o tubo orotraqueal.

Deste modo, o enfermeiro especialista deve deter a seguinte competência:

“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

Descritivo:

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.” (OE, 2018, p. 19364)

Embora o cumprimento das medidas de prevenção das IACS seja da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, a elaboração de planos de prevenção e controlo de infeção constitui uma responsabilidade atribuída em grande parte ao EE-EMCPSC, uma vez que lhes é reconhecida pela OE a competência para tal, nomeadamente no que toca aos contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (OE, 2018).

No decorrer da UC de Segurança da Pessoa em Situação Crítica – Prevenção e Controlo das IACS, foi possível analisar os resultados de alguns relatórios nacionais no que toca aos dados estatísticos como o Relatório do inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos em Portugal – 2017 (DGS, 2019b) e o relatório A Estratégia Multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Antes e durante a pandemia por COVID-19 (DGS, 2023b). Foi também realizada uma visita ao Serviço de Reprocessamento de Dispositivos Médicos de uma ULS, onde foi possível compreender os procedimentos de

reprocessamento dos dispositivos médicos desde o momento em que é utilizado até se encontrar de novo pronto para utilização, em condições de assepsia e desinfecção garantidas, comprovadas com protocolos de qualidade demonstrados no local pela Enfermeira Responsável de Serviço. Este serviço retrata, de uma forma aumentada, a importância da separação do meio sujo/contaminado do meio limpo/desinfetado, existindo barreiras físicas que os separam, não permitindo uma circulação cruzada dos mesmos.

Ainda em contexto das UC foi desenvolvida uma ScR relativa à prevenção da infeção associada à intubação no doente sob ventilação mecânica invasiva, tendo sido cruzados os resultados encontrados com o descrito pela Norma Clínica 021/2015, atualizada a 17/11/2022, relativa ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (DGS, 2022a). O conhecimento adquirido com o desenvolvimento deste trabalho foi transportado para a UCIP onde decorreu o estágio, tendo sido verificada a existência da instrução de trabalho relativa a este assunto. No entanto, foi discutida a situação com a equipa e assim motivada a realização da atualização do documento existente, tendo sido criado a partir deste o Procedimento de Qualidade, de acordo com a Norma da DGS e sustentado com a evidência encontrada, nomeadamente a substituição da solução utilizada para a realização da higienização oral, alterando princípio ativo para octenidina (DGS, 2022a), sendo as restantes intervenções da norma existente no serviço de acordo com a evidência e a norma e posteriormente realizado o registo corretamente no sistema informático, de acordo com o feixe de intervenções.

A participação na auditoria realizada pela UL-PPCIRA, sobre as PBCI e lavagem das mãos, na UCIP como aluno, permitiu uma validação dos conhecimentos e aptidões, tendo obtido resultados favoráveis, seja na não utilização de objetos de adorno nas mãos ou punhos, bem como na avaliação do procedimento de desinfecção/lavagem das mãos. Para este procedimento foi utilizada uma Solução de Base Alcoólica impregnada com uma solução fluorescente que era invisível à vista desarmada mas visível sob uma luz ultravioleta. Após a realização da técnica com a solução, era avaliada a área aproximada da mão que não tinha ficado tingida pela solução, revelando se a execução da técnica teria sido realizada corretamente, a qual superei com sucesso, tendo contribuído positivamente para os resultados do serviço. Esta é uma das estratégias recomendadas pela DGS no âmbito da formação/motivação da equipa quanto ao procedimento de higienização das mãos (DGS, 2019a). Os resultados desta auditoria foram posteriormente divulgados e afixados no serviço como método de motivação para o cumprimento das PBCI.

No que toca ao contexto da UCIP, foi verificada a existência de um procedimento de qualidade que dava resposta ao exposto na Norma Clínica 004/2023, no que diz respeito ao rastreio de *Enterobacterales* produtores de carbapenemases [EPC] e de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina [SAMR] (DGS, 2023a). Este protocolo fazia cumprir a pesquisa

destes micro-organismos através da realização de uma colheita com zaragatoa nasal e exsudado de ferida cutânea se existente para pesquisa de SAMR e uma zaragatoa retal para pesquisa de EPC, perante todas as admissões em UCI nível II e nível III. No momento da admissão eram implementadas medidas de isolamento de contacto até resultados negativos de ambas as amostras, sendo que caso alguma se verificasse positiva, as medidas de isolamento eram mantidas. Perante o resultado positivo de SAMR, eram realizadas descontaminação e posteriormente nova colheita para controlo, podendo repetir protocolo de descontaminação apenas uma vez. Perante o resultado negativo eram retiradas as medidas de isolamento. No que toca ao EPC, se a amostra se verificasse positiva, era aplicado isolamento de coorte durante todo o internamento, não existindo medidas de atuação para além das medidas de isolamento (DGS, 2023a; DGS, 2015). Para o cumprimento rigoroso deste procedimento, existia afixado um fluxograma nas zonas de trabalho, de fácil acesso para consulta rápida, no entanto, por vezes o envio de amostras para o laboratório era condicionado pela prescrição médica, mesmo estando a realização desta colheita protocolada.

No que toca à realização de técnicas de enfermagem, quer em ambiente de UCIP como de SUMC, foram sempre tidas em conta as normas da DGS relativas ao feixe de intervenções para a prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central e da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2022b; DGS, 2022c). Foi também cumprido o descrito na Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013, relativa às PBCI, garantindo uma correta utilização dos diferentes Equipamentos de Proteção Individual, sempre que a situação assim o preconizava (DGS, 2013). Perante alguns autores, a manipulação dos cateteres venosos centrais é uma das fontes mais comuns de IACS, nomeadamente na manipulação dos lúmenes, na administração terapêutica, realização do penso e desinfeção do local de inserção. Deve ser utilizada técnica asséptica antes de qualquer manipulação, devendo ser realizada uma descontaminação com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, friccionando durante 15 segundos e deixar secar e deve ser utilizada técnica asséptica na realização do penso, devendo este ser realizado apenas caso se encontre visivelmente sujo, num intervalo de quarenta e oito horas se tiver compressa ou sete dias caso não tenha, não devendo ser realizado por rotina diariamente (Buetti et al., 2022; DGS, 2022c; O'Grady, 2023).

No que toca ao acompanhamento e à observação em contexto de UL-PPCIRA, foi possível integrar e acompanhar algumas funções desempenhadas, nomeadamente processos de auditoria, vigilância epidemiológica e de avaliação do cumprimento das normas. Houve oportunidade de participar num processo de auditoria no serviço de cirurgia geral da ULS, realizado no âmbito do programa de melhoria contínua do mesmo. A auditoria foi realizada nos moldes em que seria realizada uma auditoria externa, utilizando a grelha de avaliação equivalente tendo sido auditado o serviço segundo esses parâmetros.

Posteriormente foi realizada uma análise dos resultados da avaliação e emitido um relatório onde foram apresentadas as não conformidades de forma detalhada, bem como as sugestões de melhoria para cada uma delas, de forma a que fosse feita uma correção de acordo com o estipulado nas normas da DGS e nas orientações institucionais.

Foi também possível acompanhar o processo de vigilância e controlo do cumprimento do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, como descrito na Norma Clínica 020/2015, atualizada a 17/11/2022, tendo também por base o documento técnico da *European Centre for Disease Prevention and Control*, sobre a prevalência dos pontos de IACS e a utilização de antimicrobianos em hospitais de cuidados agudos (DGS, 2022d; *European Centre for Disease Prevention and Control*, 2022). Neste documento são descritas as definições de cada tipo de IACS, caracterizando o quadro clínico que permite interpretar se a infeção foi ou não associada aos cuidados de saúde. São apresentados os critérios para considerar que a infeção instalada está, por exemplo, relacionada com a infeção do local cirúrgico, devendo para isso, no período de trinta dias após a cirurgia, preencher um dos critérios dependendo da profundidade da intervenção e da infeção, tal como descrito no referido documento. Da mesma forma são apresentadas as descrições dos achados clínicos que descrevem a infeção associada ao cateter venoso central, bem como a infeção do trato urinário, entre outras IACS (ECDC, 2022). A vigilância realizada pela UL-PPCIRA consistia num inquérito, 30 dias após a cirurgia, sendo neste caso realizado apenas nas cirurgias da especialidade de ortopedia, uma vez que apresentavam um historial de infeção do local cirúrgico mais recorrente na ULS. Foi questionada a evolução da ferida cirúrgica, bem como o cumprimento de profilaxia ou se estaria a tomar antibiótico no caso de infeção confirmada sendo verificado se o mesmo era o adequado perante a infeção identificada.

Também no pré-hospitalar foi possível observar que foram realizados vários estudos reveladores da presença de micro-organismos nas superfícies das ambulâncias, sendo o local identificado como mais contaminado as garrafas de oxigénio, local que é quase sempre manipulado pelos profissionais de saúde, o que contribui drasticamente para as IACS, caso não sejam cumpridas as PBCI (Obenza et al., 2022).

A intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos é de extrema importância, na medida em que podem ser evitadas as IACS no doente crítico, uma vez que a evidência demonstra um aumento da taxa de mortalidade e prolongamento de internamento e complicações no doente crítico, em estudos feitos em ambiente de UCI (Rosenthal et al., 2023; Tomazini et al., 2025). Desta forma o EE-EMCPSC deve assumir a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do doente crítico nos vários contextos de prestação de cuidados, maximizando a resposta neste âmbito.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório permitiu refletir sobre a aquisição das competências atribuídas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, através da articulação entre a teoria e a evidência científica enquadrando no percurso académico e na prática clínica. Estas competências envolvem as competências específicas e comuns do Enfermeiro Especialista bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

O tema do ruído em UCI e a influência que este apresenta no doente crítico revelaram ser de grande impacto, motivando uma mudança de comportamentos e ações, pois, segundo a evidência, os efeitos estudados interferem com o doente tanto no conforto e bem-estar como também provocam alterações graves nos seus processos fisiológicos, levando a um agravamento do seu estado clínico e resultando em internamentos mais prolongados e aumento das taxas de morbilidade.

A teoria do conforto de Katharine Kolcaba revelou ser uma ferramenta de grande importância para o cuidado de enfermagem holístico, permitindo identificar o desconforto existente na pessoa em situação crítica, permitindo o desenvolvimento de um plano de cuidados que englobe intervenções para promoção do conforto, incluindo neste processo medidas para a redução do ruído, tendo sido demonstrado que a sua presença tem inúmeros efeitos disruptivos no bem-estar e processo de recuperação do doente crítico.

Os contextos de estágio selecionados para o desenvolvimento das competências demonstraram ser desafiantes no que toca a alguns aspetos devido às adversidades que são atualmente características dos serviços de saúde públicos. O cumprimento das recomendações dispostas no cálculo para as dotações seguras em enfermagem foi um dos aspetos que menos se viu cumprido nos vários contextos, levando este facto a uma necessidade de reflexão sobre o motivo que gera este fenómeno. Perante os objetivos delineados para este relatório, através da descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas durante o estágio, alicerçada nos documentos legais e na evidência científica, podemos afirmar que estes foram alcançados. Da mesma forma, a exposição a novas situações motivou o interesse em aprofundar o conhecimento perante alguns contextos de doença específicos, suscitando novas áreas de interesse.

Com a realização deste relatório, foi também possível assimilar o impacto que as atividades desenvolvidas têm na experiência profissional adquirida e na mobilização de

conhecimentos que será possível realizar para a prática profissional desempenhada daqui em diante. É de fácil reconhecimento que, findo o percurso formativo de aquisição de competências, surge uma maior aptidão para lidar com o doente crítico em cada um dos contextos, assumindo que a prestação de cuidados perante a pessoa em situação crítica será realizada de um ponto de vista diferente. Um olhar não apenas para a intervenção mas sim para a organização e otimização dos cuidados, uma visão de gestão de cuidados mais alargada e abrangente e uma capacidade de tomada de decisão em ambiente crítico mais fundamentada com maior brevidade. Enquanto futuro enfermeiro especialista, a abordagem não irá apenas garantir que a intervenção é realizada mas sim que é a adequada, no tempo certo e com a máxima eficácia.

Após a reflexão sobre as competências adquiridas e a mudança que estas provocam na minha prestação de cuidados enquanto futuro enfermeiro especialista, é levantada uma questão: Considerando que as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica, constituem um elemento diferenciador relativamente ao enfermeiro generalista e a outras especialidades, de que forma é que essa diferenciação e valorização se traduzem na prática clínica, particularmente em contextos de cuidados ao doente crítico, onde tais intervenções são frequentemente desempenhadas por enfermeiros sem reconhecimento formal dessas competências?

Em suma, após o exposto ao longo de todo o relatório, considerando atingidos os objetivos a que me propus a nível pessoal e profissional, posso afirmar que o EE-EMCPSC representa uma garantia da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico, não só pelas competências que considero ter adquirido, mas também pela possibilidade de ter contactado e presenciado a prestação de cuidados dos pares a quem a especialidade a quem as competências do EE-EMCPSC já foram reconhecidas. A maior dificuldade sentida ao longo do percurso foi a conciliação dos estágios com a vida profissional, tendo exigido grande parte do meu tempo que teria dedicado a assuntos da vida pessoal. Por outro lado, não considero ter sido tempo desperdiçado, pois posso afirmar que se tratou de um passo importante na minha carreira e na minha satisfação profissional, reconhecendo que contribuiu positivamente para o desenvolvimento das minhas competências profissionais, bem como para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem que irei prestar após a conclusão deste percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons. (2022). *Resources for Optimal Care of the Injured Patient: 2022 Standards*. March 22. Chicago https://emlrc.org/wp-content/uploads/2022_VRC_Injured-Patient-StandardsManual_Final.pdf-ACS.pdf
- American Psychological Association. (2022). APA style blog. <https://apastyle.apa.org/>
- Ahmad, I., & Younes, S. (2023). Effect of implementing noise reduction interventions on sound levels and alarm fatigue in intensive care units. *Assiut Scientific Nursing Journal*. <https://doi.org/10.21608/asnj.2023.227191.1649>
- Alanazi, M., Shaban, M., Ramadan, O., Zaky, M., Mohammed, H., Amer, F., & Shaban, M. (2024). Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nursing*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5>.
- Alson, R. L., Han, K., & Campbell, J. E. (2020). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers*. (9th ed.). Pearson Education.
- American Heart Association. (2021). Suporte avançado de vida cardiovascular – Manual do profissional. (e-book ed.). American Heart Association.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Armbruster, C., Walzer, S., Witek, S., Ziegler, S., & Farin-Glattacker, E. (2023). Noise exposure among staff in intensive care units and the effects of unit-based noise management: a monocentric prospective longitudinal study. *BMC Nursing*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01611-3>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º*

48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. 55 – 66. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Assembleia da República. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto: *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 – 4182 - Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, alterado pelo Decreto-Lei n.º 13/2022, de 12 de janeiro. 4147-4182* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16: Segunda Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 8059 – 8105.* Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Assembleia da República. (2012). Lei n.º 25/2012, de 16 de julho: *Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16: Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). 3728-3730.* Portugal. <https://data.dre.pt/eli/lei/25/2012/07/16/p/dre/pt/html>

Assembleia da República. (2006). Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. *Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03: Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, alterada pela Declaração de Retificação n.º 46/2006, pela Lei Orgânica n.º 1/2011 e pela Lei n.º 80/2015. 4696-4706.* Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulskey, J. A. & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: a cancer journal for clinicians*, 55(3), 164–177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>

Baer, L., & Weinstein, E. (2013). Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations. *Clinical journal of oncology nursing*, 17(3), E45–E51. <https://doi.org/10.1188/13.CJON.E45-E51>

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

- Baldo B. A. (2021). Toxicities of opioid analgesics: respiratory depression, histamine release, hemodynamic changes, hypersensitivity, serotonin toxicity. *Archives of toxicology*, 95(8), 2627–2642. <https://doi.org/10.1007/s00204-021-03068-2>
- Bell, R. S., Selph, S., Ghajar, J., Aarabi, B., Lumba-Brown, A., Mangat, H. S., Wright, D. W., Dengler, B., Stein, D. M., Pannell, D., Ecklund, J., Shackelford, S., Pappas, M., Totten, A. M., Adelson, P. D., Armonda, R. A., Benjamin, J., Boone, D., Davis, S., ..., Grant, G. (2026). Brain Trauma Foundation Guidelines for the Management of Penetrating Traumatic Brain Injury, Second Edition. *Neurosurgery*, 98(3S), S6–S164. <https://doi.org/10.1227/neu.0000000000003738>
- Bishop, S. M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed., pp. 57-70). Lusociência.
- Bitter, C. C., Storkan, M., Overmiller, A., Respicio, J. A., McGowan, T., Park, A., & Culhane, J. T. (2025). Wilderness Medical Society Clinical Practice Guideline on Care of Burns in the Wilderness. *Wilderness & Environmental Medicine*, 36(4), 549–558. <https://doi.org/10.1177/10806032251345768>
- Brown Tyo, M. & McCurry, M. K. (2019). An Integrative Review of Clinical Reasoning Teaching Strategies and Outcome Evaluation in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 40(1), 11-17. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000375>
- Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation Plus*, 20(20). <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763>
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2). 138-142 [http://dx.doi.org/10.1016/S1548-5315\(11\)70867-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1548-5315(11)70867-1)
- Buetti, N., Marschall, J., Drees, M., Fakh, M. G., Hadaway, L., Maragakis, L. L., Monsees, E., Novosad, S., O'Grady, N. P., Rupp, M. E., Wolf, J., Yokoe, D., & Mermel, L. A. (2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection control and hospital epidemiology*, 43(5), 553–569. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.87>

- Buhagiar, T., Schoenlein, M., & Smith, D. (2020). Ethical Decision Making in Critical Care: Communication, Coordination of Care, and the Practice of the Clinical Nurse Specialist. *Clinical Nurse Specialist*. <https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000520>.
- Caso, V., Martins, S., Mikulik, R., Middleton, S., Groppa, S., Pandian, J. D., Thang, N. H., Danays, T., van der Merwe, J., Fischer, T., & Hacke, W. (2023). Six years of the Angels Initiative: Aims, achievements, and future directions to improve stroke care worldwide. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 18(8), 898–907. <https://doi.org/10.1177/17474930231180067>
- Chen, T. J., Traynor, V., Wang, A. Y., Shih, C. Y., Tu, M. C., Chuang, C. H., Chiu, H. Y., & Chang, H. R. (2022). Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 131, 104239. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104239>
- Clezar, E. M., Lopes, D. B., de Lima, V. G., Ramos, J., & Westphal, G. A. (2025). The Effect of Goal-Directed Protocols for the Management of Brain-Dead Potential Organ Donors: An Integrative Review After Meta-Analysis. *Clinical transplantation*, 39(10), e70330. <https://doi.org/10.1111/ctr.70330>
- Coelho, N. (2017). Procedimentos Das Equipas De Emergência Médica Pré-Hospitalar Na Investigação Criminal Do Homicídio - Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. https://eg-fr.uc.pt/bitstream/10316/81408/1/Dissertacao_Nuno%20Coelho_Final.pdf
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M., & Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 1291-1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
- Decormeille, G., Maurer-Maouchi, V., Mercier, G., Debock, S., Lebrun, C., Rouhier, M., Martinez, E., Lise Faure, A., Duviver, J., Hultet-Mideltou, S., De Freitas Pereira, F., Tuailon, C., Soullisse, L., Demont, G., Youssouf, A., Dauve, V., Negrel, J., Sauvage, B., Morand, C., ... SRLF Trial Group (2021). Adverse Events in Intensive Care and Continuing Care Units During Bed-Bath Procedures: The Prospective Observational NURSIng during critical carE (NURSIE) Study. *Critical care medicine*, 49(1), e20–e30. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000004745>

- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ..., Joffe, A. M. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825–873. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003299>
- Díaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clínica debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 40(40), 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>
- Direção-Geral de Saúde. (2023a). Norma Clínica: 004/2023: *Avaliação de risco e rastreio de Enterobacteriales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente à meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2023b). *RELATÓRIO: A ESTRATÉGIA MULTIMODAL DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO -Antes e durante a pandemia por COVID-19 (2009-2019 e 2020-2022)*. Lisboa. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/campanha-de-precaucoes-basicas/relatorios/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal-.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023c). Norma n.º 008/2023 de 19/12/2023: *Medicamentos de alta vigilância*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). Norma Clínica 021/2015, atualizada a 17/11/2022: *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma Clínica 019/2015, atualizada a 29/08/2022: *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma Clínica 022/2015, atualizada a 29/08/2022: “*Feixe de Intervenções*” para a *Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022d). Norma Clínica 020/2015, atualizada a 17/11/2022: “*Feixe de Intervenções*” para a *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Norma 007/2019, de 16-10-2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019b). *INFEÇÕES E ANTIMICROBIANOS EM PORTUGAL - RESULTADOS DOS INQUÉRITOS DE PREVALÊNCIA DE 201*. Lisboa. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 015/2017 : Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Portugal. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Portugal. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma 018/2014, atualizada a 27-04-2015: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por->

[staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf](#)

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 008/2011: *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Portugal. 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. (2010). Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO, de 31/03/2010: *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Portugal. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>

Dopelt, K., Shevach, I., Vardimon, O., Czabanowska, K., De Nooijer, J., Otok, R., Leighton, L., Bashkin, O., Duplaga, M., Levine, H., Macleod, F., Malowany, M., Okenwa-Emegwa, L., Zelber-Sagi, S., Davidovitch, N., & Barach, P. (2023). Simulation as a key training method for inculcating public health leadership skills: a mixed methods study. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1202598>

Douvrin, A., Zeid, K., Hiremath, S., Bagshaw, S. M., Wald, R., Beaubien-Souligny, W., Kong, J., Ronco, C. & Clark, E. G. (2019). Mechanisms for hemodynamic instability related to renal replacement therapy: a narrative review. *Intensive care medicine*, 45(10), 1333–1346. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05707-w>

Dowd, T. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed., pp. 57-70). Lusociência.

Duong, J., Wang, G., Lean, G., Slobod, D. & Goldfarb, M. (2024). Family-centered interventions and patient outcomes in the adult intensive care unit: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of critical care*, 83, 154829. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2024.154829>

Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, W. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., Francis, J., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Sessler, C. N., Dittus, R. S. & Bernard, G. R. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and

- Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983 – 2991. <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>
- Emar, M., Smith, E. & Coats, T. J. (2022). Background noise in an Emergency Department: an observational study from staff and patient perspectives. *medRxiv* <https://doi.org/10.1101/2022.05.20.22275148>
- Engström, J., Bruno, E., Reinius, H., Fröjd, C., Jonsson, H., Sannervik, J. & Larsson, A. (2017). Physiological changes associated with routine nursing procedures in critically ill patients are common: an observational pilot study. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 61(1), 62–72. <https://doi.org/10.1111/aas.12827>
- Epstein, E. G. & Hamric, A. B. (2009). Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342. <https://doi.org/10.1086/jce200920406>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). Documento Técnico do ECDC: *Inquérito de prevalência de ponto das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde e do Uso de Antimicrobianos em hospitais europeus de cuidados agudos*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/03/Manual-PPS3-Traducao-PT.pdf>
- Fawcett, J. (1989). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. (2ª ed.) F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Filus, W., Lacerda, A. B. M. de & Albizu, E. (2015). Ambient Noise in Emergency Rooms and Its Health Hazards. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 19(3), 205–209. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387165>
- Fink, A. M. (2020). Sleep Neurobiology and the Critical Care Environment. *Critical Care Nurse*, 40(4), e1–e6. <https://doi.org/10.4037/ccn2020432>
- Franc, J. M., Kirkland, S. W., Wisnesky, U. D., Campbell, S. & Rowe, B. H. (2022). METASTART: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) Algorithm for Disaster Triage. *Prehospital and disaster medicine*, 37(1), 106–116. <https://doi.org/10.1017/S1049023X2100131X>
- Frias, A., Moreira, J., Caldeira, E., Nogueira, M. J. & Mendonça, S. (2023). Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos (1ª versão). Évora.

- Frink, M., Lechler, P., Debus, F. & Ruchholtz, S. (2017). Multiple Trauma and Emergency Room Management. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(29-30), 497–503. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0497>
- Giretzlehner, M., Ganitzer, I. & Haller, H. (2021). Technical and Medical Aspects of Burn Size Assessment and Documentation. *Medicina*, 57(3), 242. <https://doi.org/10.3390/medicina57030242>
- Gomes, A. M. (2018). Preservação de vestígios no pré-hospitalar: papel das equipas de emergência médica em cenários forenses. *Nursing*, 1, 1-16. https://www.researchgate.net/publication/327838756_Preservacao_de_vestigios_no_pre-hospitalar_papel_das equipas_de_emergencia_medica_em_cenarios_forenses
- Gorman, E. A., O’Kane, C. M. & McAuley, D. F. (2022). Acute Respiratory Distress Syndrome in adults: diagnosis, outcomes, long-term sequelae, and Management. *The Lancet*, 400(10358), 1157–1170. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01439-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01439-8)
- Greenhalgh, D. G. (2019). Management of Burns. *New England Journal of Medicine*, 380(24), 2349–2359. <https://doi.org/10.1056/nejmra1807442>
- Grimm, J. (2020). Sleep Deprivation in the Intensive Care Patient. *Critical Care Nurse*, 40(2), e16–e24. <https://doi.org/10.4037/ccn2020939>
- Guérin, C., Albert, R. K., Beitler, J., Gattinoni, L., Jaber, S., Marini, J. J., Munshi, L., Papazian, L., Pesenti, A., Vieillard-Baron, A. & Mancebo, J. (2020). Prone position in ARDS patients: why, when, how and for whom. *Intensive care medicine*, 46(12), 2385–2396. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06306-w>
- Guisasola-Rabes, M., Solà-Enriquez, B., Vélez-Pereira, A. M. & de Nadal, M. (2022). Noise Levels and Sleep in a Surgical ICU. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2328. <https://doi.org/10.3390/jcm11092328>
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. The Macmillan Company; Collier-Macmillan Limited, London
- Hendriks, S., Vernooij, C., O’Connor, R. & Jie, K. (2024). Reduced noise in the emergency department: the impact on staff well-being and room acoustics. *Emergency Medicine Journal*, 41, 538 - 542. <https://doi.org/10.1136/emered-2023-213471>

- Hickman, J. S. (2000). Introdução à teoria de enfermagem. In J. B. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed., pp.11-20). Artmed Editora
- Institute for Safe Medication Practices. (2026). *ISMP Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals*. https://online.ecri.org/hubfs/ISMP/Resources/ISMP_TargetedMedicationSafetyBestPractices_Hospitals.pdf
- Institute for Safe Medication Practices. (2019). *Guidelines for the Safe Use of Automated Dispensing Cabinets*. ISMP. https://www.ismp.org/system/files/resources/2019-11/ISMP170-ADC%20Guideline-020719_final.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Carteira de Serviços do INEM, I. P.* Lisboa. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/09/Carteira-de-Servicos-INEM_ata_n66_23_08_23.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (s.d.). *História do INEM*. <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- Ismail, S., Sohilait, H. & Erawati, M. (2024). The Holistic Nursing Competencies and Instruments for Critically Ill-Patients: A Scoping Review. *Poltekita : Jurnal Ilmu Kesehatan*. <https://doi.org/10.33860/jik.v18i1.2617>
- Kamdar, B. B., Simons, K. S. & Spronk, P. E. (2020) Can ICUs create more sleep by creating less noise?. *Intensive Care Medicine*, 46, 498-500. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05834-4>
- Keng Ng, L. (2019). The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study.. *Nurse education today*, 85, 104302 . <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104302>
- Khadzhynov, D., Dahlinger, A., Schelter, C., Peters, H., Kindgen-Milles, D., Budde, K., Lehner, L. J., Halleck, F., Staeck, O. & Slowinski, T. (2017). Hyperlactatemia, Lactate Kinetics and Prediction of Citrate Accumulation in Critically Ill Patients Undergoing Continuous Renal Replacement Therapy With Regional Citrate Anticoagulation. *Critical care medicine*, 45(9), e941–e946. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002501>
- Kolcaba, K. (2007). *Comfort Theory: A Framework for Healthy Bladders and Planning for End of Life*. [PowerPoint Slides]. Comfort Line. <https://20f11897-e1ef-4efb-a681->

f00a83a5dc4f.filesusr.com/ugd/618179_eafa709245184b8c84cf0fa58946cdce.pdf?index=true

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. (1^a ed.) Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (1995). Comfort as Process and Product, Merged in Holistic-Nursing Art. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 117-131. <https://doi.org/10.1177/089801019501300203>
- Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62. <https://doi.org/10.1177/089801010001800106>
- Krantz, M. J., Palmer, R. B. & Haigney, M. C. P. (2021). Cardiovascular Complications of Opioid Use: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(2), 205–223. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.002>
- Labrague, L. (2021). Use of Simulation in Teaching Nursing Leadership and Management Course. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 21, 344 - 353. <https://doi.org/10.18295/squmj.4.2021.007>
- Lambe, K., Currey, J. & Considine, J. (2017). Emergency nurses' decisions regarding frequency and nature of vital sign assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), 1949–1959. <https://doi.org/10.1111/jocn.13597>
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lewis, S., Pritchard, M., Schofield-Robinson, O., Evans, D., Alderson, P. & Smith, A. (2018). Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers.. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD012471 . <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012471.pub2>.
- Lin, Y. K., Chen, K. C., Wang, J. H. & Lai, P. F. (2022). Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage. *The American journal of emergency medicine*, 53, 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.12.037>
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2010). *Fundamentos de metodologia científica* (7^a ed.). Atlas S. A.

McEwen, M. & Wills, Evelyn M. (2023). *Theoretical basis for nursing* (6th ed.). Wolters Kluwer Health.

Ministérios da Defesa Nacional, das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. (1981). Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto. *Diário da República n.º 176/1981, Série I de 1981-08-03: Cria, no Ministério dos Assuntos Sociais, o Instituto Nacional de Emergência Médica.* 205 – 206. Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/234-1981-576950>

Ministério da Saúde. (2024). Despacho n.º 519/2024, de 18 de janeiro. *Diário da República n.º 13/2024, Série II de 2024-01-18: Determina a estrutura do SIEM, os níveis de responsabilidade dos SU, estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação.* 20673 – 20678. Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/519-2024-837096649>

Ministério da Saúde. (2023). Despacho n.º 6386/2023, de 9 de junho. *Diário da República n.º 111/2023, Série II de 2023-06-09: Altera o Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, que atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* 145 – 146. Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6386-2023-214175433>

Ministério da Saúde. (2022). Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. *Diário da República n.º 174/2022, Série II de 2022-09-08: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).* 93 - 99 Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. *Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).* 96 – 103. Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Ministério da Saúde. (2019). Decreto-lei n.º 71/2019, de 27 de maio. *Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27: Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde.* 2626 – 2642. Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. *Diário da República n.º 28, Série II de 2015-02-10: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. 3882-(2) -3882-(10).* Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República n.º153/2014, Série II de 2014-08-14: Define a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e o nível de responsabilidade dos Serviços de Urgência. 20673 – 20678.* Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro. *Diário da República n.º 38/2013, Série II de 2013-02-22 : Determina o desenvolvimento prioritário do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos Antimicrobianos. 7179 – 7180.* Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>

Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 : Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.* alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. *Diário da República n.º 93, Série I de 1998-04-21.* Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Misseri, G., Piattoli, M., Mirasola, A., Guarrera, L., Evangelista, C., Cuttone, G., La Via, L. & Gregoretti, C. (2026). Strategies for a Rational Use of Opioids in Critical Care Settings. *Journal of Clinical Medicine*, 15(3), 1039. <https://doi.org/10.3390/jcm15031039>

Naef, R., Jeitziner, M.-M., Riguzzi, M., von Felten, S., Verweij, L., Rufer, M., Safford, J., Sutter, S., Bergmann-Kipfer, B., Betschart, U., Boltshauser, S., Brülisauer, N., Brunner, C., Bühler, P. K., Burkhalter, H., Dullenkopf, A., Heise, A., Hertler, B., Hoffmann, J. E., ... Karde, C. (2025). Nurse-Led Family Support Intervention for Families of Critically Ill Patients. *JAMA Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.3406>

Nunes, L. (2009). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes.* Lusodidacta.

Núñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J. P., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P. & Araújo, R. (2020). *Atualização da Rede nacional de Especialidade Hospitalar e de*

Referenciação – Medicina Intensiva. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf

Obenza, A., Cruz, P., Buttner, M. & Woodard, D. (2022). Microbial contamination on ambulance surfaces: a systematic literature review. *The Journal of Hospital Infection*, 122, 44–59. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.12.020>

O’Grady, N. P. (2023). Prevention of Central Line–Associated Bloodstream Infections. *The New England Journal of Medicine*, 389(12), 1121–1131. <https://doi.org/10.1056/nejmra2213296>

Ordem dos Enfermeiros. (2025). Regulamento n.º 395/2025, de 24 de março. *Diário da República n.º 58/2025, Série II de 2025-03-24: Estabelece o regime das áreas de especialidade e de competência acrescida*. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/395-2025-911926192>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro. *Diário da República n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19: Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. 57 – 75. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho. *Diário da República n.º 131, Série II de 2022-07-08: Regulamento que define o ato do enfermeiro*. 179 – 182. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Aviso n.º 4511/2021, de 11 de março. *Diário da República n.º 49/2021, Série II de 2021-03-11: Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 142-162. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/4511-2021-159219809>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. 4744 – 4750. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25: Regulamento da Norma para Cálculo*

- de *Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. 128 – 155. Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16: 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*. 19359 – 19370. Portugal.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual e Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros, p.8 – 13. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril.
<https://data.dre.pt/eli/declei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações*. Portugal.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b2411424.pdf>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. G. P. Putnam's Sons, New York

- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J. , Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pal, J., Taywade, M., Pal, R. & Sethi, D. (2022). Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy Affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers. *Noise & health*, 24(114), 130–136. https://doi.org/10.4103/nah.nah_79_21
- Palmryd, L., Rejnö, Å., Alvariza, A. & Godskesen, T. (2024). Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care. *Nursing Ethics*, 32, 424 - 436. <https://doi.org/10.1177/09697330241252975>.
- Passchier-Vermeer, W. & Passchier, W. F. (2000). Noise exposure and public health. *Environmental Health Perspectives*, 108(1), 123–131. <https://doi.org/10.1289/ehp.00108s1123>
- Paterson, J. G. & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. (2ª ed.) New York: National League for Nursing.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed., pp. 3-14). Lusociência.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 13(3), 141-146. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050>
- Rabiais, I., Rosas, A., Sousa, L., Gonçalves, S., Monteiro, P., Deodato, S. & Severino, S. (2025). Nurses' Responsibilities Towards Victims of Violence in the Preservation of Forensic Traces and Evidence: A Scoping Review. *Emergency Care and Medicine*, 2(28), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ecm2020028>
- Resuscitation Council UK. (2024). *The ABCDE Approach*. Resuscitation Council UK <https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>
- Richard-Lalonde, M., Gélinas, C., Boitor, M., Gosselin, E., Feeley, N., Cossette, S. & Chlan, L. L. (2020). The Effect of Music on Pain in the Adult Intensive Care Unit: A Systematic

- Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of pain and symptom management*, 59(6), 1304–1319.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.359>
- Riddell, J. R., Fernandes, B. M., Jadav, R. H. & Wise, M. P. (2025). Monitoring Sedation Depth in Critical Illness, State-of-the-Art Practice. *Critical care clinics*, 41(4), 707–720.
<https://doi.org/10.1016/j.ccc.2025.06.001>
- Rosenthal, V. D., Yin, R., Lu, Y., Rodrigues, C., Myatra, S. N., Kharbanda, M., Valderrama-Beltran, S. L., Mehta, Y., Daboor, M. A., Todi, S. K., Aguirre-Avalos, G., Guclu, E., Gan, C. S., Jiménez-Alvarez, L. F., Chawla, R., Hlinkova, S., Arjun, R., Agha, H. M., Zuniga-Chavarria, M. A., ... Jin, Z. (2023). The impact of healthcare-associated infections on mortality in ICU: A prospective study in Asia, Africa, Eastern Europe, Latin America, and the Middle East. *American journal of infection control*, 51(6), 675–682. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.08.024>
- Ruettgers, N., Naef, A., Rossier, M., Knobel, S., Jeitziner, M., Holtforth, G., Zante, B., Schefold, J., Nef, T. & Gerber, S. (2022). Perceived sounds and their reported level of disturbance in intensive care units: A multinational survey among healthcare professionals. *PLOS ONE*, 17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279603>
- Safavi, A., Molavynejad, S., Rashidi, M., Asadizaker, M. & Maraghi, E. (2023). The effect of an infection control guideline on the incidence of ventilator-associated pneumonia in patients admitted to the intensive care units. *BMC Infectious Diseases*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08151-w>
- Schwab, K. E., To, A. Q., Chang, J., Ronish, B., Needham, D. M., Martin, J. L. & Kamdar, B. B. (2019). Actigraphy to Measure Physical Activity in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(11), 1323–1331. <https://doi.org/10.1177/0885066619863654>
- Shahnawaz, M. & Zaim, H. (2020). Peer knowledge sharing and organizational performance: the role of leadership support and knowledge management success. *J. Knowl. Manag.*, 24, 2455-2489. <https://doi.org/10.1108/jkm-03-2020-0227>.
- Shaver, C. M., Reese, P. P., Griesemer, A., Zuckermann, A. & Bacchetta, M. (2025). Scientific advances in the assessment, modification, and generation of transplantable organs for patients with end-stage organ diseases. *Lancet (London, England)*, 406(10501), 376–388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00239-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00239-9)

- Silva, R. X., Sá, G. G., Souto, R. Q., Alcoforado, J. M., Barros, L. M., Souza, H. P. & Neto, N. M. (2022). Criminal experts' experience on forensic traces not preserved by health and safety professionals, *RevRene*, 23,(1), 1-10 <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222380688>
- Suparti, S. & Suroso, J. (2020). The Correlation Between Humidity, Temperature, and Noise with Sleep Quality at Intensive Care Unit (ICU). *INDONESIAN NURSING JOURNAL of EDUCATION and CLINIC (INJEC)*, 5(1), 60–68. <https://doi.org/10.24990/injec.v5i1.269>
- Tijunelis, M. A., Fitzsullivan, E. & Henderson, S. O. (2005). Noise in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 332–335. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2005.02.037>
- Tomazini, B. M., Besen, B. A. M. P., Santos, R. H. N., Nassar, A. P., Jr, Veiga, T. S., Campos, V. B., Tokunaga, S. M., Santos, E. S., Barbante, L. G., da Costa Maia, R., Kojima, F. C. S., Laranjeira, L. N., Taniguchi, L. U., Roepke, R. M. L., Franke, C. A., Sanches, L. C., Melro, L. M. G., Maia, I. S., de Souza Dantas, V. C., ... BRICNet (2025). Clinical impact of healthcare-associated infections in Brazilian ICUs: a multicenter prospective cohort. *Critical care (London, England)*, 29(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05203-8>
- Verstraeten, L. & Jochmans, I. (2022). Sense and Sensibilities of Organ Perfusion as a Kidney and Liver Viability Assessment Platform. *Transplant international: official journal of the European Society for Organ Transplantation*, 35, 10312. <https://doi.org/10.3389/ti.2022.10312>
- Vreman, J., Lemson, J., Lanting, C., van der Hoeven, J. & van den Boogaard, M. (2023). The Effectiveness of the Interventions to Reduce Sound Levels in the ICU: A Systematic Review. *Critical care explorations*, 5(4), e0885. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000885>
- Właszczek, M., Rafa, E. & Kołpa, M. (2022). Risk factors and preventable strategies of ventilator-associated pneumonia: the role of nursing care and epidemiological surveillance. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 30(1), 48-56. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2022.120031>
- Wallace, A. B. (1951). THE EXPOSURE TREATMENT OF BURNS. *The Lancet*, 257(6653), 501–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(51\)91975-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(51)91975-7)

- Wend, C. M., Fransman, R. B. & Haut, E. R. (2024). Prehospital Trauma Care. *The Surgical Clinics of North America*, 104(2), 267–277. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2023.10.005>
- Wilson, L. & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>
- Witek, S., Schmoor, C., Montigel, F., Grotejohann, B. & Ziegler, S. (2025). Sustainable reduction in sound levels on intensive care units through noise management - an implementation study. *BMC Health Services Research*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12059-9>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (2018). *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053563>
- World Health Organization. (1999) *Guidelines for community noise*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>
- Yang, J. & Zhou, J. (2024). Effect of the Levels and Sources of Noise on the Sleep Quality of Conscious Patients in Emergency Intensive Care Unit. *Noise and Health*, 26(123), 489–494. https://doi.org/10.4103/nah.nah_83_24
- Younis, M. B., Hayajneh, F. & Alshraideh, J. A. (2021). Effect of noise and light levels on sleep of intensive care unit patients. *Nursing in critical care*, 26(2), 73–78. <https://doi.org/10.1111/nicc.12490>
- Zabalza, A. M. (2013). Innovación en la Enseñanza Universitaria. *Contextos Educativos. Revista De Educación*, (6), 113-136. <https://doi.org/10.18172/con.531>
- Zarbock, A., Küllmar, M., Kindgen-Milles, D., Wempe, C., Gerss, J., Brandenburger, T., Dimski, T., Tyczynski, B., Jahn, M., Mülling, N., Mehrländer, M., Rosenberger, P., Marx, G., Simon, T. P., Jaschinski, U., Deetjen, P., Putensen, C., Schewe, J.-C., Kluge, S., ... , Jarczak, D. (2020). Effect of Regional Citrate Anticoagulation vs Systemic Heparin Anticoagulation During Continuous Kidney Replacement Therapy on Dialysis Filter

Life Span and Mortality Among Critically Ill Patients With Acute Kidney Injury. JAMA, 324(16), 1629. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.18618>

APÊNDICES

Apêndice A – Plano de Sessão : Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência



REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O SFIBD RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA LEGÍVEL

1 – PLANO DE SESSÃO

Ação de Formação:	Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência	Serviço: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica		
Destinatários:	Enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde	Data: 11/11/2025 <small>(00/00/0000)</small>		
Formador: <small>(Quando Aluno, deve ser supervisionado pelo Tutor)</small>	Enfs. [REDACTED], Francisco Lopes [REDACTED]	Hora Início: 14:00h <small>(00:00h)</small> Hora Fim: 16:00h <small>(00:00h)</small>		
Tutor:	Enfs. [REDACTED]	Duração: 2 horas		
Local de realização:	Microsoft Teams			
A ação de formação estava contemplada em Plano	<table border="1"> <tr> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> </table>	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Justificação: Formação realizada em contexto de estágio do curso de mestrado em enfermagem com especialidade.
SIM				
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
Objectivos gerais <small>(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)</small>	<p>- Compreender a importância da preservação de vestígios forenses no contexto do serviço de urgência e aplicar procedimentos adequados que garantam a integridade da prova e a proteção da vítima.</p>			
Objectivos específicos <small>(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)</small>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os principais tipos de vestígios forenses que podem ser encontrados em vítimas que recorrem ao serviço de urgência. - Reconhecer situações clínicas que exigem preservação de vestígios (violência sexual, agressões, acidentes suspeitos, maus-tratos, etc.). - Aplicar técnicas corretas de preservação, recolha mínima e documentação de vestígios. - Evitar contaminação, destruição ou perda de evidências. - Saber comunicar e articular com autoridades policiais e equipas forenses. - Registar adequadamente a informação clínica e circunstancial relevante. 			



1- PLANO DE SESSÃO (Cont.)

<p>METODOLOGIA E/I/D/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição teórica dialogada: Com apoio de diapositivos, para introduzir conceitos essenciais - Estudo de casos reais/simulados: Situações como violência sexual, agressão física, atropelamento suspeito, etc. - Discussão orientada: Debate sobre dificuldades reais no serviço de urgência / Caixa de Preservação de Vestígios presente no serviço
<p>PROPOSTAS / DECISÕES:</p>	
<p>IMPACTO DA FORMAÇÃO Preenchimento obrigatório 2/4 meses após a formação</p>	
<p>AVALIAÇÕES I / F / S</p>	

¹Expositivo/Interrogativo/Demonstrativo/Activo

²Inicial/Formativa/Sumativa

³Avaliação das mais valias que a acção trouxe para o desempenho dos profissionais/serviço

Apêndice B - Plano de Sessão : Gestão do Ruído no Serviço de Urgência

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O SFIBD RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA LEGÍVEL

1 – PLANO DE SESSÃO

Ação de Formação:	Gestão do Ruído no Serviço de Urgência	Serviço:	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica				
Destinatários:	Enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde	Data:	30/10/2025 <small>(00/00/0000)</small>				
Formador: <small>(Quando Aluno, deve ser supervisionado pelo Tutor)</small>	Enfs: Francisco Miguel Rodrigues Lopes; [REDACTED]	Hora Início:	14:00h Hora Fim: 16:00h <small>(00:00h) (00:00h)</small>				
Tutor:	Enf [REDACTED]	Duração:	2 horas				
Local de realização:	Microsoft Teams (e-learning)						
A ação de formação estava contemplada em Plano	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> NÃO</td> <td>Justificação: Formação realizada em contexto de estágio do curso de mestrado em enfermagem com especialidade.</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Justificação: Formação realizada em contexto de estágio do curso de mestrado em enfermagem com especialidade.
<input type="checkbox"/> SIM							
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Justificação: Formação realizada em contexto de estágio do curso de mestrado em enfermagem com especialidade.						

Objectivos gerais

(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

Consciencializar os profissionais de saúde do serviço de urgência para uma gestão adequada do ruído.

Objectivos específicos

(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)

Analisar a influência do ruído no serviço de urgência, avaliando o seu impacto no bem-estar e desempenho dos profissionais de saúde, bem como na experiência e recuperação dos doentes.

Identificar as principais fontes de ruído presentes no serviço de urgência.

Apresentar estratégias e intervenções que possam contribuir para a redução do ruído e melhoria do ambiente no serviço de urgência.



1- PLANO DE SESSÃO (Cont)

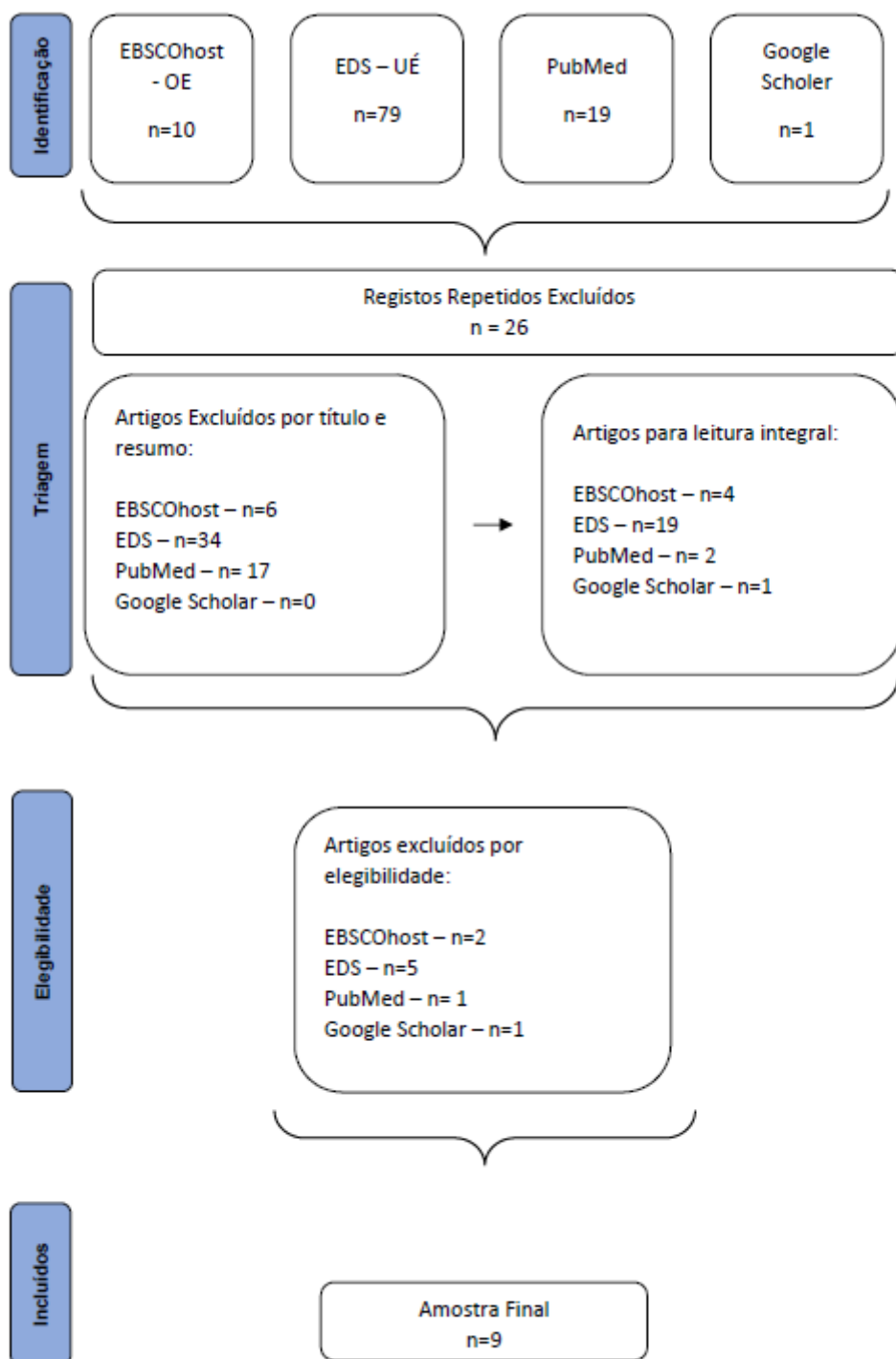
<p>METODOLOGIA E/I/D/A</p>	<p>Expositiva – Demonstração de conceitos para a compreensão da problemática</p> <p>Interrogativa – Estimular o raciocínio e a crítica sobre o conhecimento do assunto</p> <p>Ativa – Solicitar identificação de fontes de ruído pelos profissionais através de um brainstorming com recurso a ferramentas digitais.</p>
<p>PROPOSTAS / DECISÕES:</p>	
<p>IMPACTO DA FORMAÇÃO</p> <p>Preenchimento obrigatório 2/4 meses após a formação</p>	
<p>AVALIAÇÕES I / F / S</p>	

¹Expositivo/Interrogativo/Demonstrativo/Activo

²Inicial/Formativa/Sumativa

³Avaliação das mais valias que a acção trouxe para o desempenho dos profissionais/serviço

Apêndice C – Prisma Flow Diagram da ScR



Apêndice D – Resumo da ScR: “O Efeito do Ruído no Doente Crítico em UCI – Scoping Review

Resumo

Enquadramento: O ruído é definido pela Organização Mundial de Saúde como “sons indesejáveis ou prejudiciais, sendo reconhecido com um fator ambiental com impacto significativo na saúde. Em contexto hospitalar, os níveis de ruído excedem frequentemente os limites recomendados em particular nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivo: O objetivo desta scoping review é mapear os efeitos que o ruído tem sob o doente crítico nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Métodos: A revisão seguiu a metodologia JBI e PRISMA-ScR. A pesquisa foi desenvolvida através dos motores de pesquisa EBSCOhost, EBSCO Discovery Service, Google Scholer e base de dados PubMed, incluindo artigos originais em português, inglês e espanhol até ao ano de 2020, com exclusão dos critérios *pediatrics, children, child, infant, neonatal e operating room*.

Resultados: Foram incluídos 9 estudos. Os principais temas emergentes foram relacionados com a influência sobre o sono do doente crítico e a identificação das principais fontes de ruído no contexto em estudo. Foi destacado que o ruído tem efeito em todos os sistemas do organismo, funcionando em rede e aumentando o seu impacto de forma exponencial. Identificaram-se lacunas na literatura, particularmente no que se refere ao efeito do ruído no doente no período diurno e de forma contínua.

Conclusões: Os resultados encontrados demonstram que o impacto do ruído a nível do sono apresenta efeitos negativos na sua recuperação e no seu prognóstico, mas há necessidade de realizar mais estudos focados nos efeitos do ruído no doente crítico que não esteja relacionado diretamente com o sono. Esta revisão fornece uma base para futuras revisões sistemáticas e orienta a prática na área da prestação de cuidados ao doente crítico em UCI.

Palavras-chave: Doente Crítico; Efeitos do Ruído; Unidades de Cuidados Intensivos; Cuidados de Enfermagem

ANEXOS

Anexo A - III Seminário de Iniciação à Investigação Científica da ULST



CERTIFICADO

Certifica-se que Francisco Miquel Rodrigues Lopes

participou no III Seminário de Iniciação à Investigação Científica da ULSTS, que se realizou na Plataforma Teams, no dia 2 de outubro de 2025, com uma carga horária de 4h00.

Penafiel, 2 de outubro de 2025

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Dr. JOSÉ LUÍS GASPAR

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@ulsts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



Anexo B - Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação



Pós-Graduação Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência

CERTIFICADO

Certifica-se que **Francisco Miguel R. Lopes**, participou no seminário “**Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação**” realizado dia 14 de Novembro no auditório da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, com a **duração de 4 horas**, no âmbito da unidade curricular “Cuidados de Saúde de Urgência e Emergência em Trauma” do curso de Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência.

Diretora do Curso

Professora Doutora Maria do Céu Marques



Anexo C - Paragem Cardiorrespiratória Traumática



Certifica-se que **Francisco Miguel Rodrigues Lopes**, nascido(a) em 18/11/1999, com o número de identificação civil ****4593, participou na Masterclass.

// Paragem Cardiorrespiratória Traumática

que decorreu em 27/03/2025, com a duração de 2 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 27 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 251185123

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

**Anexo D - (RE)AGIR: Quando O Impossível Acontece - Gestão De Recursos Em
Emergência E Catástrofe**



Certifica-se que **Francisco Miguel Rodrigues Lopes**, nascido(a) em 18/11/1999, com o número de identificação civil ****4593, 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 260701339

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

Anexo E - Congresso Internacional do Doente Crítico 2025



Anexo F - Coautor de uma comunicação oral destacada com 2.º prémio : Congresso Internacional do Doente Crítico 2025



Anexo G - Capacitar Para O (Im)Provável: Gestão De Recursos Em Emergência Médica E Catástrofe



Certifica-se que Francisco Miguel Rodrigues Lopes, nascido(a) em 18/11/1999, com o número de identificação civil ****4593, 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

A handwritten signature in black ink that reads 'Pedro Caldeira'.

Pedro Caldeira



Certificado nº 242611332

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

Anexo H - Suporte Avançado de Vida



Certifica-se que **Francisco Miguel Rodrigues Lopes**, nascido(a) em 18/11/1999, com o número de identificação civil ****4593, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 22/03/2025 a 23/03/2025, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 23 de março de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 25034503

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

Anexo I - Suporte Avançado de Vida Pediátrico



Certifica-se que **Francisco Miguel Rodrigues Lopes**, nascido(a) em 18/11/1999, com o número de identificação civil ****4593, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 08/05/2025 a 09/05/2025, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 9 de maio de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado n.º 25109809

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

Anexo J - International Trauma Life Support



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Francisco Miguel Rodrigues Lopes

**has completed the
Advanced Provider**

date
6/7/2025

course site
blue ocean medical, PORTO SALVO,

course director

course coordinator
Pedro Caldeira RN

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 18.00 Course #: 24-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

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

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL30025)

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS 415771-58795
International
Trauma Life Support

Francisco Miguel Rodrigues Lopes

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

Advanced Provider

Card Issue Date **6/7/2025** Expiration Date **06/2028**

Course Number **58795** Course Location **blue ocean medical,
PORTO SALVO,**

Anexo K - 1st International Seminar on Implementation Science and Nursing

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



Certificate of Attendance


This is to certify that **Francisco Miguel Rodrigues Lopes** 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

www.ess.ips.pt



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 L - 1.º Benchmarking de Formação, Simulação e Treino de Equipas de Enfermagem em Doente Crítico



Anexo M - Coautor de Comunicação Oral - 1º prémio, - 1ªs Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve: Do Caos à Excelência



Certificate of Best Oral Communication - 1st Place

This Certificate of Best Oral Communication is presented to Vanessa Sofia Marques Pinto for her outstanding presentation *Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência*, presented at I Jornadas de Enfermagem em Urgência e Emergência da Unidade Local de Saúde do Algarve, held on 11/21/2025 in Museu de Portimão, Portugal.

Author(s): Pinto V.; Gonçalves B.; Adrião F.; Lopes F.; Sousa M.;Sousa M.; Marques J.; Amaral G.; Ruivo A.




Alexandra Ferreira
(Presidente das Jornadas)


Marco Piedade
(Presidente das Jornadas)

