

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

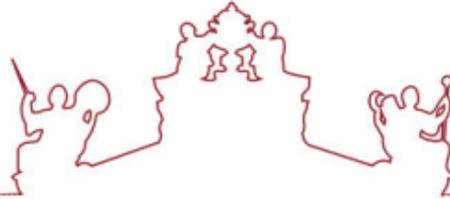
Relatório de Estágio

**Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico
numa Unidade de Cuidados Intensivos**

Joana Cascalho Serra de Barreiros

Orientador(es) | Maria Antónia Rasa Correia Costa

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

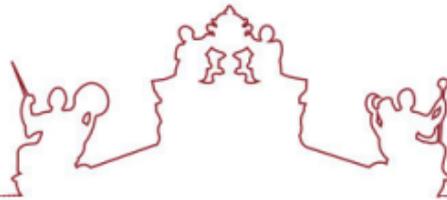
Relatório de Estágio

Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos

Joana Cascalho Serra de Barreiros

Orientador(es) | Maria Antónia Rasa Correia Costa

Évora 2022



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 | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Antónia Costa pela supervisão e orientação pedagógica, disponibilidade, apoio e incentivo para a realização dos projetos e deste percurso académico.

Ao Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica HS pela orientação no Estágio Final, pela sua ajuda, disponibilidade, supervisão, paciência e compreensão nesta última fase do percurso. Obrigada pela amizade.

À Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica VF pela orientação no Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua disponibilidade infinita, supervisão, disponibilidade e ajuda.

Aos meus colegas de trabalho e Enfermeira-chefe pela paciência e ajuda e por todo o apoio ao longo deste percurso.

Aos meus colegas desta aventura, pelo companheirismo e interajuda. Muito grata a todos.

À família, em especial à minha mãe, pelo apoio incondicional não só agora, mas durante todo o meu percurso académico e Profissional.

Muito obrigada.

Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

Introdução: O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica. **Objetivo:** Descrever as estratégias e atividades que foram desenvolvidas ao longo do Estágio Final e o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem. **Metodologia:** Análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas no Estágio Final. Recurso à Metodologia de Projeto para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção Profissional, sustentado pela Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Patricia Benner. **Resultados:** Foi realizada a análise e reflexão crítica fundamentada do desenvolvimento e aquisição de competências sobre as atividades desenvolvidas numa Unidade de Cuidados Intensivos e o Projeto de Intervenção Profissional teve como objetivo a promoção da segurança e evacuação de emergência do doente crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos, através da elaboração de uma proposta de plano de evacuação dos doentes internados na unidade de cuidados intensivos. **Conclusão:** Este relatório permitiu a análise e reflexão crítica e fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica e das competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave – Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em situação crítica; Plano de emergência e evacuação; Segurança.

Safety and emergency evacuation of the Critically Ill Patients in an Intensive Care Unit

ABSTRACT

Introduction: This Internship Report comes within the scope of the Report Curricular Unit, integrated in the Master's in Nursing in Association, in the specialty area Medical-Surgical Nursing: the Person in Critical Condition. **Objective:** To describe the strategies and activities developed during the final internship and their contribution to the development and acquisition of common and specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation and Master in Nursing. **Methodology:** Critical and reflective analysis of the activities developed at the final internship. Use of the Project Methodology for the development of the Professional Intervention Project, supported by the Theory of Clinical Wisdom in Acute and Critical Care by Patricia Benner. **Results:** The analysis and critical reflection based on the development and acquisition of competences was carried out on the activities out in an Intensive Care Unit and the Professional Intervention Project aimed to promote safety and emergency evacuation of critically ill patients in an Intensive Care Unit, through the elaboration of a proposal for an evacuation plan for patients admitted to the intensive care unit. **Conclusion:** This report allowed the analysis and critical and grounded reflection of the process of acquisition and development of common and specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing - Person in Critical Situation and of the competences of Master in Nursing.

Keywords – Medical-Surgical Nursing; Critical Condition; Emergency and evacuation plan; Security.

LISTA DE SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADR - Área de Doentes Respiratórios

AEEMC - Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

APA - *American Psychological Association*

ARS - Administração Regional de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro(a) Especialista

EEPSC - Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EF - Estágio Final

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

EPI - Equipamento de Proteção Individual

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

HPS – Hospital Privado no Sul

ICN - *International Council of Nurses*

ITLS - *International Trauma Life Support*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

JCI - *Joint Comission Internacional*

MeSH - *Medical Subject Headings*

MS - Ministério da Saúde

OAF - Oxigenoterapia de Alto Fluxo

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PIP - Projeto de Intervenção Profissional

PNQS - Plano Nacional para a Qualidade na Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RAM - Resistência ao Antimicrobianos

RE - Relatório de Estágio

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

SAV - Suporte Avançado de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SR – *Scoping Review*

SU - Serviço de Urgência

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UE - Universidade de Évora

UHST - Unidade Hospitalar a Sul do Tejo

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

WHO - World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. - e outros

n.º - número

p. - página

pp. - páginas

S/d - Sem data

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO	19
1.1 Unidade Hospitalar a Sul do Tejo	19
1.1.2 Serviço de Urgência	21
1.2 Hospital Privado no Sul	22
1.2.1 Unidade de Cuidados Intensivos	22
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	25
2.1. Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos	25
2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados	29
2.2.3. Plano de Emergência das Unidades de Saúde	31
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	36
3.1 Problemática: Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos	36
3.2. Diagnóstico de Situação	39
3.4. Definição de Objetivos	43
3.5. Planeamento e Execução	44
3.6. Avaliação e Resultados	48
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	54
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem	56
.....	57
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem	69
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	75
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

Índice de Apêndices

Apêndice A	Projeto de Estágio: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica83
Apêndice B	Projeto de Estágio do Estágio Final85
Apêndice C	Proposta de Plano de Evacuação dos Doentes Internados na UCI do HPS87
Apêndice D	Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos - Uma Scoping Review111
Apêndice E	Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional115
Apêndice F	Norma para Classificação de doentes em situação de evacuação117
Apêndice G	Sistema de Triagem de doentes na Evacuação125
Apêndice H	Revisão Sistemática da Literatura: Contributos do Debriefing após Reanimação Cardiopulmonar para os Profissionais de Saúde.....	129
Apêndice I	Norma de Orientação clínica: <i>Debriefing</i> após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência Serviço de Urgência Geral...	132
Apêndice J	Póster Ilustrativo: Avaliação do doente crítico – Metodologia ABCDE141

Índice de Anexos

Anexo I - Classificação de Grupos Assistenciais (Palacios, et al. 2010).....	144
--	-----

Índice de Figuras

Figura 1 - Análise SWOT da UCI	42
Figura 2 - Fluxograma da estratégia de pesquisa e seleção de artigos	50

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio (RE), surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, inserida no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica (EMC - PSC), a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora (ESESJD), da Universidade de Évora (UE), em parceria com os Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, de Portalegre e de Setúbal.

A elaboração deste RE tem como objetivo geral a descrição do percurso formativo e do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, através de uma análise crítica e reflexão fundamentada de cada etapa.

Os objetivos específicos do presente RE, recaem sobre a apreciar os contextos clínicos onde decorreram os estágios, explicar o processo e as etapas do desenvolvimento do Projeto de Intervenção Profissional (PIP), bem como a refletir sobre a utilização do modelo conceitual selecionado para a aquisição e desenvolvimento de competências e de todo o projeto, e analisar crítico-reflexivamente, do forma fundamentada de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE] e de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC, assim como, as competências de Mestre em Enfermagem, com vista à obtenção do título de enfermeira especialista em EMC – PSC, bem como do grau de mestre em Enfermagem.

O Mestrado em Associação, criado em 2016 sob a acreditação da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e pela Direção-Geral do Ensino Superior, concede o grau de mestre mediante a aprovação de todas as UC do Mestrado e elaboração de um RE profissional na área da especialização com discussão e prova pública (UE, 2015; Freitas et al., 2017).

O local escolhido para a realização do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEPSC) foi o Serviço de Urgência (SU), com início a 17 de maio de 2021 e término a 1 de julho de 2021, com a duração total de 144 horas, realizado sob supervisão e orientação clínica da Enfermeira Especialista (EE) e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) VF.

O local escolhido para a realização do EF foi a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), com início a 13 de setembro de 2021 e término a 28 de janeiro de 2022, com a duração total de 336 horas, sob supervisão e orientação clínica do Enfermeiro Especialista (EE) e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) HS.

Todos os estágios realizados tiveram a orientação pedagógica da Professora Maria Antónia Costa.

Na fase inicial dos estágios, foram elaborados Projetos de Estágio, onde foram definidos objetivos, atividades e indicadores de avaliação das atividades de forma a adquirir Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EE EMC-PSC, assim como as competências de Mestre em Enfermagem.

Durante o EF, foi desenvolvido um PIP relativo à segurança e evacuação de emergência do doente crítico numa UCI. O PIP foi desenvolvido com base das etapas da Metodologia de Projeto (Ruivo et al., 2010).

O RE e o PIP têm como título “Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos” e está assim inserido na linha de investigação “Segurança e qualidade de vida”, de acordo com as recomendações para o EF. A partir do PIP, foi elaborado um artigo científico, sob a forma *scoping review* (SR) e com o título: “Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos - Uma Scoping Review”.

A evacuação de um hospital não pode ser comparada à evacuação de qualquer outro edifício. A gravidade desta situação torna-se ainda mais marcante quando atinge estruturas tão complexas como uma UCI, atendendo às suas características muito específicas relativamente à estrutura física, recursos tecnológicos, dispositivos médicos complexos e processos terapêuticos críticos (Zuno, et al., 2013). A evacuação total de um hospital é considerada um evento difícil e improvável, mas a evacuação parcial ou transferência de doentes para outros serviços em situações de desastre ou catástrofe é uma possibilidade (Palacios, et al., 2010). Kelly, et al. (2021) consideram a necessidade de evacuar uma UCI é um evento raro, mas potencialmente repleto de dificuldades.

A existência de um plano de emergência, onde são descritos critérios de evacuação de doentes é preponderante na eficácia da evacuação de uma UCI, bem como o

conhecimento desse plano por toda a equipa multidisciplinar (Palacios, et al., 2010). Também Kelly, et al. (2021) identificam a importância dos planos de evacuação e consideram que as UCI devem ter um plano de evacuação e emergência de fácil acesso, bem como um mapa com trajetos e rotas disponível.

Posto isto, depreende-se que a criação de um plano de emergência e evacuação se torna fundamental numa eventual situação que obrigue à evacuação de doentes críticos internados numa UCI. A falta de um plano de evacuação na UCI onde foi realizado o EF foi considerada, em concordância com o enfermeiro orientador, como um problema importante, pelo que foi refletida a necessidade da elaboração de um plano que colmatasse esta lacuna, encontrando-se desta forma enquadrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”.

O progresso da prática de enfermagem e o seu desenvolvimento enquanto ciência assentam na tomada de decisão que deve desenvolvida através do pensamento crítico (Benner et al., 2011). Benner (2001) na Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, defende que existem áreas do pensamento e ação em situação crítica, e evidencia uma linha para o pensamento e abordagem em situação crítica e aguda (Benner et al., 2011).

Para o EE na área da PSC, o pensamento e o juízo clínico mostram ser essenciais na atuação em situações imprevisíveis, sendo assim imprescindível que exista uma ligação entre o pensamento e a ação de forma a dar resposta às necessidades da prática clínica complexa e especializada (Benner et al., 2011).

Desta forma, foi utilizada a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos para sustentar o PIP e como guia para a aquisição e desenvolvimento de competências e para a reflexão crítica do RE.

O presente RE encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo encontra-se a apreciação do contexto clínico do estágio final, com a sua descrição física e dos recursos físicos, materiais e humanos disponíveis. O segundo capítulo recai sobre a especialidade em EMC- PSC e a sua fundamentação. O terceiro capítulo aborda a problemática identificada relacionada com a evacuação do doente crítico, o enquadramento conceptual e teórico da teoria que foi selecionada, o diagnóstico de situação e objetivos propostos, bem como o planeamento e execução, a avaliação e os resultados. O quarto capítulo consiste na análise reflexiva sobre o desenvolvimento e

aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEEMC-PSC e das Competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015; OE, 2018; OE, 2019a). O último capítulo apresenta uma breve conclusão do percurso formativo desenvolvido.

O presente RE respeita o princípio de segurança e anonimato, protegendo assim a identidade das instituições de saúde onde foram realizados os estágios. O RE foi elaborado recorrendo à evidência científica mais recente, através de pesquisa em bases de dados científicas e foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição (APA, 2020) e com o acordo ortográfico em vigor.

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DE ESTÁGIO

Os dois estágios realizados decorreram em contextos clínicos diferentes. Desta forma o EEPSC decorreu no SU e o EF na UCI.

De seguida apresenta-se uma breve descrição e caracterização da instituição e contexto clínico de cada um dos estágios.

Para efeitos de anonimato, não serão enunciados os nomes das unidades hospitalares dos dois estágios, pelo que serão criados dois nomes fictícios de forma a identificá-los, sendo eles Unidade Hospitalar a Sul do Tejo (UHST) e Hospital Privado no Sul (HPS).

1.1 Unidade Hospitalar a Sul do Tejo

A UHST é considerada a unidade hospitalar maior e mais diferenciada da sua região, dispondo de várias valências e serviços como: o Serviço de Urgência Polivalente; o Serviço de Nefrologia; o Serviço de Gastroenterologia; o Serviço de Cardiologia; a Unidade de AVC; a especialidade de Hematologia; Unidade de Radioterapia; Serviço de Anatomia Patológica tipo II e, mais recentemente um Serviço de Hospitalização Domiciliária (HESE, E.P.E., s.d.).

Este é um hospital público geral, integrado na rede do S.N.S., da Região Alentejo, cuja atividade que desenvolve é dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, com garantida de padrões de desempenho técnico e científico elevados, e com eficiência e eficácia gestão de recursos (HESE, E.P.E., s.d.).

A UHST procura dar resposta às necessidades de cuidados de saúde da população que serve, sendo que chega também neste momento a dar resposta não só aos utentes da sua área central (152.865 habitantes), mas também a cada vez mais utentes provenientes de outras zonas da região, num total de 498.804 habitantes (HESE, E.P.E., s.d.).

A UHST rege-se por valores como o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, excelência técnica, cultura da melhor gestão, pela ética, integridade e transparência e pela

promoção da qualidade bem como o respeito pelas normas ambientais, mas também pela motivação e trabalho de equipa (HESE, E.P.E., s.d.).

De forma a cumprir a sua missão e visão, a UHST procura atingir os seguintes objetivos:

“a) Contribuir para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o sector social e privado; b) Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; c) Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços; d) Melhorar a eficiência técnica e económica; e) Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; f) Valorizar o capital humano; g) Optimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação “(HESE, E.P.E., s.d.).

A UHST dispõe assim de diversas áreas como a área da medicina (cardiologia, gastroenterologia, dermatologia, hematologia, imunológica, medicina, nefrologia, medicina física e de reabilitação, neurologia, pneumologia, oncologia médica, radioterapia, unidade de AVC, unidade de hospitalização domiciliar, unidade funcional de endocrinologia); Área cirúrgica (anestesiologia, cirurgia de ambulatório, bloco operatório, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, estomatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e urologia). Área da mulher e da criança (obstetrícia e ginecologia, pediatria, neonatologia). Área da psiquiatria e saúde mental. (HESE, E.P.E., s.d.).

Ao longo do último ano, perante a pandemia e como forma de dar resposta às mais recentes necessidades da população, o hospital criou serviços de internamento em Enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos para doentes positivos para SARS-COV-2, bem como se destacou como centro de testagem e diagnóstico para a SARS-COV 2 (HESE, E.P.E., s.d.).

1.1.2 Serviço de Urgência

Integrado no Departamento de Urgência e Emergência da UHST, o Serviço de Urgência [SU] é um serviço polivalente e diferenciado, com capacidade de dar resposta permanente em diversas áreas, tendo como principal objetivo a observação, tratamento e encaminhamento de utentes triados como emergentes, muito urgentes e urgentes através do Sistema de Triagem de Manchester (HESE, E.P.E., s.d.).

A equipa de enfermagem do SU é composta por 75 elementos, dos quais 16 enfermeiros especialistas, 10 destes em Enfermagem Médico-cirúrgica [EMC]. A equipa médica é composta por médicos de diversas áreas de especialidade como Cirurgia, Medicina Interna, Ortopedia.

O SU situa-se no piso 1 da UHST, dividido em três áreas: Circuito não Covid-19, Área de Doentes Respiratórios [ADR] e Unidade de Cuidados Intermédios Médicos [UCIM].

Os utentes dão entrada no SU através da Sala de Pré-triagem que encaminha os utentes para o circuito correto conforme a queixa dos mesmos.

O ADR é destinado ao atendimento de utentes suspeitos ou com infeção confirmada por SARS-COV 2.

A UCIM, cuidados médicos de nível 1, encontra-se integrada no SU mas tem gestão própria e diferentes diretores clínicos. Tem uma capacidade de 4 camas para doentes que não necessitem de isolamento, com possibilidade de expandir até no máximo 6 camas, e 2 camas para doentes com necessidade de isolamento.

A área não covid é composta por uma Sala de Triagem, uma ala médica composta por um balcão homens e um balcão mulheres, uma ala cirúrgica composta por uma sala de pequena cirurgia e uma sala de ortopedia, uma Sala de Monitorização, uma Sala de Emergência e uma Unidade de Internamento de Curta Duração Médico-cirúrgica [UICDMC] com capacidade para 8 camas.

Todas as áreas descritas funcionam 24 horas por dia, com turnos de 8 horas: turno da manhã (08h00-16h00), turno da tarde (16h00-00h00) e turno da noite (00h00-08h00).

1.2 Hospital Privado no Sul

O HPS surgiu com a abertura do primeiro Hospital na localidade sede, sendo de momento o maior Grupo Hospitalar privado da região, com expansão a outras regiões do país. Dotado de instalações modernas e de equipamentos tecnologicamente avançados, torna-o uma referência na prestação de cuidados de saúde na zona sul, sendo constituído por várias Unidades Hospitalares, e por uma vasta rede de Clínicas (HPA, s.d.).

Abrangendo as mais diversas áreas de atuação em cuidados de saúde, com equipas altamente qualificadas, oferecendo serviços saúde diferenciados, tanto a residentes como a milhares de turistas, facto que resultou num crescimento contínuo ao longo dos anos, resultado de uma filosofia de cuidados orientados para o bem-estar do paciente.

O HPS tem como Missão e Valores, a aposta:

- Na prestação de cuidados de saúde diferenciados,
- Na valorização e na ética em todas as relações profissionais internas e externas,
- Na honestidade e profissionalismo dos nossos Recursos Humanos,
- No reconhecer das capacidades individuais de todos os nossos Recursos Humanos (HPA, Alvor, s.d.).

A eficiência dos resultados do HPS, estão atestadas por entidades de acreditação de referência mundial, como foi a acreditação “*GOLD*”, atribuída pela JCI [*Joint Commission International*], e também a acreditação de “5 Estrelas” atribuída pela ERS [Entidade Reguladora da Saúde] (HPA, Alvor, s.d.).

A unidade hospitalar onde se realizou o estágio, foi a primeira unidade do HPS e o primeiro hospital privado da região. Prima desde sempre pela inovação tecnológica, atributo que mantém até hoje ao possuir equipamentos diferenciados e únicos na região sul (HPA, Alvor, s.d.).

1.2.1 Unidade de Cuidados Intensivos

Segundo o manual do serviço da UCI, este é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais

funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuá-lo noutros serviços do Hospital, possuindo como principais objetivos:

- Proporcionar aos doentes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada;
- Retirar os doentes em estado crítico das unidades de internamento / S.O. a fim das mesmas proporcionarem uma assistência mais homogénea aos que aí permanecem,
- Reduzir a mortalidade e morbilidade nos doentes de médio e alto risco,
- Melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados,
- Permitir ao hospital utilizar com a maior eficiência possível, o pessoal mais especializado e o equipamento de custos mais elevados (HPA, 2019).

A UCI é constituída por quatro camas em *Open-Space*, fazendo ainda parte uma Área de Trabalho que comporta todo o stock de farmácia, Armazém de material de consumo clínico, Sala de Sujos, WC para pessoal, WC para os pacientes e área de gestão (HPA, 2019).

A unidade de cada doente é individualizada por uma estrutura de cortinas, a qual é constituída por:

- ✓ uma cama hidráulica / elétrica;
- ✓ um sistema de monitorização cardiorrespiratória, com possibilidade de avaliações hemodinâmicas de pressões invasivas e não invasivas;
- ✓ ventilador com capacidade de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, através de ventilação mecânica, com possibilidade de monitorização de capnografia;
- ✓ Bomba para administração de nutrição entérica;
- ✓ Seringas e bombas infusoras;
- ✓ Rampa de aspiração, oxigénio e de ar comprimido;
- ✓ Gavetas com material e consumíveis;
- ✓ Mesa de apoio.

Existem outros dispositivos e materiais disponíveis para utilizar, como:

- ✓ Monitor do Índice Bispectral (BIS);
- ✓ Máquinas para a terapia de substituição renal;
- ✓ Máquina de gasimetrias;
- ✓ Ventilador de transporte;
- ✓ Equipamento para oxigenoterapia de alto fluxo;
- ✓ Carro de emergência com desfibrilhador manual.

Os registos de Enfermagem são realizados numa folha padrão que existe em cada unidade do doente e são complementados através do sistema informático Glintt®.

A prestação de cuidados de enfermagem é assegurada por turnos rotativos de 12 horas (turno da manhã das 08h00 às 20h00 e turno da noite das 20h00 às 08h00).

A equipa de enfermagem é composta por 13 enfermeiros, 9 enfermeiros internos e 4 externos. Em cada turno existem 2 a 3 enfermeiros escalados, sendo que em alguns turnos o enfermeiro chefe fica responsável apenas pela coordenação e gestão da UCI, ficando fora da prestação de cuidados.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Os modelos de Enfermagem bem como as Teorias de Enfermagem dão sentido à prática clínica e vêm estruturar a compreensão do pensamento crítico em enfermagem, permitindo assim o exercício rigoroso e com base em conceitos teóricos (Huitzi-Egilegor et al., 2014). Estas teorias são consideradas por Alligood (2014), como um conjunto de conceitos e definições que se traduzem numa explicação de um acontecimento de forma racional dando-lhe um significado, o que permite a tomada de decisão e consequentemente a melhoria dos cuidados (Alligood, 2014).

Segundo Gameiro (2003), uma parte essencial da teoria de enfermagem surge da experiência, sentimentos e significados dos protagonistas dos cuidados e não apenas “de um conjunto de ações determinadas pela teoria, isto é, a aplicação de um conjunto de técnicas racionalmente predeterminadas, numa lógica de produção teórica generalizante e independente de singularidade existencial dos sujeitos e dos contextos de aplicação” (Gameiro, 2003).

De forma a prestar os melhores cuidados à PSC é necessário aliar o conhecimento científico mais recente à prática, de forma que a tomada de decisão seja feita de forma consciente. O quadro de referências para o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em PSC vem permitir isso (OE, 2015a, p. 17243).

No desenvolvimento do PIP e como forma de suporte teórico na aquisição de competências, foi selecionada a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos de Patrícia Benner e seus colaboradores (Benner et al., 2011).

2.1. Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos

A PSC requer cuidados de enfermagem especializados, contínuos e de qualidade, que assentam na observação crítica, monitorização contínua, recolha e investigação de dados. Estas são consideradas ferramentas essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em situação crítica, uma vez que permitem a deteção precoce de complicações (OE, 2017).

Benner (2001) indica que durante a evolução profissional de um enfermeiro, este adquire competências e desenvolve a sua perícia na prática, o que se traduz numa crescente confiança perante situações abstratas, que Benner considera essenciais na prestação de cuidados (Benner, 2001).

No modelo de competências de Benner, as competências são adquiridas de uma forma dinâmica e que decorre da experiência de cada enfermeiro, e o resultado dessa aquisição de competências deve traduzir-se na passagem do nível iniciado para o nível de perito sem ter apenas e só por base regras ou orientações, mas sim decisões fundamentadas na sua prática e experiência (Benner, 2001; Nunes, 2010).

Segundo Benner e outros colaboradores, o enfermeiro perito que preste cuidados à PSC deve ter a capacidade de adaptabilidade do seu pensamento ao problema ou situação e ter competências não só para identificar e corrigir o problema, mas também para antecipar e prevenir os mesmos até em situações extremas (Benner et al., 2011). É através do juízo clínico e do pensamento que o enfermeiro considerado perito age nas situações mais imprevisíveis, sendo por esse motivo essencial que o enfermeiro seja possuidor destas competências (Benner et al., 2011).

Benner et al. (2011) defendem ainda que os cuidados prestados à PSC ser centrados na tomada de decisão de acordo com a interpretação das situações, devem ser realizados com perícia e que visem a resolução das situações clínicas mais complexas (Benner et al., 2011).

Foi assim que surgiu a Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos, quase como uma extensão da *Teoria de Iniciado de Perito* e integrada na *Teoria Expertise in Nursing Practise*, descrevendo desta forma as áreas da sabedoria prática, de boa prática clínica do enfermeiro perito nos cuidados à PSC e do saber fazer (*know-how*) (Benner et al., 2011). Segundo as autoras, para que o enfermeiro se torne perito na prestação de cuidados à PSC deve desenvolver as seguintes habilidades:

“Capacidade para estabelecer prioridades; Desenvolvimento de conhecimentos e a sua aplicação na prática clínica; Capacidade de raciocínio perante a mudança;

Conhecimento especializado; Capacidade de resposta imediata a alterações no estado do doente; Responsabilidade e tomada de decisão; Relação interpessoal com o doente; Assimilação de princípios éticos na prática clínica; Capacidade de se colocar na situação do doente” (tradução de Benner et al., 2011).

Para Benner et al. (2011), o enfermeiro perito deve ter competências na área do pensamento, a compreensão clínica, e na área da ação, a previsão clínica. A compreensão clínica (através da identificação, investigação e resolução de problema), é adquirida quando o enfermeiro consegue pensar na situação e no imediato consegue projetar alterações no doente crítico que possam ocorrer. A previsão clínica (antecipação e prevenção de potenciais problemas) é o que permite ao enfermeiro perito antecipar situações clínica críticas e intervir atempadamente, de forma a evitá-las ou minorar as suas consequências. O desenvolvimento desta área, irá permitir ao enfermeiro criar uma sabedoria clínica que tenha como base a experiência e o conhecimento das situações (Benner et al., 2011).

A Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Críticos define nove domínios da prática de enfermagem que demonstram características do pensamento clínico, desenvolvimento do conhecimento clínico e as habilidades e competências dos enfermeiros para a prestação de cuidados à PSC:

- ✓ “Diagnosticar e vigiar as funções fisiológicas de suporte à vida em doentes agudos e críticos”
- ✓ Saber gerir uma situação de crise (know-how);
- ✓ Promover medidas de conforto no doente agudo e crítico;
- ✓ Cuidar e dar apoio às famílias dos doentes;
- ✓ Prevenção de acidentes e eventos adversos relacionados com a tecnologia;
- ✓ Encarar a morte (cuidados de fim de vida e tomada de decisão);
- ✓ Apresentação de caso (comunicar avaliações clínicas e melhorar o trabalho em equipa);

- ✓ Segurança do doente (monitorização da qualidade, prevenção e gestão de crise);
- ✓ Conhecimento sobre liderança clínica e moral e sobre a supervisão” (tradução de Benner et al., 2011).

Os metaparadigmas desta teoria são: Pessoa, considerada como um ser holístico; Saúde, considerada como uma condição física e mental que cada pessoa possui; Ambiente, variável com o contexto em que se encontra; e Enfermagem, profissão encarregue pela resposta às necessidades de cuidados de saúde da PSC e família (Benner et al., 2011).

Desta forma, identificação precoce de problemas e a antecipação dos mesmos, permite que sejam implementadas estratégias que promovam o bem-estar da PSC e família tendo sempre em conta e como base a prática baseada na evidência na prestação de cuidados, bem como a compreensão clínica.

A necessidade de evacuação de um serviço hospitalar, é considerada uma tomada de decisão importante, e implica que seja decidida a ordem pela qual cada doente deve ser escolhido para ser evacuado (Childers, 2010).

E evacuação de um ou mais doentes de uma UCI implica a capacidade de antecipação e resolução rápida de problemas, *know-how* e implementação de medidas de segurança de forma a prevenir ou minimizar maiores acidentes ou eventos adversos face a uma situação de emergência.

De acordo com esta análise, considera-se que esta teoria se adequa ao contexto da prestação de cuidados à PSC na UCI, fundamentando desta forma a escolha desta teoria como orientadora do PIP, uma vez que a evacuação do doente crítico implica uma série de intervenções rápidas, eficazes e em segurança.

2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados

O conceito de qualidade continua a não ter uma definição aceite de forma a universal, sendo considerado um conceito abstrato. No contexto de saúde, pode considerar-se que a qualidade se centra nos resultados provenientes da prestação de cuidados a indivíduos ou populações (Busse et al., 2019; *World Health Organization* [WHO], 2020).

A *WHO* considera que os cuidados de qualidade devem ser “eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros”, e juntamente com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), definiram três dimensões dos cuidados centrados no doente: segurança, atenção ao doente e eficácia. (Busse et al., 2019, p.6). Desta forma, os cuidados eficazes, e por isso para todos os que necessitem e baseados na evidência científica; seguros, que consigam prevenir riscos e consequências para os doentes; e cuidados centrados na pessoa, na medida em que estes devem ser personalizados e individualizados (Busse et al., 2019). De acordo com estes pilares da *WHO*, o Ministério da Saúde, através do Despacho n.º 9390/2021 (MS, 2021, p.96), reitera que os cuidados de saúde adequados à situação de saúde são um direito dos indivíduos, e que estes devem ser prestados com base na melhor evidência científica e de acordo com as boas práticas de qualidade de segurança em saúde.

Foi também com base nos pilares do sistema de saúde da *WHO*, que Portugal desenvolveu o Plano Nacional para a Qualidade em Saúde (PNQS), onde se visa a diminuição dos riscos, eventos adversos através da qualidade e segurança no SNS, promovendo assim a equidade dos cuidados e a melhoria no acesso aos mesmos (MS, 2015a).

Com o objetivo de promover e reconhecer a qualidade e segurança nos cuidados de saúde, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), definiu estratégias de atuação para alcançar esses objetivos

Atendendo à permanente possibilidade de ocorrência de acidentes aquando da prestação de cuidados, a implementação de medidas estratégicas de forma a evitar esses acidentes e, conseqüentemente, aumentar os ganhos em saúde, cabe ao profissional de saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) tem como intuito:

“consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (MS, 2021, p.97).

Este plano baseia-se em cinco pilares sendo eles a cultura de segurança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes, práticas seguras em ambientes seguros e liderança e governança (MS, 2021, pp.99-103).

Assim, é possível observar a ligação próxima, e sem possibilidade de priorização, dos conceitos de segurança do doentes e qualidade em saúde (MS, 2021).

Na Enfermagem, a qualidade é definida através dos Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem permitem a avaliação da qualidade, e são considerados como uma forma de promover a melhoria continua dos cuidados e da sua qualidade. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do Enfermeiro de Cuidados Gerais dividem-se em diferentes áreas: “a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012, p.13). É através destes eixos que os profissionais de saúde tentam orientar a sua prática (OE, 2012).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados - EMC PSC, constituem-se como uma referência na prática especializada de cuidados de qualidade, com base nos outros eixos como “satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (OE, 2017, pp.11-16).

2.2.3. Plano de Emergência das Unidades de Saúde

A elaboração de um Plano de Emergência criado a partir das diretrizes do “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”, é recomendado pela DGS nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007 (DGS, 2010).

Este guia tem como objetivo

“estabelecer orientações práticas para os elementos responsáveis, em cada Unidade de Saúde, pela elaboração do Plano de Emergência, reforçando a noção da importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, peças estruturais necessárias a uma acção coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, que venha a estar, eventualmente, afectada por uma crise” (DGS, 2010, p.1),

O guia define os principais pilares de resposta a uma situação de crise: “1. Organização e Gestão 2. Recursos Humanos 3. Prestação de Cuidados 4. Recursos Gerais” (DGS, 2010, p.2).

São ainda considerados neste guia fatores importantes como “1. Identificação e avaliação de riscos potenciais 2. O risco Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico (NRBQ) 3. O Plano específico de Emergência Interno contra Incêndios” (DGS, 2010, p.2). O mesmo guia permite a ajudar a elaborar procedimentos possíveis de aplicar em qualquer unidade de saúde, traduzindo-se em procedimentos simples e eficazes. (DGS, 2010, p.2).

A Autoridade Nacional da Protecção Civil (ANPC), no contexto do Artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 150/2015, de 5 de agosto, e de acordo com o Plano de Emergência Interno Simplificado, refere que este plano tem como objetivo a orientação para as boas práticas, através da avaliação, planeamento e execução em situações de emergência (ANPC, 2016, p. 3).

2.4. Segurança e Evacuação de Emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos

De acordo com o Manual do Serviço da UCI do HPS, está apenas explanada uma planta do serviço com indicações do percurso de evacuação (HPA, 2019). É um documento útil, uma vez que estão identificados os trajetos a seguir para uma evacuação em segurança.

A evacuação de um hospital não pode ser comparada à evacuação de qualquer outro edifício. A gravidade de uma situação de emergência torna-se ainda mais marcante quando atinge estruturas tão complexas como uma UCI, atendendo às suas características muito específicas relativamente à estrutura física, recursos tecnológicos, dispositivos médicos complexos e processos terapêuticos críticos (Zuno, et al., 2013).

Segundo o Ministério da Administração interna (2008), o conceito de evacuação consiste na movimentação de indivíduos que ocupem uma parte ou todo um edifício para uma zona considerada segura, de forma disciplinada, segura e atempadamente (Ministério da Administração Interna, 2008, p. 9124).

A UCI do HPS é classificada como um local de “observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado.” (HPA, 2019).

O fator tempo na evacuação dos doentes nesta tipologia de serviço difere consoante o tipo de risco potencial, podendo ser uma evacuação emergente ou uma evacuação mais organizada e com alguma margem de tempo (Childers, 2010).

Wax (2019) salienta que a preparação de uma UCI para a ocorrência de desastres e situações de exceção deve equilibrar os perigos e as abordagens específicas para os mesmos e Palacios, et al. (2010), considera igualmente que as UCI devem estar preparadas para um eventual desastre, interno ou externo, que implique a evacuação dos doentes internados. Também Kelly, et al. (2021) identificam a importância dos planos de evacuação e consideram que as UCI devem ter um plano de evacuação e emergência de fácil acesso, bem como um mapa com trajetos e rotas disponível.

A evacuação total de um hospital é considerada um evento difícil e improvável, mas a evacuação parcial ou transferência de doentes para outros serviços em situações de desastre ou catástrofe é uma possibilidade (Palacios, et al., 2010). Kelly, et al. (2021) consideram a necessidade de evacuar uma UCI é um evento raro, mas potencialmente repleto de dificuldades. Desta forma, a existência de um plano de emergência, onde são descritos critérios de evacuação de doentes é preponderante na eficácia da evacuação de uma UCI, bem como o conhecimento desse plano por toda a equipa multidisciplinar (Palacios, et al., 2010).

Segundo Rico, et al. (2015), atendendo à especificidade da tipologia de doentes internados numa UCI, a priorização de evacuação destes doentes deve basear-se numa avaliação específica e detalhada, de acordo com a sua situação clínica e necessidade de suporte vital. Uma equipa multidisciplinar que esteja capacitada e qualificada a prestar cuidados de qualidade independentemente dos riscos associados à evacuação torna-se essencial (Rico, et al., 2015).

Considerando que um plano de evacuação deve abranger a evacuação de todos os doentes, pode não existir tempo ou recursos adequados que permitam a evacuação de todos e, nestas situações, é extremamente difícil, porém fundamental, definir critérios de prioridade, bem como o conhecimento de todos os recursos físicos e humanos disponíveis, de forma a ordenar os doentes para proceder à evacuação (Childers, 2010).

A existência de uma Plano de Emergência que inclua os critérios de evacuação dos doentes deve ser conhecido por toda a equipa da UCI e conhecimento desse plano pela equipa multidisciplinar traduz-se na melhoria dos cuidados prestados em situações que exijam a evacuação dos doentes da UCI (Palacios, et al., 2010).

A existência de um plano de emergência que apresente modelos de atuação que permita a evacuação de doentes através de triagem é uma necessidade que se traduz num melhor e mais fluido processo de retirada segura dos doentes (Palacios, et al., 2010). Segundo Palacios, et al. (2010), a necessidade de definir critérios para priorizar os doentes no momento de evacuação é necessária, sendo que deve ser considerada taxa de probabilidade de sobrevivência, ou seja, a evacuação deve dar prioridade aos doentes menos críticos e conseqüentemente os doentes mais críticos. Estes autores definiram

critérios de classificação de doentes baseados em dois aspetos: o esforço terapêutico que cada doente deve receber e a situação clínica e necessidade de suporte vital. Desta forma, os doentes seriam classificados em quatro grupos que indicariam a ordem de evacuação, o local para onde seriam evacuados e ainda os recursos humanos e físicos necessários (como dispositivos para ventilação, monitorização, desfibriladores e terapêutica). Segundo estes autores, a avaliação dos critérios, realizada diariamente, deve ter por base a necessidade de aporte aminérgico, a necessidade de oxigénio e ventilação mecânica e o *score* da *Glasgow Coma Scale*. Desta forma, os doentes seriam classificados em grupos de 1 a 4, sendo o grupo 1 o primeiro grupo a ser evacuado e o grupo 4 o último, traduzindo-se na complexidade de cuidados a prestar a cada grupo, ou seja, o grupo 1 seria o que apresentasse uma necessidade menor de cuidados complexos e o grupo 4 aquele cujos doentes apresentassem uma necessidade de cuidados mais complexos e, por isso, a serem prestados em locais e por equipas preparados para tal (Palacios, et al., 2010). Palacios, et al. (2010) criaram ainda um esquema, denominado de Metodologia de Evacuação (Anexo I), com linhas orientadoras para uma evacuação de forma segura e ordenada, que foi utilizada como instrumento para sustentar a criação do documento para a classificação de doentes a evacuar.

Kelly, et al. (2021) e Palacios, et al. (2010) consideram que a evacuação dos doentes deve ser realizada, sempre que possível, na horizontal, ou seja, para outras áreas do hospital localizadas no mesmo piso. Deve considerar-se a possibilidade de evacuação de doentes críticos da UCI para outras UCI existentes no hospital, blocos operatórios ou salas de urgência, uma vez que são serviços com capacidade para receber e manter doentes críticos sob maior vigilância e estabilidade (Kelly, et al., 2021).

Para além da preferência pela evacuação horizontal, Palacios, et al. (2010) defende que os doentes devem ainda ser transportados na própria cama, evitando o consumo desnecessário de tempo, considerado precioso, em transferências desnecessárias.

Segundo Wax (2019), as equipas multidisciplinares das UCI devem utilizar atividades e exercícios de simulação de evacuação de doentes. O autor considera que a participação neste tipo de atividades deve acontecer de forma regular, permitindo que as equipas desenvolvam competências para atuar nessas situações e testem os planos de emergência

existentes, defendendo ainda que esta é uma das melhores estratégias para minimizar a ocorrência de situações inesperadas durante uma situação de exceção que leve à evacuação de doentes de uma UCI, uma vez que permitem identificar potenciais falhas e, consequentemente corrigi-las.

A existência de um Plano de Emergência que inclua os critérios de evacuação dos doentes deve ser conhecido por toda a equipa da UCI. O conhecimento desse plano pela equipa multidisciplinar, através da realização de simulações periódicas, traduz-se na melhoria dos cuidados prestados em situações que exijam a evacuação da UCI (Palacios, et al., 2010).

Assim, e de acordo com vários autores, a existência e conhecimento do plano de emergência e evacuação, bem como a sua correta implementação, é imprescindível e preponderante para o sucesso de uma evacuação de uma UCI em situações de evacuação, sendo a avaliação de doentes para definição da prioridade de evacuação, uma ferramenta importante, na medida em que permite uma classificação dos doentes em grupos e realizar uma evacuação ordenada pelos grupos, traduzindo-se na melhoria dos cuidados prestados e resultados obtidos.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No âmbito da unidade curricular de EF foi-nos proposta a realização de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), com base criação de um plano de trabalho de forma a dar resposta a uma necessidade num determinado contexto. De forma a dar resposta à necessidade identificada e, conseqüentemente, à resolução desse problema, é realizada uma pesquisa assente na evidência científica, tornando-se assim num ato de investigação e ação (Ruivo et al., 2010).

Ruivo et al., 2010, consideram um projeto como “uma metodologia reflexiva, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas”. Desta forma, para se conseguir construir e desenvolver um projeto, é necessário seguir uma metodologia para que seja possível adquirir competências e capacidade para a resolução dos problemas (Ruivo et al., 2010).

Benner et al. (2011) ressaltam também que é crucial que exista uma ligação entre o conhecimento e a ação, de forma a dar respostas às necessidades encontradas na prática clínica (Benner et al., 2011).

O desenvolvimento do PIP emerge com o decorrer do EF, após identificação de uma situação problema pelo enfermeiro orientador do EF, que por sua vez, também é enfermeiro chefe da UCI, tendo em conta os objetivos previamente definidos para o EF e foi desenvolvido de acordo com as etapas da Metodologia de Projeto (Ruivo et al., 2010).

3.1 Problemática: Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos

Segundo a OE (2018), o doente crítico é o doente “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, p. 19362).

A OE define ainda os cuidados de enfermagem à PSC como cuidados complexos prestados de forma contínua a uma pessoa que tenha uma ou mais funções vitais em risco, sendo que estes cuidados devem ser altamente qualificados, de forma que estes cuidados permitam dar resposta às necessidades afetadas e, conseqüentemente, permitam “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018a, p. 19362).

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, os cuidados de enfermagem especializados têm como principal objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa. Para esse efeito, é exigida:

“a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, relativamente à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, é função do enfermeiro especialista identificar os focos de atenção e de instabilidade do doente, prestando assim cuidados de alta complexidade em emergência e situações de exceção (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Desta forma, a presença de um EE EMC-PSC que consiga identificar antecipadamente uma emergência, situação de exceção ou catástrofe, e que implemente cuidados especializados e de qualidade torna-se uma mais-valia (OE, 2015a, p. 17241).

Segundo a OE, (2018), uma emergência é um evento que resulta da agressão sofrida por um indivíduo que resulte em perda de saúde, que ocorre de forma brusca e violenta e que

ameaça ou afeta a integridade dos seus órgãos vitais ou coloque a sua vida em risco (OE, 2018a, p. 19362).

Uma situação de exceção é considerada uma situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis e que, por conseguinte, vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos disponíveis (OE, 2018a, p. 19362).

Segundo o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº 149/2015, um acidente grave é definido como:

“um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (AR, 2015a, p. 5316). Definem ainda catástrofe como “o 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, 2015a, p. 5316).

Quer a *World Health Organization* (WHO) quer o *International Council of Nurses* (ICN) consideram os enfermeiros como peças fundamentais na gestão de um cenário de crise, dadas as suas competências de prestação de cuidados, criatividade, adaptabilidade, liderança e que essas competências e capacidades conseguem ser aplicadas e variados cenários de catástrofe” (WHO, ICN, 2009, p. 15).

Em 2019 é reconhecida a necessidade de enfermeiros com competências acrescidas na área da catástrofe pelo ICN, considerando o crescente número de epidemia, pandemias e desastres naturais ou causados pela mão humana a nível mundial (ICN, 2019). O ICN chega até a identificar os domínios nesta área como a comunicação eficaz, a preparação e planeamento, a criação de estratégias de gestão de incidentes, avaliação e segurança de cenários, bem como a intervenção em situação de catástrofe e até o enquadramento das questões éticas e legais (ICN, 2019).

Wax (2019) salienta que a preparação de uma UCI para a ocorrência de desastres e situações de exceção deve equilibrar os perigos e as abordagens específicas e Palacios, et al. (2010), considera igualmente que as UCI devem estar preparadas para um eventual desastre externo, mas também para um eventual desastre interno que implique a evacuação dos doentes internados (Palacios, et al., 2010) (Wax, 2019).

Quando as situações de emergência atingem a estrutura física de uma unidade hospitalar complexa como uma UCI, torna-se ainda mais grave dada a complexidade de doentes, sendo eles doentes críticos “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, p. 19362), e conseqüentemente aos cuidados prestados e recursos materiais também eles complexos nesta tipologia de serviço hospitalar (Zuno, S., Vega, F., Argueta, S., Valdés, E., Bey, R. & Sánchez, L. 2013).

A necessidade de evacuação de um serviço hospitalar, é considerada uma tomada de decisão importante e devem ser considerados todos os riscos e benefícios na avaliação dessa possibilidade dada a complexidade supracitada (Childers, 2010).

Assim, e perante a permanente possibilidade de ocorrer uma situação de crise, exceção ou catástrofe, a existência de um plano de emergência que apresente uma resposta baseada em regras e normas de atuação, planeadas e de fácil acesso, que incluam a possibilidade de evacuação de doentes críticos torna-se preponderante (Palacios, et al., 2010).

Desta forma, considera-se preponderante a existência de um plano que evidencie a “Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos”, na medida em que reforça a prevenção, o planeamento e a gestão de risco, atendendo à segurança da PSC num evento de crise, ficando enquadrado na área de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” de acordo com as recomendações para o EF.

3.2. Diagnóstico de Situação

Segundo Ruivo et al. (2010, p.10), o diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto, e tem como objetivo “elaborar um modelo descritivo da realidade

sobre a qual se pretende atuar e mudar”. Nesta fase do projeto são identificados: problema, as necessidades, as prioridades e os recursos necessários para a realização do mesmo.

Na fase inicial do EF, foi realizada uma entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro orientador e orientadora pedagógica sobre a necessidade de realização de um PIP que tivesse como objetivo colmatar uma falha existente no serviço e, atendendo ao facto do enfermeiro orientador ser ao mesmo tempo enfermeiro chefe da UCI, foram avaliadas com o enfermeiro as normas e protocolos existentes no serviço. Foi nesta entrevista, onde foi realizada uma análise crítica breve do serviço e dos cuidados no contexto de UCI, que foi de imediato sugerido pelo enfermeiro, a elaboração de uma proposta de um plano de evacuação da UCI. Uma vez que não existia uma norma específica para a evacuação de doentes críticos no serviço, e de forma a uniformizar os procedimentos e formas de atuação numa situação que implicasse a evacuação dos doentes, emergiu a oportunidade para a melhoria dos cuidados de enfermagem na UCI. Apresentada a proposta para o PIP, após alguma análise, foi comum o interesse de todos os intervenientes.

Também como método de análise, a observação do método de trabalho na UCI, dos membros da equipa multidisciplinar e do seu comportamento, da organização da unidade, da implementação dos protocolos existentes, foi de extrema importância para fundamentar a necessidade do PIP. De acordo com Ruivo et al. (2011), a observação do contexto e das pessoas está implícita à metodologia de projeto e é de extrema importância para a sua utilização de forma correta e fiável.

Foi utilizado como ferramenta de diagnóstico o método de análise *SWOT* como forma de fundamentar a necessidade do PIP. A análise *SWOT* permite identificação dos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças (Ruivo et al. 2010, p.14), que foram validados com o enfermeiro orientador do EF.

Após validação prévia e autorização para execução do projeto por parte do enfermeiro chefe, o mesmo foi também apresentado ao diretor clínico da UCI, tendo o mesmo validado a temática e dado o aval para a execução do mesmo.

De forma a tornar mais robusto o processo de diagnóstico da situação/problema, utilizámos também uma matriz SWOT (Figura nº2) para compararmos os pontos fortes com os pontos fracos da implementação deste projeto, bem como as oportunidades e ameaças à realização do mesmo. De entre os pontos fortes foi possível destacar a existência de uma equipa de enfermagem que se encontra em formação contínua, como muitos dos seus elementos a frequentar pós-graduações e cursos de especialidade, a ausência de custos adicionais à instituição e a falta de um plano de emergência atualmente na UCI. Dos pontos fracos podem destacar-se a existência de vários enfermeiros externos no serviço, com vindas esporádicas à UCI, o que pode comprometer a implementação da proposta do plano de evacuação pelo não conhecimento dele e a desmotivação da equipa face ao cansaço e carga de trabalho.

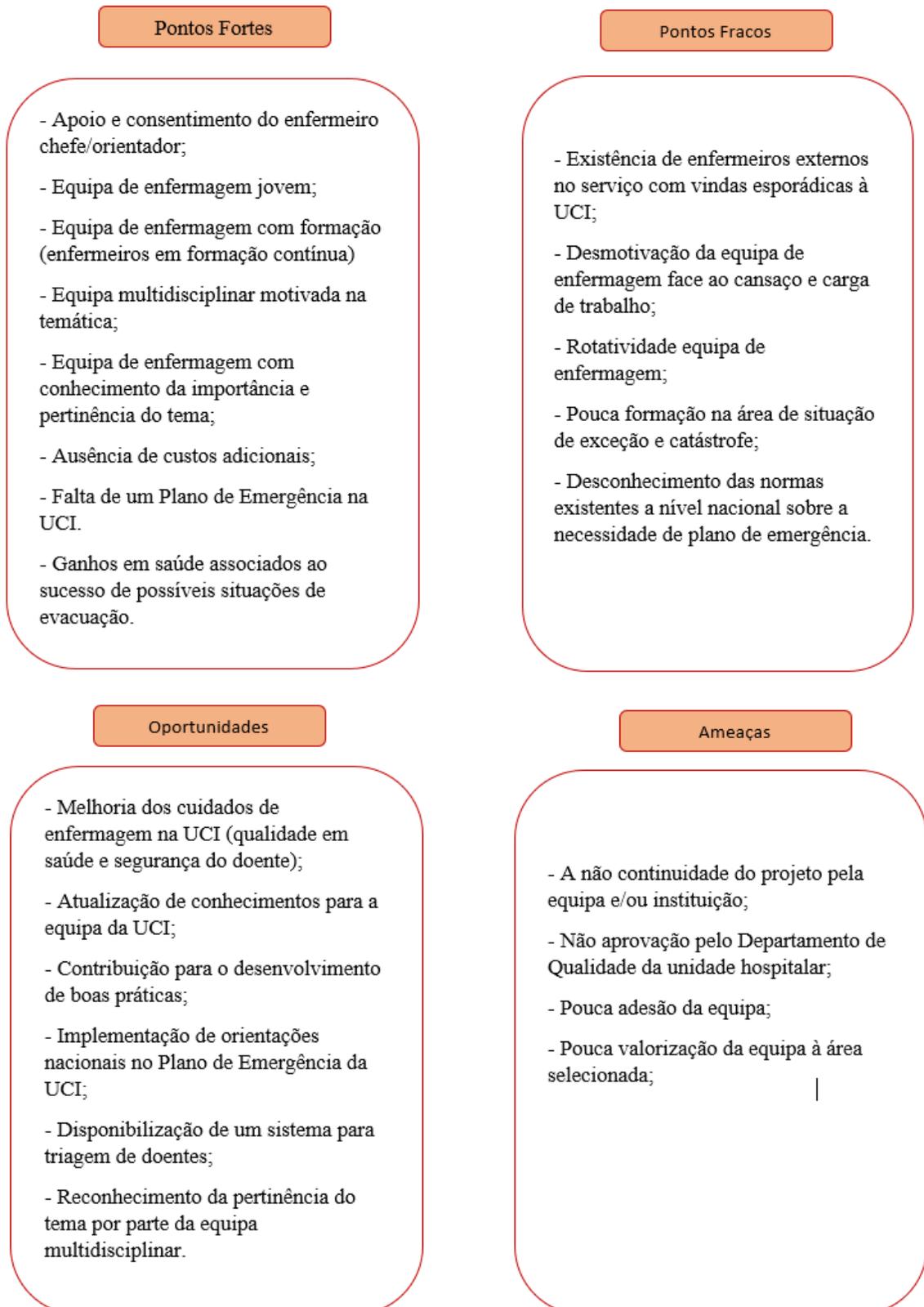


Figura 1 - Análise SWOT da UCI

3.4. Definição de Objetivos

Ruivo et al (2010) definem que a segunda fase da metodologia de projeto consiste na definição de objetivos, onde são descritos os resultados pretendidos com o PIP.

Deve ser definido um objetivo geral, com respeito a competências amplas, e posteriormente definir objetivos específicos (Ruivo, et al., 2010, p. 18).

Assim, atendendo ao problema e necessidade identificados acima, foi definido como objetivo geral:

- ✓ Criar uma proposta de Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS.

Posteriormente foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre a temática;
- ✓ Classificar os doentes com base na necessidade de cuidados e probabilidade de sobrevivência;
- ✓ Criar um sistema de triagem de doentes internados numa situação de evacuação;
- ✓ Identificar os recursos necessário para a implementação da proposta do Plano de Evacuação da UCI do HPS;
- ✓ Apresentar uma proposta de Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS ao Departamento de Segurança e Qualidade do HPS para eventual aprovação.

Após delineados os objetivos gerais e específicos foi possível passar à planificação e execução das restantes fases do PIP.

3.5. Planeamento e Execução

O planeamento, a terceira fase da metodologia de projeto, consiste na elaboração de um plano descritivo e detalhado das várias atividades e dos recursos. A quarta fase da metodologia de projeto consiste na execução, ou seja, a criação do projeto em si, que implica explicar e executar as intervenções planeadas (Ruivo et al., 2010). Foi então construída uma proposta de plano de trabalho (Apêndice E) com a descrição e calendarização das atividades a realizar.

De seguida, foram colocadas em prática as atividades e estratégias planeada, recursos e indicadores de avaliação dos objetivos específicos.

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre a temática

Atividades e estratégias planeadas:

- Pesquisa bibliográfica da evidência científica mais recente sobre a temática da evacuação do doente crítico numa UCI;
- Elaboração de uma *scoping review* sobre a segurança e evacuação do doente crítico numa UCI (Apêndice D);

Os recursos humanos necessários foram: enfermeiro orientador do EF, professora orientadora do EF. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* para a pesquisa da informação.

A evacuação de um serviço hospitalar, apesar de pouco comum, é um acontecimento que não pode ser excluído, e que implica decisões na priorização de doentes, pelo que se torna fundamental a definição de critérios que permitam essa priorização atendendo a fatores relacionados também com a capacidade de antecipação, reação, comunicação e

disponibilidade de recursos. Desta forma, mapear a existência da evidência científica na literatura recente sobre as indicações na evacuação de doentes críticos numa unidade de cuidados intensivos torna-se fundamental.

Objetivo específico 2: Classificar os doentes com base na necessidade de cuidados e probabilidade de sobrevivência

Atividades e estratégias planeadas:

- Criação de um documento normativo que descreva os aspetos a considerar para a avaliação do grau de prioridade na evacuação para posterior aplicação do sistema de triagem;
- Apresentação, discussão e revisão da proposta de sistema de triagem com o enfermeiro orientador/chefe da UCI.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeiro orientador do EF, professora orientadora do EF e Diretor Clínico da UCI. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* para a pesquisa da informação em artigos que foram utilizados.

A criação deste documento normativo baseou-se da pesquisa e investigação em bases de dados, de informação científica atualizada, de maneira a agrupar da melhor forma a informação para que a classificação dos doentes seja rápida e prática. Com o objetivo de facilitar a realização desta classificação, uma vez que a carga de trabalho inerente ao doente crítico já é elevada, mas também para a uniformização da avaliação dos doentes internados por toda a equipa de enfermagem.

Objetivo específico 3: Criar um sistema de triagem de doentes internados numa situação de evacuação

Atividades e estratégias planeadas:

- Criação de um sistema de triagem de doentes, com base na proposta de Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS e do documento normativo de classificação dos doentes com base na necessidade de cuidados e probabilidade de sobrevivência, através de um sistema de cores prioritárias;
- Apresentação, discussão e revisão da proposta de sistema de triagem com o enfermeiro orientador/chefe da UCI.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeiro orientador do EF, professora orientadora do EF e Diretor Clínico da UCI. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* para a pesquisa dos artigos utilizados na criação do sistema de triagem.

A criação deste sistema de triagem, baseado no objetivo específico anterior, consiste na utilização de cores que priorizam os doentes a evacuar, o que, numa situação que implique a evacuação dos doentes da UCI, permite uma rápida identificação desses doentes e, consequentemente, a rápida evacuação dos mesmos.

Objetivo específico 4: Identificar os recursos necessário para a implementação da proposta do Plano de Evacuação da UCI do HPS

Atividades e estratégias planeadas:

- Levantamento do material presente no inventário da UCI do HPS;
- Reunião com enfermeiros-chefes dos restantes serviços (internamento de medicina, internamento de cirurgia, serviço de atendimento permanente, bloco operatório e unidade de exames especiais para avaliação dos recursos disponíveis para dar resposta à proposta do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS;

- Criar uma proposta de *check-list* de evacuação dos recursos materiais de cada unidade de doente para a implementação da do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS proposto;
- Apresentação, discussão e revisão da proposta de *check-list* de evacuação com o enfermeiro orientador/chefe da UCI.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeiro orientador do EF, enfermeiros-chefes dos serviços de medicina, cirurgia, atendimento permanente, bloco operatório e núcleo de exames especiais, professora orientadora do EF e Diretor Clínico da UCI. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* para a pesquisa da informação, inventários dos diferentes serviços.

A identificação dos recursos disponíveis teve como objetivo a identificação de material existente, recursos físicos, recursos humanos, disponíveis para que fosse possível a implementação do plano. Foi avaliado nos serviços a capacidade para receber os doentes a evacuar, atendendo à fisionomia do serviço e aos cuidados que o doente iria necessitar, mas também quais seriam os serviços para onde a evacuação seria possível atendendo à estrutura física do HPS.

Objetivo específico 5: Apresentar uma proposta de Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS ao Departamento de Segurança e Qualidade do HPS

Atividades e estratégias planeadas:

- Reunião com enfermeiro orientador/chefe e diretor clínico da UCI do HPS;
- Levantamento de dados e consulta de planos de emergência existentes na unidade hospitalar;
- Pesquisa bibliográfica da evidência científica mais recente sobre a temática da evacuação do doente crítico numa UCI;
- Criação de proposta de Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS;

- Aprovação da proposta do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS pelo enfermeiro chefe e diretor clínico;
- Apresentar proposta do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS, com recurso Departamento de Segurança e Qualidade do HPS.
- Divulgação da proposta do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS através de sessão de formação no serviço e disponibilização de todo o material teórico utilizado.

Os recursos humanos necessários foram: enfermeiro orientador do EF, Diretor Clínico da UCI e Departamento de Qualidade do HPS. Quanto aos recursos materiais, foram: plataformas *B-On* e *EBSCO* para a pesquisa da informação.

3.6. Avaliação e Resultados

A avaliação de um projeto é considerada como um processo dinâmico, rigoroso e que exige uma análise crítica das atividades desenvolvidas durante o projeto de forma a existir uma comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre a temática

Indicador de avaliação consistia na realização da pesquisa bibliográfica necessária sobre a temática, aumentar o grau de conhecimento sobre a mesma para fundamentar o desenvolvimento do PIP e elaboração de uma Revisão Scoping.

Para fundamentar a elaboração do PIP e, conseqüentemente a proposta do Plano de Evacuação dos Doentes internados na UCI do HPS, tornou-se preponderante a realização de uma pesquisa bibliográfica criteriosa e aprofundada, com o objetivo principal de mapear a evidência científica que existe relativa à área da Segurança e evacuação de

emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos, que culminou numa *scoping review* (Apêndice D).

Esta pesquisa pela evidência científica mais recente torna-se preponderante para a prática baseada na evidência, uma vez que permite o esclarecimento de conceitos considerados chave, a identificação de lacunas nas bases de dados, bem como mostra os diferentes tipos de evidência aplicados na prática independentemente da sua qualidade metodológica (Peters, et al., 2015)

Através da estratégia *population, concept e context* (PCC) incluíram-se nesta *scoping review* artigos que abordassem os temas da evacuação de doentes críticos de unidades de cuidados intensivos (UCI), assim como estratégias e segurança na evacuação dos mesmos.

A estratégia de pesquisa incluiu artigos publicados e não publicados. A pesquisa foi centrada entre 2010 e 2022, período de tempo alargado dada a escassa quantidade de informação disponível sobre a temática, nas plataformas B-On e EBSCO, com seleção das bases de dados MEDLINE, COMPLEMENTARY INDEX e CINAHL. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores do Medical Subject Headings (MeSH) na língua inglesa: *Nursing Intensive Care, Safety, Evacuation e Disaster*. As referências bibliográficas de todos os artigos e relatórios identificados foram analisadas para identificar estudos adicionais.

Em ambas as plataformas foi utilizada a interseção entre os descritores do operador booleano, resultando a seguinte equação booleana: *Nursing Intensive Care AND Safety AND Evacuation AND Disaster NOT pediatric or child or children or infant or adolescent* (utilizado o operador booleano “NOT”, com vista a excluir a faixa etária pediátrica).

Como delimitadores de pesquisa foram definidos os artigos em texto completo/integral (full text) e publicados no período entre 2010 e 2022, atendendo pouca quantidade de informação existente.

Os critérios de inclusão selecionados foram: artigos que abordassem os temas da evacuação de doentes críticos de unidades de cuidados intensivos (UCI), assim como estratégias e segurança na evacuação dos mesmos. Foram contemplados todos os artigos escritos na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Os critérios de exclusão delineados foram: pacientes em idade pediátrica, artigos sem relevância para a prática de enfermagem e artigos que não disponibilizassem o texto integral.

A pesquisa efetuada revelou 34 artigos no total relacionados com o tema da revisão, a questão desta revisão. Com base nos critérios acima referidos foram selecionados 5 artigos que foram incluídos nesta *scoping review*, como representado na figura 1. Foram também analisados os artigos excluídos da Scoping Review que pudessem acrescentar mais informação sobre o tema abordado.

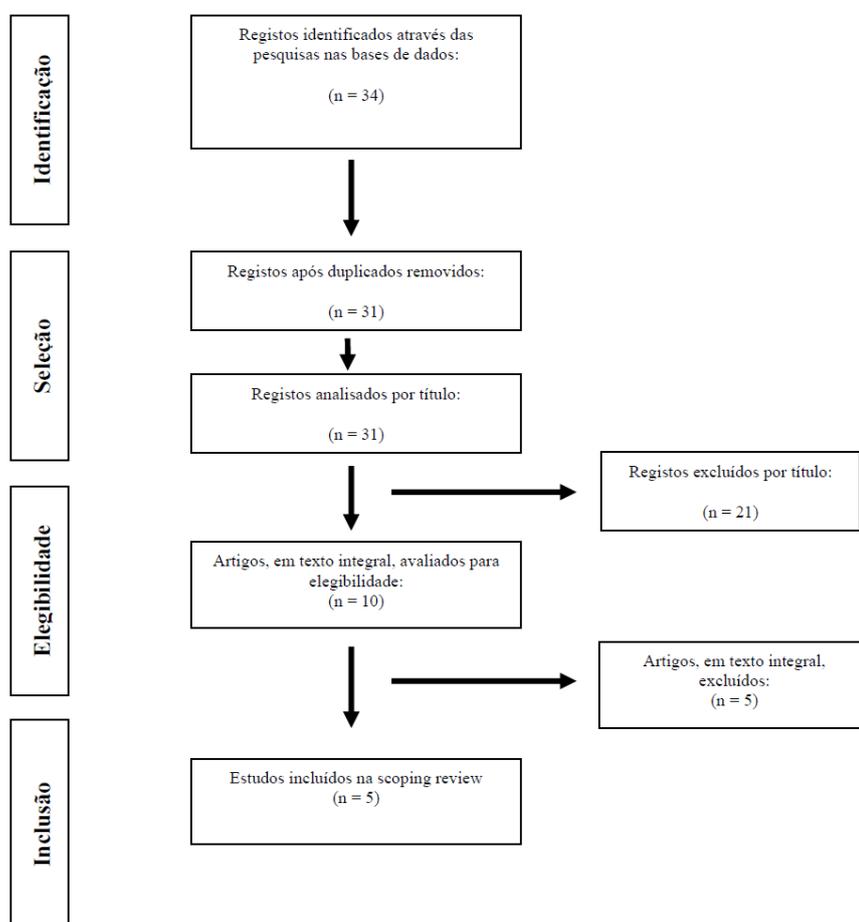


Figura 2 - Fluxograma da estratégia de pesquisa e seleção de artigos

Concluindo-se que a existência e conhecimento do plano de emergência e evacuação é imprescindível e preponderante para o sucesso de uma evacuação de uma UCI. A avaliação de doentes, através de fatores e escalas, e consequente definição do grau de prioridade para a evacuação, a utilização de kits de evacuação são ferramentas fulcrais na evacuação. A capacitação das equipas pela prática simulada recorrente deve ser encarada como prioritária, traduzindo-se no sucesso efetivo da evacuação de doentes da UCI.

Desta forma consideramos que este objetivo específico foi alcançado com sucesso, uma vez que foi fomentado o conhecimento sobre a temática, resultando na produção da Scoping Review, que foi entregue à professora orientadora, e que se mostrou fundamental para o desenvolvimento do PIP e construção do plano.

Objetivo específico 2: Classificar os doentes com base na necessidade de cuidados e probabilidade de sobrevivência

Os indicadores de avaliação consistiram na apresentação final de uma proposta de documento normativo que contemplasse os critérios de avaliação na triagem dos doentes e consequentemente fosse identificado o grau de prioridade de evacuação, aprovada pelo enfermeiro chefe e diretor clínico da UCI.

O **objetivo específico 2** consistia na classificação dos doentes com base na necessidade de cuidados e probabilidade de sobrevivência, pelo que foi criado um documento normativo, previamente discutido com o enfermeiro orientador, com a descrição dos critérios a avaliar nos doentes, resultando num score que, consequentemente se traduz no grau de prioridade na evacuação. Este documento teve parecer positivo por parte do enfermeiro chefe e diretor clínico da UCI, pelo que se considera que o objetivo foi alcançado.

Objetivo específico 3: Criar um sistema de triagem de doentes internados numa situação de evacuação

Os indicadores de avaliação consistiram na apresentação final de uma proposta de sistema de triagem por cores que definem a ordem de evacuação dos doentes, aprovada pelo enfermeiro chefe e diretor clínico da UCI.

O **objetivo específico 3**, consistia na criação de um sistema de triagem de doentes internados numa situação de evacuação. Foi criado um sistema de cores, baseado no score obtido através da classificação dos doentes com base na necessidade de cuidados e probabilidade de sobrevivência, resultando num instrumento constituído por cores que indicam quais os doentes prioritários na evacuação. Este sistema foi discutido e aprovado pelo enfermeiro chefe e diretor clínico da UCI, pelo que se considera que o objetivo foi atingido.

Objetivo específico 4: Identificar os recursos necessário para a implementação da proposta de Plano de Evacuação da UCI do HPS

Os indicadores de avaliação consistiram na apresentação final de uma proposta de *check-list* de evacuação que contemplasse o material necessário à implementação do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS proposto, aprovados pelo enfermeiro chefe e diretor clínico da UCI.

O **objetivo específico 4**, que diz respeito a identificar os recursos necessário para a implementação do Plano de Evacuação da UCI do HPS proposto, foi apresentada uma proposta de *check-list* de material necessário à implementação desse plano, tendo em conta os recursos disponíveis na UCI e nos restantes serviços, que foi discutida e revista com o enfermeiro orientador, que resultou na aprovação por parte do diretor clínico da UCI.

Foi também realizada uma visita aos serviços existentes na instituição com capacidade de receber os doentes em caso de evacuação e, conseqüentemente, foi-lhes apresentada a proposta do plano que foi aprovada por todos os chefes dos serviços visitados.

Desta forma considera-se o objetivo específico como alcançado.

Objetivo específico 5: Apresentar a proposta do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS ao Departamento de Segurança e Qualidade do HPS

Relativamente ao **Objetivo específico 5**, foi possível elaborar uma proposta do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI, através do mapeamento da evidência científica recente, que foi aprovada pelo enfermeiro chefe da UCI e pelo Diretor Clínico, e a mesma proposta foi apresentada ao Departamento de Segurança e Qualidade do HPS.

Até à data da elaboração do presente relatório, o Departamento de Segurança e Qualidade do HPS ainda não deu parecer sobre a proposta do plano, referindo que o mesmo se encontra pendente de análise. De forma a cumprir o a atividade proposta de divulgação do plano de evacuação, foi realizada uma apresentação informal a 5 enfermeiros fixos da UCI de forma a dar a conhecer a proposta.

Desta forma-se considero que o objetivo foi parcialmente alcançado, uma vez que, devido a fatores externos, não foi dado feedback sobre a aprovação da proposta de plano.

A identificação da problemática permitiu dar resposta a uma necessidade sensível aos cuidados de enfermagem e que pode ser facilmente respondida. A análise realizada permitiu identificar uma importante necessidade como é a existência de um plano de evacuação numa UCI, com critérios de priorização de doentes em casos de evacuação. O desenvolvimento da Scoping Review veio colmatar as lacunas existentes, na medida em que permitiu a criação da proposta do Plano de Evacuação da UCI do HPS, para além de que também fornece a evidência científica que está na base do conhecimento da enfermagem, traduzindo-se em melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Ruivo, et al., 2010).

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A definição de competência, segundo o *International Council of Nurses* (ICN) consiste num conjunto de características específicas ao desenvolvimento para a prática clínica. O ICN define também que um enfermeiro deve ter conhecimento, compreensão, capacidade de decisão (julgamento), habilidades (cognitivas, técnicas, psicomotoras e interpessoais), atributos e atitudes pessoais, considerando assim que as competências deste são uma junção do conhecimento com a habilidade e julgamento na prática clínica (WHO & ICN, 2009).

Benner (2001) defende que o enfermeiro deve adquirir competências de forma a desenvolver proficiência na prática clínica, bem como confiança na tomada de decisão no decorrer da sua vida profissional. De acordo com o modelo de competências, Benner (2001) considera que a aquisição de competências por parte do enfermeiro, deriva da sua experiência pessoal, sendo um processo dinâmico onde se espera que o enfermeiro chegue ao nível de perito baseando a sua prática tanto nas suas experiências como na evidência (Benner, 2001; Nunes, 2010).

Na Teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Agudos e Crítico, com foco na PSC, o enfermeiro perito deve ter a capacidade de adaptar o seu pensamento às diferentes situações clínicas, de forma a fornecer uma resposta rápida e de encontro às necessidades identificadas. Desta forma, o enfermeiro deve não só identificar e resolver os problemas, mas também ter capacidade para a prevenção e antecipação desses problemas especialmente em condições de stress ou pressão (Benner et al., 2011).

Às intervenções de alta complexidade, como a prestação de cuidados ao doente crítico, está adjacente o desenvolvimento de competências específicas resultantes da teoria, prática, gestão de situações complexas e julgamento clínico (Benner et al., 2011).

No decorrer de todo este percurso, a linha orientadora no processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi baseada nos pressupostos teóricos de Benner et al. (2001).

O EE é reconhecido por apresentar competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados em áreas de especialização reconhecidas, tendo como foco principal a melhoria contínua da qualidade da prática de enfermagem em todas as dimensões (orientação, liderança, educação e investigação) (OE, 2019a).

De forma a planear todo o processo de aquisição de competências durante os estágios realizados, foram elaborados os Projetos de Estágio (Apêndice A e Apêndice B), constituídos pela descrição de atividades, indicadores de avaliação de forma a dar resposta às competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem. Ambos os projetos tiveram por base o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019a) e o Regulamento n.º 439/2018 de 16 de julho (OE, 2018), onde são esplanadas as competências comuns do EE e as competências específicas do EE EMC - PSC.

Foi ainda utilizado o documento aprovado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), enquadrado legalmente pelo Artigo 15º do Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de março e modificado pelo Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, como documento guia de forma a colmatar a necessidade do desenvolvimento de competências de mestre em Enfermagem (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018):

- “1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

No presente capítulo pretende-se uma análise reflexiva do processo de aquisição de competência, atendendo a todas as atividades realizadas a nível académico e profissional essenciais nesse processo. Serão esplanadas as competências comuns do EE, seguidas pelas competências específicas do EE EMC-PSC, tendo sido integradas as competências de Mestre em Enfermagem dada a existência de inter-relação entre as competências.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 (Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) (OE, 2019a), as competências comuns são definidas como:

“[...] 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, 2019, p.4745).

No mesmo regulamento, as competências comuns dividem-se em domínios: “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”, “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”, “Domínio da Gestão de Cuidados” e o “Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais” (OE, 2019a, p. 4745);

Seguem descritas as atividades realizadas com o objetivo de dar resposta a cada domínio de competências e também às competências de Mestre em Enfermagem relacionadas.

Competência Comum do EE - “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”

“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; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2017, p.27).

Nos estágios realizados (EEPSC e EF), foram mobilizados conhecimentos previamente adquiridos na Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Sempre que se mostrou pertinente e necessário, foram revistos todos os conteúdos abordados, em especial os documentos que regulam a profissão, como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico.

O Código Deontológico consiste num documento que agrega os direitos e deveres, articulados entre si, considerado como fundamental na prática dos enfermeiros, estando inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, do artigo 95º até ao artigo 113º, publicado inicialmente no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril e republicado na Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro e posteriormente na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, constituindo assim um documento do domínio jurídico (OE, 2015), e considerado como um modelo de boas práticas da autorregulação profissional, aplicável a todos os enfermeiros membros da OE (AR, 2015b).

No REPE, estão explanados os conceitos e as competências atribuídas a quem está habilitado a exercer Enfermagem, tanto que no artigo 8º deste documento é referido que “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.101).

Benner et al. (2011) consideram que é impossível a separação do raciocínio clínico do ético na prática clínica, e consideram que o julgamento clínico implica que haja compreensão das ações e dos resultados para o doente e família, através de uma tomada de decisão com responsabilidade que deve ter em consideração os princípios éticos.

A atribuição do compromisso de cuidar com vista ao bem-estar do doente, é atribuído por Nunes (2018) como “o domínio do agir profissional, onde se juntam a ética da promessa e do compromisso de cuidado profissional. Estes dois alicerces que colocamos, de fundação ética, materializam-se na norma, pois há fundamentos e enquadramento jurídico que os suportam, respetivamente, uma ética e uma deontologia profissional.” (Nunes, 2018, p. 18).

Desta forma, e acordo com o supracitado, não foram nunca descorados os princípios, valores e normas deontológicas em qualquer situação clínica no decorrer dos estágios, bem como a prática clínica durante os mesmos seguiu os referenciais da ética, deontologia e jurisdição que fundamentam a profissão de enfermagem.

A tomada de decisão, envolvida em questões éticas, é considerada uma deliberação do profissional de saúde, sendo que este deve decidir entre um leque de alternativas de forma a dar resposta a situações da prática clínica (Fernandes, 2010). Para a obtenção de uma tomada de decisão adequada a uma determinada situação da prática, é necessário um processo que envolva reflexão, discussão e ponderação e onde sejam sempre considerados os valores e princípios da ética (Nora et al., 2016).

Todo o suporte ético, legal e deontológico é considerado fundamental, uma vez que a complexidade de cuidados prestados à PSC requer respostas rápidas, mas sem nunca perder o foco da “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana

e do enfermeiro” (AR, 2015b, p. 8078). Tal como explanado nos artigos 1º, 2º e 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” com “direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, sem qualquer discriminação social, política, étnica, económica ou religiosa (Conselho de Ministros, 1978, p.489).

Foi sempre tido em consideração, na fundamentação da tomada de decisão e na prestação de cuidados especializados, o respeito pelos valores humanos, como descrito no artigo 102º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (OE, 2015), através dos princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça, vulnerabilidade e autonomia.

Durante a realização dos estágios e no decorrer da vida profissional, existiram situações em que foi necessária a tomada de decisão em prol do bem-estar do doente e família. Este tipo de situações complexas implica uma ponderação e reflexão importante sobre a toma de decisão. Recordo algumas situações no decorrer EEPSC, altura em que devido à pandemia as visitas de familiares estavam restringidas, adotar medidas e criar estratégias de forma a permitir a visita de familiares a doentes em situação de fim de vida, de forma a facilitar o processo de luto da família.

Ventura et al. (2019), defende que os enfermeiros são elementos fundamentais na prestação de cuidados ao doente em fim de vida e à sua família. É através do desenvolvimento de competências específicas e do estabelecimento de uma relação terapêutica e de apoio emocional, que o enfermeiro presta cuidados centrados na pessoa. Foi desenvolvido um trabalho de grupo na UC Investigação em Enfermagem relativo às “Intervenções de enfermagem perante a pessoa adulta em fim de vida no Serviço de Urgência”, que permitiu a melhor prestação de cuidados neste tipo de situações, contribuindo para uma abordagem de respeito pela integridade do doente em processo de fim de vida.

A necessidade de proteção da privacidade e promoção da dignidade humana na prestação de cuidados também são tidos em consideração na prestação de cuidados. Apesar do SU ser serviço onde a privacidade dos doentes pode ser comprometida facilmente, pode

também ser combatida facilmente, sendo que cabe ao enfermeiro a promoção da dignidade humana, respeito, privacidade e segurança, como indicado no artigo 76º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro:

“Exercer a profissão com 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” (OE, 2015, p.8074).

Foram consideradas estas premissas durante o estágio, através da distribuição estratégica de doentes pelo espaço existentes, utilizando cortinas durante os procedimentos que implicassem exposição do doente, bem como restringido a presença dos profissionais necessários à realização de um procedimento, conservado a intimidade e privacidade dos doentes.

Na UCI a maioria dos doentes encontram-se sem capacidade de tomada de decisões de forma autónoma, devido ao facto desta maioria se encontrar sob sedação e analgesia e por isso, dependendo da decisão terceiros, resultando numa limitação do princípio da autonomia. Segundo Baggio et al. (2011), num estudo sobre a privacidade nas UCI e as implicações éticas para a prática de enfermagem, existem estratégias para garantir os direitos dos doentes, como a utilização de materiais para promover a privacidade.

Tal como indicado anteriormente, mas adequando ao contexto da prática clínica da UCI, a dignidade e o respeito foram sempre salvaguardados, através da utilização de cortinas de forma a garantir a privacidade na realização de procedimentos, prestação de cuidados e na presença de visitas. Apesar de ser um serviço *open space*, onde existe uma exposição dos doentes, foi sempre considerada a importância de respeitar a dignidade humano, promovendo assim a proteção dos princípios da beneficência e não maleficência.

Relacionado com o direito à autodeterminação, o dever em informar o doente e os seus familiares sobre a sua situação clínica é também de ressaltar. A elaboração de um trabalho sobre a “Omissão de informação clínica à pessoa” na UC Epistemologia, Ética e Direito

em Enfermagem, veio trazer conhecimento relevante para a integração do mesmo na prática clínica, e facilitou a articulação entre a parte jurídica e deontológica e a realidade.

No decorrer dos estágios, bem como no percurso profissional, houve por várias vezes a necessidade de reflexão, juntamente com enfermeiros orientadores ou equipas multidisciplinares, sobre os processos de tomada de decisão. Considero que foi desenvolvida uma prática com base nos princípios éticos, deontológicos e jurídicos, fundamental na tomada de decisão.

Durante os estágios e no nosso percurso profissional, houve a necessidade de reflexão permanente sobre os processos de tomada de decisão, conjuntamente com a equipa multidisciplinar e os enfermeiros orientadores dos estágios. Foi possível construir uma prática baseada em princípios éticos, deontológicos e jurídicos, sendo contributos essenciais para a análise dos fundamentos das nossas tomadas de decisão.

Assim, consideramos ter respondido à aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competência Comum do EE - “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”

“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015, p.27).

Os conhecimentos adquiridos na UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, foram mobilizados de forma a dar resposta

a este leque de competências. A revisão dos documentos sobre a qualidade e segurança dos cuidados de saúde em Portugal foi necessária, pelo que foram analisadas a ENQS, o PNQS e o PNSD. Desta forma, foi possível uma melhor compreensão de conceitos, estratégias, meta e propostas de melhoria a nível nacional (MS, 2015a; MS, 2015b; MS 2021).

Os Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foram também revistos e analisados, em particular os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EMC - PSC (OE, 2017), uma vez que estes orientam a prática dos cuidados especializados em PSC, através do Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015.

Após a identificação dos indicadores da estratégicos do HPS, considerou-se importante o desenvolvimento de um PIP que tivesse como foco a qualidade e segurança dos doentes, seguindo desta forma a linha de investigação da “Segurança e qualidade de vida” do Mestrado.

Como forma de dar resposta a esta necessidade, foram definidos objetivos gerais e específicos de forma a corresponder às necessidades do serviço. Foi elaborada uma *scoping review* com o título “Segurança e evacuação de emergência do Doente Critico numa Unidade de Cuidados Intensivos - Uma *Scoping Review*” (Apêndice D), utilizando a evidência científica recente, de forma a delinear uma proposta de um plano de evacuação “Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS” (Apêndice C), no contexto do EF, tendo sido esta considerada uma oportunidade de melhoria no serviço, estando ainda a aguardar aprovação pelo Departamento de Segurança e Qualidade do HPS.

Também no EEPSC foi desenvolvida em grupo, uma RSL sobre “Debriefing Pós-Reanimação Cardiorrespiratória em Sala de Emergência” (Apêndice G) que culminou na criação de uma Norma de Orientação Clínica, “*Debriefing* após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência” (Apêndice H), aprovada e em utilização atualmente no SU da UHST e que foi apresentada através de uma formação em serviço.

A atualização de conhecimentos sobre gestão de risco, auditoria clínica e outras metodologias, foram importantes para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e foi possibilitada através da UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, que se mostrou indispensável.

O desenvolvimento do PIP permitiu o desenvolvimento das competências em supracitadas e em análise, considerando assim o desenvolvido competências no domínio da melhoria da qualidade e na área da disseminação do conhecimento científico como mestre em enfermagem.

Competência Comum do EE - “Domínio da Gestão dos Cuidados”

“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p.27).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, espera-se que o EE realize a “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança das tarefas delegadas” (OE, 2019a, p. 4748).

Atendendo à importância da área da gestão em Enfermagem, tem-se verificado uma crescente evolução, considerada através do reconhecimento da Competência Acrescida em Gestão publicada no Regulamento n.º 100/2015 de 10 de março de 2015 e o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor publicado no Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março de 2015. Segundo Vaz (2020), a qualidade e segurança dos doentes e serviços tem na sua base a boa gestão de cuidados de enfermagem, traduzindo-se assim na eficácia e eficiência dos cuidados.

Como forma de atingir competências nesta área, os conhecimentos adquiridos através da UC Gestão em Saúde e Governação Clínica foram mobilizados, e foram observados, analisados e discutidos os papéis dos enfermeiros chefes do SU e UCI, bem como o papel de enfermeiro gestor da UCI.

No SU da UHST, o enfermeiro chefe de equipa tem a função de enfermeiro responsável de turno, sendo preferencialmente EE. Já na UCI do HPS, a função de enfermeiro responsável de turno é do enfermeiro chefe nos turnos em que está presente, sendo que nos turnos restantes turnos delega essa função a elementos com requisitos da sua preferência (como ser EE ou antiguidade no serviço). Desta forma foi possível acompanhar o trabalho destes enfermeiros e, conseqüentemente, compreender o papel na gestão de um serviço e o papel de liderança.

A liderança é considerada por Cummings et al. (2018), como um processo com capacidade de criar impacto positivo nos objetivos de uma organização de saúde e também de capaz de criar alterações nos comportamentos dos membros dessa organização. Consideram ainda que uma liderança eficaz se traduz na maior satisfação no trabalho, bem como no compromisso para atingir metas o objetivos organizacionais e defendem que um líder deve ser um elemento que inspire e motive os elementos da organização, através do apoio e responsabilização pelas ações desses elementos (Cummings et al., 2018).

A gestão do SU na UHST é da responsabilidade do enfermeiro chefe, sendo que, quando não está presente, esta responsabilidade fica ao encargo do enfermeiro chefe de equipa, que deve não só gerir os recursos humanos no turno, mas também dar resposta às necessidades de recursos materiais e ainda prestar cuidados aos doentes. O enfermeiro chefe de equipa, e conseqüentemente chefe de turno, tem a possibilidade de mobilizar enfermeiros entre os diferentes postos de trabalho no SU consoante o volume e afluência de trabalho, uma vez que nesta tipologia de serviço, é impossível quantificar a carga de trabalho, número de admissões ou internamentos.

Devido ao facto de a enfermeira orientadora do EEPSC ser chefe de equipa, permitiu um acompanhamento próximo de todo o pensamento, organização e raciocínio implícitos na gestão destes recursos (humanos e materiais), tornando-se numa experiência importante e enriquecedora no desenvolvimento e aquisição de competências.

Diferente do SU, na UCI, apesar de o enfermeiro responsável de turno assumir também funções de gestão dos recursos humanos e materiais, nem sempre assume a prestação de cuidados direta aos doentes. Os doentes são distribuídos pelos restantes enfermeiros do turno perante a carga de trabalho de cada doente.

Em ambos os estágios foi possível observar a forma como os enfermeiros responsáveis de turno se comportavam, dando orientações e apoio em todas as situações, mais ou menos exigentes, refletindo assim uma postura de excelência, preocupação, liderança, entreaajuda e companheirismo.

Nos dois contextos, observámos o apoio e a orientação dos enfermeiros responsáveis do turno em situações mais exigentes, espelhando uma excelente postura de entreaajuda e disciplina de liderança e companheirismo. É notório o peso da responsabilidade destes enfermeiros, a sua dedicação e atenção aos detalhes, bem como diferentes formas de coordenação e gestão, mas com o objetivo comum de manter a eficácia, eficiência e qualidade nos cuidados prestados pelas suas equipas.

No EF, atendendo ao facto do enfermeiro orientador ser o enfermeiro chefe da UCI, foi possível acompanhar de perto o seu trabalho, de forma a compreender a interligação entre o EE e o papel de enfermeiro gestor. Foi possível observar a metodologia de trabalho de um enfermeiro gestor através da gestão de recursos humanos, gestão de material clínico, elaboração de horário mensal, gestão e manutenção dos materiais técnicos através de notificação de avarias. Desta forma, foi possível depreender as principais tarefas de um enfermeiro chefe e gestor, tornando-se mais fácil a integração dos conceitos de liderança, governação clínica e gestão, que o EE deve ter.

A tomada de decisões em ambiente multidisciplinar também se relaciona com a gestão dos cuidados. Durante os estágios procurou-se participar ativamente na tomada de decisão entre a equipa multidisciplinar, através da fundamentação da nossa perspetiva, mas sempre reconhecendo as limitações de funções quando se torna necessário o referenciamento para outros profissionais.

Tal como a tomada de decisão, a delegação de tarefas também é considerada uma forma de gestão de cuidados, uma vez que orienta outros profissionais de saúde para a realização de determinada tarefa. Esta delegação de tarefas é também considerada no artigo 100º do Código Deontológico que refere que o enfermeiro deve “Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2015, p.8078).

Atendendo ao que foi explanado acima, na prática especializada na área da PSC, procurou-se orientar a tomada de decisão e delegação de funções, atendendo sempre à supervisão dos cuidados e avaliação dos resultados, com o objetivo da promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados ao doente. A observação de diferentes metodologias e estilos de liderança contribuiu para a nossa prática especializada.

Consideradas como inevitáveis em contextos em que exista interação entre pessoas, as situações de conflito têm impacto na produtividade e no ambiente de trabalho, e a má gestão desses conflitos pode influenciar negativamente a qualidade e a segurança dos cuidados (Martins et al., 2020).

Nos cuidados à PSC, a probabilidade de ocorrências de conflitos é maior, dada a situação de stress tanto para a família e doente como para o profissional de saúde. Através da observação dos enfermeiros orientadores na gestão de conflitos, foi possível adquirir conhecimento, refletir e conseqüentemente, desenvolver competências para a prática especializada.

No decorrer dos estágios, apesar de não ser possível exercer de forma autónoma funções de gestão e liderança, foi desenvolvido o sentido de liderança clínica, de gestão de situações de crise e estratégias para mediação e gestão de conflitos.

Face ao descrito, consideram-se adquiridas as competências mencionadas.

Competência Comum do EE - “Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”

“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p.4745).

Competência de Mestre em Enfermagem

“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015, p.27).

O autoconhecimento é considerado importante na prática de enfermagem, uma vez que interfere com as relações terapêuticas e profissionais (OE, 2019a).

A autoconsciência torna-se essencial para o desenvolvimento profissional e pessoal, bem como na promoção de uma relação terapêutica enfermeiro/doente eficaz, sendo que é considerado um processo dinâmico, evolutivo e de autodescoberta, sem limite (Rasheed et al., 2019). Os autores consideram ainda que é possível desenvolver competências diferenciadas a partir da reflexão e autoconhecimento (Rasheed et al., 2019).

Apesar de todas as dificuldades sentidas no decorrer dos estágios, pelos poucos anos de experiência profissional, o início de atividade profissional recente numa Unidade de Cuidados Intensivos, o facto da experiência profissional prévia ser restrita a um serviço de internamento cirúrgico, o desafio de prestar cuidados à PSC foi bastante enriquecedor e gratificante.

As diferentes experiências do EEPSC e EF, em contextos clínicos diferentes, permitiram a adaptação a esses contextos distintos, mas mantendo o objetivo comum a ambos, a prestação de cuidados à PSC, o que facilitou o autoconhecimento e reflexão, bem como a consciência das limitações e dificuldades existentes.

Todo o percurso, através da reflexão com os enfermeiros orientadores, da análise das dificuldades e barreiras, da gestão pessoal de emoções em situações de maior pressão, contribuiu para a mobilização de conhecimentos prévios (através de UC como Fisiopatologia e Intervenções Terapêuticas em Enfermagem Especializada ou da UC EMC 4), para a atuação precoce, mas eficaz em situações de descompensação da PSC. A UC Relação de Ajuda em Enfermagem deu-nos também técnicas de comunicação e técnicas de resolução de situações de conflito e crise, que tiveram um papel fundamental no decorrer dos estágios, de forma a evitar situações de conflito.

Tal como Benner *et al.* (2011) afirmar, o EE deve ser detentor de competências e conhecimentos que permitam a identificação de problemas assim como desencadear uma resposta que se traduza na resolução de acordo com as necessidades do doente.

Da investigação e elaboração da RSL (Apêndice G), surgiu a hipótese de publicar sob a forma de artigo, apesar de ainda pendente, assim como no desenvolvimento do PIP, através da criação da proposta de plano de evacuação, foi realizada uma Scoping Review sob a forma de artigo científico (Apêndice D), levando assim à procura da evidência científica relativa a estes dois temas.

Desta forma, considerámos ter dado resposta à aquisição de competências do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e as competências de mestre analisadas previamente.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

Reportando ao Regulamento n.º 140/2019 de 6 de julho (2019), a OE, define as competências específicas como:

“[...] competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019a, p.4745).

A EMC divide-se em áreas de especialização: área de peri-operatório, área da pessoa em situação paliativa, área da pessoa em situação crónica e a área da PSC. No Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (OE, 2018), foram definidas as competências específicas do EE em EMC, na área de Enfermagem à PSC:

- ✓ “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- ✓ 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, pp.19363-19364).

Competência Específica do EE EMC - PSC - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19359).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

Segundo a OE (2018), os cuidados de enfermagem especializados têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida, e cabe ao EE que tenha capacidade de dar resposta às necessidades do doente crítico e da sua família, mantendo o foco na deteção precoce, estabilização, manutenção, recuperação, vigilância, monitorização, prevenção de complicações e eventos adversos, com vista a promover a saúde e a prevenir o agravamento do estado do doente crítico (OE, 2018).

Benner et al. (2011) defendem que o enfermeiro perito deve ser capaz de “diagnosticar e vigiar as funções fisiológicas de suporte à vida em doentes agudos e críticos”, prevenindo situações de crise e instabilidade, através de métodos de diagnóstico e monitorização. As autoras avogam ainda que o EE devem ter capacidade de coordenação e gestão de intervenções de carácter imediato na existência de situações complexas, bem com ter capacidade de delegação de várias tarefas.

Atendendo às necessidades complexas de cuidados da PSC, é exigido ao EE EMC-PSC que desenvolva competências e habilidades de antecipação, deteção e de prevenção de focos de instabilidade da PSC.

Durante todo este percurso, surgiram oportunidades de prestação de cuidados de cariz técnico e elevada complexidade ao doente crítico:

- ✓ Abordagem e manutenção da via área avançada;
- ✓ Cuidados de enfermagem à pessoa com queimaduras graves
- ✓ Cuidados de enfermagem à pessoa sedo-analgesiada e curarizada;
- ✓ Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a drenagem pleural e torácica;
- ✓ Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VMI, VNI e oxigenoterapia de alto fluxo (OAF)
- ✓ Cuidados de enfermagem do doente crítico em decúbito ventral;
- ✓ Cuidados de enfermagem do doente politraumatizado;
- ✓ Cuidados de enfermagem durante o desmame ventilatório;
- ✓ Cuidados de enfermagem na entubação e extubação endotraqueal;
- ✓ Cuidados de enfermagem na manipulação de traqueostomias;
- ✓ Cuidados de enfermagem na realização de terapias de substituição renal;

- ✓ Cuidados na colocação, manutenção e remoção do cateter venoso central (CVC), cateter arterial e cateter de diálise.
- ✓ Cuidados na monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva (monitorização através de pressão arterial invasiva, pressão venosa central, pressão intra-abdominal e cateter *PICCO*®);
- ✓ Monitorização do nível de consciência através do BIS;
- ✓ Realização e interpretação de gasometrias (arteriais e venosas);

Perante a quantidade e diversidade de conhecimentos a reter dos procedimentos técnicos descritos, reconhecemos que este foi um grande desafio que contribuiu bastante para o desenvolvimento pessoal e profissional, que foi ultrapassado.

Para além dos conhecimentos adquiridos no decorrer dos estágios, na EMC 4 surgiu a oportunidade de frequentar o curso de SAV e o curso avançado de trauma, *International Trauma Life Support* (ITLS), que acrescentou ainda mais conhecimento complementado a prática profissional

Também no decorrer do estágio tivemos acesso a vários protocolos terapêuticos complexos que, para além de serem fundamentais na organização e eficácia dos cuidados, permitiram a autonomia na prestação de cuidados ao doente crítico, como o protocolo da Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis, Protocolos das terapias de substituição renal contínua, protocolo de Nutrição Entérica no doente com VMI, Protocolo de glicemia capilar em doente com perfusão de insulina EV, protocolo de Hemorragia Maciça e protocolo de Normotermia pós-PCR. O conhecimento e utilização destes protocolos permitiu a consolidação e organização de conhecimentos com tradução na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Foram também adquiridos conhecimentos na área do transporte intra-hospitalar do doente crítico, através do transporte dos doentes em situação crítica para realização de exames complementares de diagnóstico noutros serviços hospitalares, bem como através da criação da proposta do Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS, considerados momentos de stress e tensão dada a complexidade do doente crítico.

Como seria de esperar quando se presta cuidados à PSC, surgiram situações que exigiram atuação de forma imediata, como recordamos uma das várias situações de PCR, onde nem sempre é possível chegar ao desfecho desejado, mas que o esforço, organização de toda a equipa, sob uma voz de liderança permitiu o sucesso com a recuperação da circulação espontânea.

A comunicação com a PSC e os seus familiares é desafiante, uma vez que influencia o doente crítico e família na medida da gestão de medos e ansiedade e possibilita o estabelecimento de uma relação terapêutica entre os envolvidos, e no artigo 105.º do Código Deontológico, no que diz respeito à autodeterminação, o enfermeiro assume informar o doente e a família sobre os cuidados prestados e dá explicações necessárias face a esses cuidados aos mesmos (OE, 2015), pelo que é fundamental na prestação de cuidados ao doentes, na relação com o doente e a família e na relação entre a equipa multidisciplinar.

A comunicação com doentes conscientes, sob entubação endotraqueal ou traqueostomia também pode ser desafiante, mas a utilização de estratégias como quadros interativos, tabelas com ações básicas ou letras do alfabeto, permitem que exista comunicação e que os doentes expressem as suas necessidades, destruindo desta forma barreiras na comunicação entre o doente e o enfermeiro.

Desta forma, conseguimos dar resposta à aquisição da competência específica e à competência de mestre.

Competência Específica do EE EMC - PSC - “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p.19359).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

De acordo com a WHO, catástrofe considerada como qualquer incidente que possa ser uma ameaça à saúde pública, dar termo à vida humana e/ou causar danos relacionados com destruição de infraestruturas e perda de meios de subsistência (WHO, ICN, 2009). Como descrito pela Lei de Bases da Proteção Civil, que considera uma situação de catástrofe um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006, p.4696).

Desta forma, o EE EMC - PSC deve estar capacitado para atuar, conceber, planear e gerir a resposta perante “situações de emergência, exceção e catástrofe” de uma forma sistematizada, eficaz e eficiente (OE, 2018, p.19363)

A existência de planos de emergência e evacuação, é preponderante na eficácia da evacuação de uma UCI, bem como o conhecimento desse plano por toda a equipa multidisciplinar (Palacios, et al., 2010). Também Kelly, et al. (2021) identificam a importância dos planos de evacuação e consideram que as UCI devem ter um plano de evacuação e emergência de fácil acesso, bem como um mapa com trajetos e rotas disponível.

Através do desenvolvimento do PIP, e através da pesquisa de evidência científica através de uma *scoping review*, com respeito à segurança e evacuação e triagem do doente crítico, culminou na produção do artigo “Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos - Uma *Scoping Review*” (Apêndice D). Todo o desenvolvimento do PIP, descrito no capítulo 2 deste RF, permitiu não só a aquisição de conhecimento através da pesquisa e análise da informação científica, mas também transpor esse conhecimento para a ação através da criação da proposta do “Plano de Evacuação dos doentes internados na UCI do HPS” (Apêndice F), desenvolvendo o pensamento na ação que Benner *et al.* (2011) explora, e que se traduz na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

Na UC EMC 3 um póster científico sobre o “Impacto psicológico da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde” (Apêndice I), com a identificação dos principais sintomas associados ao impacto psicológico da pandemia nos profissionais de saúde.

Competência Específica do EE EMC - PSC - “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).

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007).

Atendendo ao risco de infeção dos contextos críticos de ação na PSC (existência procedimentos invasivos inevitáveis para a manutenção da vida e prevenção da falência orgânica), é o EE EMC-PSC, que deve ter o conhecimento de forma a aplicar estratégias para a prevenção e controlo de infeção. Através da pesquisa e conhecimento sobre o GCL-PPCIRA do HPS, de um Grupo Hospitalar Privado do Sul, foi compreendido o papel do EE EMC-PSC no GCL-PPCIRA, bem como e a importância das comissões de controlo de infeção. Para além de que foram mobilizados os conhecimentos adquiridos na UC EMC 5.

Houve também a necessidade de atualização sobre a prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2, devido à situação pandémica atual, relativamente à utilização de EPI.

O conhecimento adquirido sobre as normas e recomendações para o controlo das IACS foi sempre alvo de discussão e reflexão com os enfermeiros orientadores, e consequentemente implementado na prestação de cuidados à PSC nos diferentes contextos de estágio, aumentando a qualidade dos cuidados e segurança da PSC.

Face ao supramencionado, foi possível desenvolver e adquirir a competência relativa à área da prevenção e controlo de infeção no doente crítico e as competências de mestre.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Competência de Mestre em Enfermagem

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

Fazendo uma análise do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE descritas neste capítulo, é indiscutível a existência de interligação entre estas competências e as competências inerentes ao grau de Mestre como foi demonstrado.

Benner et al. (2011) refutam que o EE na área da PSC deve possuir um corpo de conhecimento clínico, teórico e prático, baseado na evidência científica e consolidado através de um processo dinâmico de aquisição de competências, com vista a responder às necessidades do doente crítico e dos seus familiares.

As competências comuns e específicas com os domínios da prática de enfermagem especializada contemplados por Benner et al. (2011), mostram-se similares, uma vez que as autoras consideram que o EE EMC-PSC devem ser possuidores de conhecimento teórico, clínico e prático, com base em evidência científica e que seja consolidado através

de um processo dinâmico que tenha como objetivo a melhor resposta às necessidades do doente crítico e da sua família.

Após a reflexão e a apresentação de toda a fundamentação concluímos que foram adquiridas todas as competências comuns e específicas do EE EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

A excelência dos cuidados de enfermagem só é possível através das aquisição e atualização de competências e conhecimentos que sejam sustentados na evidência e, posteriormente, aplicados na prática clínica. A procura contante pela melhoria dos cuidados a prestar implica que exista, por parte do enfermeiro, um processo dinâmico, por vezes difícil e desafiante, que interligue a aprendizagem decorrente de um percurso académico longo, mas importante, com a aplicação de toda a aprendizagem à prática diária de cuidados. Foi com o objetivo de crescer e melhorar de forma ativa a qualidade dos cuidados, bem como o desenvolvimento de novas competências e consolidação de conhecimentos, que o desafio do curso de mestrado foi aceite.

A elaboração do presente relatório culminou no fim de uma etapa considerada importante, onde o processo de aprendizagem permitiu aliar à experiência profissional todo o conhecimento adquirido ao longo do Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC – PSC, possibilitado a descrição, análise e reflexão fundamentadas de todas as atividades de forma a alcançar o objetivo do desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EE EMC-PSC e competências de Mestre em Enfermagem.

Foi possível constatar, através da apreciação do contexto clínico dos locais de estágios, que o SU e a UCI foram os contextos ideais para a aquisição e desenvolvimentos de competências da área da PSC.

O desenvolvimento do PIP, inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, com recurso à Metodologia de Projeto, bem como a procura e pesquisa pela evidência científica, traduzida pela elaboração da Scoping Review, permitiram o desenvolvimento de competências não só na área da PSC, com destaque na área da Segurança e Evacuação do doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos, como também na área da investigação, que durante este percurso se afirmou como cada vez mais importante. A Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos foi o modelo teórico e concetual eleito como forma de nortear e fundamentar quer a realização do PIP, quer o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Reforça-se que a evacuação de um hospital não pode ser comparada à evacuação de qualquer outro edifício. A gravidade desta situação torna-se ainda mais marcante quando atinge estruturas tão complexas como uma UCI, atendendo às suas características muito específicas relativamente à estrutura física, recursos tecnológicos, dispositivos médicos complexos e processos terapêuticos críticos. A importância da existência de um plano de emergência, e do conhecimento desse plano por toda a equipa multidisciplinar, é preponderante na eficácia da evacuação de uma UCI. Neste sentido, consideramos o trabalho desenvolvido com a apresentação de uma proposta de plano de evacuação dos doentes internados na UCI, foi fundamental para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico internado na UCI em caso de evacuação.

Surgiram limitações no desenvolvimento do projeto como a evidente falta de informação existente sobre a segurança e evacuação de emergência de doentes internados em UCI, bem como a aprovação ainda pendente da proposta do plano de evacuação proposto por parte do departamento responsável por essa aprovação, o que impediu a testagem do plano e a sua implementação no local de estágio. Contudo, mostramos vontade e disponibilidade para colaboração na implementação do plano na UCI quando e se aprovado.

Assim, a realização do presente RF permitiu a análise crítica e reflexão fundamentada de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC – PSC e de mestre em Enfermagem, com base na evidência científica recente e levando ao sucesso na aquisição das competências pretendidas e evolução pessoal e profissional.

Considerando tudo o que foi descrito e analisado ao longo deste relatório final, consideramos ter alcançado os objetivos inicialmente delineados. Por fim, a frequência do presente Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em EMC-PSC termina com a entrega deste relatório, e posterior defesa pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde.

Alligood, M. (2014). *Nursing Theorists And Their Work*, Eighth Edition. *Elsevier: Mosby*. Estados Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020.

Assembleia da República [AR] (2015a). Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto: Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149, 5311-5326.

Assembleia da República [AR] (2015b). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Código Deontológico inserido no Estatuto da OE republicado como anexo. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181, 8059-8105.

Assembleia da República [AR] (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, 55-66.

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2017). *Regulamento do Estágio Final e do Relatório do Mestrado em Enfermagem*.

Autoridade Nacional da Proteção Civil [ANPC] (2016). *PEIS: Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado (1.ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Autoridade Nacional da Proteção Civil.

Baggio et al. (2011) Baggio, M., Pomatti, D. Bettinelli, L. & Erdmann, A. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 64(1):

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*.

Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach (2.ª ed.)*. New York, United States of America: Springer.

Childers, A. K. (2010). *Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility*.

Conselho de Ministros, 1978, p.489). Conselho de Ministros. (1978). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Diário da República

Critical Care: A Thinking-in-Action Approach. Second Edition, *Springer P*

Cummings, G., Tate, K., Lee, S., Wong, C., Paananen, T., Micaroni, S. & Chatterjee, G. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 85: 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>.

DGS, D.-G. d. (2010). Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*.

Diário da República, 2ª Série – N.º 135. 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. Ministério da Saúde. Lisboa.

Echevarría-Zuno S, Cruz-Vega F, Elizondo-Argueta S, et al. Emergency and disaster response in Critical Care Unit in the Mexican Social Security Institute: Triage and Evacuation. *Cir Cir*. 2013;81(3):246-255. 25-30. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100004>.

Fernandes, J. (2010). *Decisão ética em enfermagem do problema aos fundamentos para o agir*.

Huitzi-Egilegor, J., Elorza-Puyadena, M., Urkia-Etxabe, J., Asurabarrena-Iraola, C. (2014). *Implementation of the nursing process in a health area: Models and assessment* International Council of Nurses [ICN] (2019). *Core competencies in disaster nursing: version 2.0*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

International Journal of Caring Sciences. 8(1): 211-216. Joanna Briggs Institute [JBI] (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Austrália: Joanna Briggs Institute.

Kelly, F., Bailey, C., Aldridge, P., Brennan, P., Hardy, R., Henrys, P., Taft, D. (2021) *Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: for use in the event of fire, flood, powercut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents.*

Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A. & Vilela, C. (2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *RevBras Enferm.*

Ministério da Administração Interna (2008). Portaria n.º 1532/2008 de 29 de dezembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 250, 9124.

Ministério da Saúde [MS] (2015a). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2.ª série, n.º 102, 13550-13553.

Murphy, G., & Foot, .. (2011). ICU fire evacuation preparedness in London: a cross-sectional study. n.º57/78 de 9 de março de 1978.

Nunes, L. (2013, julho). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem.

Nunes, L. (2015, abril). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 1(23), 187-199.

Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (2.ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta.

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 peri-operatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 123, 17240-17243.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Organização das Nações Unidas [ONU] (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2019). Patient Safety. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146.

Ramos, S., & Trindade, L. (2011). *Gestão do Risco: segurança do doente em ambiente*. Quarteto Editora, Coimbra.

Rasheed, S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018).

Rico, D. M., Rico, E., Castanón, G. & Veja, G. (2015). Rol enfermero en la evacuación de cuidados intensivos. Nurses role in the evacuation of the intensive care unit. Departamento Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Oviedo, Espanha.

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38.

Sánchez-Palacios, R. L.-C. (2010). Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? structures used. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(5): 772-777.

UE. (2015). NCE/14/01772 - *Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Unidos da América.

Ventura, G., Silva, B., Heinzen, K., Bellaguarda, M., Canever, B. & Pereira, V. (2019)

Wax, R. S. (2019). Preparing the Intensive Care Unit.

World Health Organization [WHO] & International Council of Nurses [ICN] (2009).

Framework of Disaster Nursing Competencies. Geneva, Switzerland: World Health Organization and International Council of Nurses.

Zuno, S., Veja, F., Argueta, S., Valdés, E., Bey, R., & Sánchez, L. (maio de 2013).

Atención en emergências y desastres en las unidades de terapia intensiva del Instituto Mexicano del Seguro Social: triage y evacuación.

Apêndices

Apêndice A – Projeto de Estágio do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2020/2021

1º Ano – 2ª Semestre

Projeto de Estágio

Serviço de Urgência Geral



Orientação Pedagógica:

Professora Dr^a Maria Antónia Costa

Orientação Clínica:

Enfermeira Especialista



Discente:

Joana Barreiros, m 47303



maio de 2021

Apêndice B – Projeto de Estágio do Estágio Final



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

2021/2022

Unidade Curricular: Estágio Final

████████████████████ – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Proposta de Projeto de Estágio Final

*Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados
Intensivos*

Discente:

Joana Barreiros, M47303

Setembro de 2021

Apêndice C – Proposta de Plano de Evacuação dos Doentes Internados na UCI do HPS

Logotipo do HPS	NORMA DE PROCEDIMENTO / PROTOCOLO	Nº Data	Página 1/x
EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI DO		ELABORADO POR: <u>Aluna da Especialidade</u> <u>de EMC-PSC:</u> Joana Barreiros <u>Enf.º orientador:</u> _____ APROVADO POR: Diretor de Serviço _____ Enfermeiro Chefe: _____ janeiro/2022	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR Normas Hospitalares		Aprovado pelo Departamento de: Em: /	
ENTRADA EM VIGOR:		A rever em:	
Palavras-Chave: Evacuação; Doente Internado; UCI.			

1. POLÍTICA

Este protocolo visa garantir a prossecução das boas práticas de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar de saúde, aos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital [REDACTED]. Qualquer exceção à sua execução, deverá ser devidamente registada e justificada em processo clínico.

2. DEFINIÇÃO

As unidades de cuidados intensivos devem estar preparadas para um eventual desastre, de origem interna ou externa, que impliquem a necessidade de evacuar os doentes internados. Quando ocorre um desastre, a gestão eficaz dos recursos e a existência de orientações práticas pode influenciar significativamente o resultado da resposta (DGS, 2010, p.1).

3. OBJETIVOS

O plano de evacuação tem como objetivos:

- Identificar os potenciais riscos aos quais a UCI está sujeita;

PROTOCOLO CLÍNICO EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 2
--	----------------------------------	--------------------------

- Identificar o responsável pela ativação do Plano de Evacuação;
- Identificar os locais de transferência dos doentes internados

- Determinar a gestão de recursos humanos e materiais.

4. RISCOS POTENCIAIS

Tabela de Riscos Potenciais	
Tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Incêncio; - Derrame/Acidente grave com produtos químicos ou gases medicinais - Explosão; - Fuga de gás combustível; - Falha no abastecimento de água - Falha Energética (rede elétrica, geradores de emergência, posto de transformação); - Inundação
Naturais	<ul style="list-style-type: none"> - Descargas elétricas; - Inundação; - Sismo (queda ou destruição de estruturas/objetos, inundações, falhas de energia e comunicação).
Sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Ameaça de bomba; - Violência/Agressão Física - Distúrbios Sociais - Fuga ou desaparecimento de doentes.

PROTOCOLO CLÍNICO EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI [REDACTED]	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 3
--	--------------------	------------

5. PLANO DE EVACUAÇÃO

O plano de evacuação tem como objetivo definir os procedimentos a adotar na eventualidade da necessidade de evacuação dos doentes da UCI, de forma a promover uma evacuação rápida, eficaz e seguros de todos os ocupantes do espaço da UCI.

O caminho de evacuação a ser utilizado é pela porta principal da UCI, uma vez que é a única forma de entrada e saída de doentes na UCI, sendo que tem que estar sempre acessível e desimpedida.

5.1 – MÉTODO DE EVACUAÇÃO DOS DOENTES

A forma mais rápida e organizada de evacuação dos doentes deve cumprir as seguintes regras:

- Manter a calma e evitar situações alarmistas;
- Reduzir a utilização das linhas telefónicas ao estritamente necessário;
- Evacuar com rapidez, mas evitando aglomerações;
- Não levar objetos pessoais nem recuperar algum objeto que caia;
- Nunca voltar a entrar numa área previamente evacuada;
- Manter a ordem nas áreas consideradas seguras;
- Na área evacuada, é necessário garantir que fica uma pessoa na saída para permitir a entrada apenas da equipa de emergência;
- Após a evacuação, verificar ausências e se sim, comunicá-las.

PROTOCOLO CLÍNICO EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI 	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 4
--	---------------------------	--------------------------

5.2 – FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO

Emergência detetada por um profissional. Aciona alarme e toma medidas de 1ª intervenção

Profissional contacta o Número de Emergência (Extensão: XXX ou liga XXXXXXXXXX)

Informar o Chefe de Equipa Médica (Extensão XXX) e o Enfermeiro Chefe/Responsável (Extensão XXX)

Chefe de Equipa Médica juntamente com Departamento de Segurança tomam a decisão de evacuação parcial ou total da UCI.

Funções do Chefe de Equipa Médica: Identificar os serviços recetores de doentes

Funções do Chefe de Equipa Médica E do Enfermeiro Chefe/Responsável: Confirmar se os serviços recetores estão operacionais.

Funções do Chefe de Equipa Médica E do Enfermeiro Chefe/Responsável E do Departamento de Segurança: Coordenar a evacuação de todas as visitas, funcionários e doentes.

Evacuação de doentes: Deve seguir o protocolo de triagem de evacuação de doentes (Anexo II) com base na norma de classificação de doentes (Anexo I).

Evacuação de visitas: Pode ser realizada por funcionários, desde que indicação da equipa de coordenação da evacuação.

PROTOCOLO CLÍNICO EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA 	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 3
---	--------------------	------------

5.3 – SERVIÇOS RECETORES

A evacuação dos doentes da UCI pode exigir a parceria e coordenação com outras entidades externas (Bombeiros, PSP, Proteção Civil), que deverão ser acionadas pelo Departamento de Segurança, considerando que a evacuação dos doentes pode ser total ou parcial.

Numa situação de evacuação parcial, os doentes devem ser mobilizados dentro da própria UCI, se se verificar que a emergência ou ameaça põe em causa o funcionamento apenas de uma área e não condiciona o funcionamento de toda a UCI.

Numa situação que implique a evacuação total dos doentes da UCI, deve proceder-se à mobilização dos doentes para os serviços recetores: Serviço de Internamento de Medicina, Serviço de Urgência e Bloco Operatório.

Gestão e mobilização de doentes:

De acordo com o número de utentes internados na UCI e a sua classificação de prioridade na evacuação, conseqüentemente com uma cor atribuída, a transferência dos doentes deve ocorrer da seguinte forma:

Evacuação 1: Serviço de Internamento de Medicina

Evacuação 2: Núcleo de Exames Especiais

Evacuação 3: Serviço de Atendimento Permanente

Evacuação 4: Bloco Operatório

Serviço de Internamento de Medicina

- Possibilidade de ativação até 2 camas com monitorização contínua e gases medicinais:

PROTOCOLO CLÍNICO EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI 	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 4
---	----------------------------------	--------------------------

- Equipamento/estrutura física disponível: 2 aparelhos para monitorização contínua, acesso a 3 fichas elétricas por cama.

- Acesso: O acesso ao Serviço de internamento de Medicina é imediatamente à saída da UCI.

- O contacto prévio com o serviço irá permitir: o desimpedimento do espaço físico para a mobilização.

Núcleo de Exames Especiais

- Possibilidade de ativação de 2 camas com monitorização contínua, gases medicinais e sistema de aspiração e vácuo.

- Equipamento/estrutura física disponível: 2 ventiladores portáteis (VMI e VNI), 2 monitores para monitorização cardíaca contínua, acesso a 5 fichas elétricas por cama.

- Acesso: O acesso ao Núcleo de Exames Especiais é realizado através do caminho de evacuação (consultar plano de saída de evacuação interno)

- O contacto prévio com o serviço irá suspender a realização de exames especiais e permitir o desimpedimento do espaço físico para a mobilização.

Serviço de Atendimento Permanente

Possibilidade de ativação de 2 camas com monitorização contínua, gases medicinais e sistema de aspiração e vácuo

Equipamento/estrutura física disponível: 2 ventiladores portáteis (VMI e VNI), 2 monitores para monitorização cardíaca contínua, acesso a 2 fichas elétricas por cama (com possibilidade aumentar com fichas triplas)

PROTOCOLO CLÍNICO EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI 	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 5
---	----------------------------------	--------------------------

- Acesso: O acesso ao Serviço de Atendimento Permanente é realizado através do caminho de evacuação (consultar plano de saída de evacuação interno)

Bloco Operatório:

Possibilidade de ativação de 2 camas com monitorização contínua, gases medicinais e sistema de aspiração e vácuo

Equipamento/estrutura física disponível: 2 ventiladores portáteis (VMI e VNI), 2 monitores para monitorização cardíaca contínua, acesso a 10 fichas elétricas por cama

- Acesso: O acesso ao Serviço de Atendimento Permanente é realizado através do caminho de evacuação (consultar plano de saída de evacuação interno)

O contacto prévio com o serviço irá suspender a realização de cirurgias eletivas.

6. CHECK-LIST DE EVACUAÇÃO DE DOENTES DA UCI

- Ventilador portátil
- Seringas infusoras
- Bombas infusoras
- Ambu
- Kit de entubação endotraqueal (tubos endotraqueais, laringoscopia (lamina e cabo), seringas, fio de nastro, fio guia, frova)
- Mala com terapêutica (sedação, analgesia, curarização, catecolaminas, soluções salinas)
- Balas de O2
- Monitores para monitorização hemodinâmica contínua
- Desinfetante
- EPI's
- Documentos de registo em papel

PROTOCOLO CLÍNICO EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 6
--	----------------------------------	--------------------------

7. DEFINIÇÃO DE FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

Cada interveniente deste plano tem funções e responsabilidades a cumprir de forma que a evacuação seja rápida, segura e eficaz:

Tabela de Funções e Responsabilidades		
Chefe de Equipa Médica	Enfermeiro Chefe/ Responsável:	Enfermeiro da UCI
<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar cenário/ gravidade do incidente; - Informar da situação de emergência ao Diretor de Serviço - Solicitação da presença do enfermeiro chefe/responsável; - Decisão sobre evacuação total ou parcial; - Se evacuação total, aplicar triagem dos doentes; - Contacto aos serviços recetores; - Delegar funções à equipa da UCI; - Ponderar necessidade de transferência inter-hospitalar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar enfermeiro chefe; - Realizar o levantamento das camas disponíveis nos serviços recetores; - Verificar as condições de recursos e estruturas dos serviços recetores; - Colaborar na coordenação da triagem dos doentes; - Informar serviços de farmácia, imagiologia e análises clínicas da situação de evacuação; - Colaborar com o chefe de equipa médica na delegação de tarefas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na triagem de evacuação dos doentes; - Acompanhar os doentes até aos serviços recetores; - Garantir a existência de documentos de registo em formato de papel; - Manter a prestação de cuidados aos doentes no serviço recetor.

PROTOCOLO CLÍNICO		N.º: / P/	FOLHA
EVACUAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UCI [REDACTED]		DATA:	7
Acompanhamento permanente do processo de evacuação.			

Toda a equipa multidisciplinar que presta cuidados na UCI será distribuída pelos serviços recetores durante o processo de evacuação. As equipas dos serviços recetores darão apoio na prestação de cuidados aos doentes recebidos. Em casos de necessidade de incremento da equipa, devem ser contactados os membros da equipa multidisciplinar escalados para o turno seguinte.

8. Referências Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Echevarría-Zuno, S., Cruz-Vega, F., Elizondo-Argueta, S., Martínez-Valdés, E., Franco-Bey, R., & Méndez-Sánchez, L. (julho de 2013). Medical care during emergency and disaster response in Critical Care Units in the Mexican Social Security Institute: triage and evacuation.

Palacios, M. S., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V. (2010, abril). Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. *Medicina Intensiva*, 3(54), 198-202. doi: 10.1016/j.medin.2009.05.005.

King, M., Niven A., Beninati W., Fang, R., Einav S., Rubinson L., Kisson N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C. (2014, agosto). Evacuation of the ICU-Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters. *Chest*, 4(146), 44-60. doi: 10.1378/chest.14-0735.

Ministério da Saúde [MS] (2015b). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2.ª série, n.º 28, 3882-(2), 3882-(10).

Apêndices

Apêndice 1 - Norma: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES NA UCI DO HPS

Apêndice 2 – Norma: SISTEMA DE TRIAGEM DE DOENTES POR CORES

Logotipo do HPS	NORMA DE PROCEDIMENTO / PROTOCOLO	Nº Data	Página 1/x
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES NA UCI 		ELABORADO POR: <u>Aluna da Especialidade</u> <u>de EMC-PSC:</u> Joana Barreiros <u>Enf.º orientador:</u>  APROVADO POR: Diretor de Serviço  Enfermeiro Chefe:  janeiro/2022	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR Normas Hospitalares		Aprovado pelo Departamento de: Em: /	
ENTRADA EM VIGOR: Palavras-Chave: UCI, Classificação de doentes, Triagem.		A rever em:	

1. POLÍTICA

Este protocolo visa garantir a prossecução das boas práticas de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar de saúde, aos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do H . Qualquer exceção à sua execução, deverá ser devidamente registada e justificada em processo clínico.

2. DEFINIÇÃO

A necessidade de definir critérios para priorizar os doentes no momento de evacuação é necessária, sendo que deve ser considerada taxa de probabilidade de sobrevivência, ou seja, a evacuação deve dar prioridade aos doentes menos críticos e conseqüentemente os doentes mais críticos (Palacios, et al., 2010).

3. OBJETIVOS

O plano de evacuação tem como objetivos:

- Apresentar os critérios definidos para a triagem dos doentes da Unidade de Cuidados..

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 2
---	--------------------	------------

-Identificar os doentes mediante a atribuição diária de um score suportado pela necessidade de cuidados e a possibilidade de sobrevivência.

4- CONCEITOS

Triagem

A Triagem é um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência para racionalizar recursos médicos limitados quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para as tratar.

A triagem comporta dois componentes:

- 1- Classificar os doentes e priorizar os seus cuidados com base na gravidade da sua doença
- 2- A gestão de recursos para otimizar sua disponibilidade e direcioná-los aos doentes que são mais propensos a beneficiar deles.

O objetivo principal da triagem, como originalmente usado em incidentes de vítimas em massa, era fazer o maior bem para o maior número

Se confrontados com limitações de recursos, os profissionais de saúde são forçados a decidir a melhor forma de prestar cuidados. Estas decisões são complexas e devem ser guiadas por um marco ético.

Consideração Ética

O uso de uma estrutura ética sólida, não apenas ajuda no desenvolvimento de um protocolo de triagem apropriado, mas também promove a aplicação efetiva do protocolo. É importante para os profissionais de saúde entender a base ética das decisões de triagem.

A Direção Geral de Saúde preconiza que o atendimento das vítimas deve ter em conta os critérios de categorização de medicina em catástrofe, de forma a beneficiarem tanto quanto possível, de cuidados de saúde de qualidade.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 3
---	--------------------	------------

Plano de Evacuação

O plano de evacuação tem como objetivo definir os procedimentos a adotar na eventualidade da necessidade de evacuação de um espaço, e deve contemplar as instruções e os procedimentos relativos à articulação das operações destinadas a garantir a evacuação ordenada, total ou parcial, dos espaços considerados em risco.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO [REDACTED]

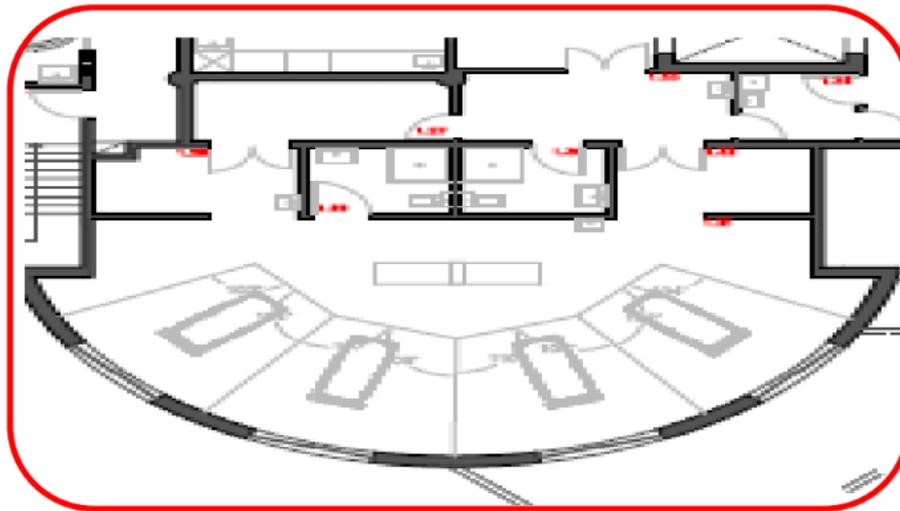
Localização física: piso 1 [REDACTED]

Capacidade de 4 camas polivalentes estruturalmente dispostas em *open space*.

1. A planta física de uma Unidade deve oferecer oportunidade para a prevenção e controlo de eventos (risco de incêndio, inundações).
2. A disposição das camas, número e localização das saídas de emergência.
3. Evacuação para o nível térreo.
4. As áreas seguras devem dar resposta ao tratamento do doente crítico (rampas de gases medicinais, eletricidade, vácuo).
5. Equipa multidisciplinar deve conhecer o plano de evacuação da unidade, o equipamento de transporte e as saídas de emergência.
6. A triagem deve ser realizada diariamente previamente a uma situação de catástrofe com o objetivo de categorizar o doente.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 4
---	--------------------	------------

Planta da Unidade de Cuidados Intensivos



Fonte: HPA, (2019)

5. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES:

- ✓ Relação com o esforço terapêutico
 - ✓ Situação clínica e necessidade de suporte vital
1. Escala Coma de Glasgow (ECG)
 2. Ventilação Espontânea/Mecânica
 3. Catecolaminas (Adrenalina, Noradrenalina)
 4. SOFA (*Sequential Organic Failure Assessment*)

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 5
---	--------------------	------------

GRUPO DE EVACUAÇÃO 1

- ✓ Grupo cujos doentes estão conscientes;
- ✓ Escore de ECG entre 13-15 pontos;
- ✓ Ventilação espontânea com aporte de oxigénio inferior a 3l/min.

Este grupo, em caso de necessidade serão os primeiros a serem evacuados pelo facto de não carecerem de grande suporte vital ou logístico e reunirem as maiores possibilidades de sobrevivência.

GRUPO DE EVACUAÇÃO 2

Grupo cujos doentes que têm um escore de ECG entre 9-12 pontos;

- ✓ Respiração espontânea com aporte de oxigénio inferior a 5l/minuto ou ventilados mecanicamente com uma FiO₂ (fração de oxigénio inspirado) inferior a 0.5% e uma PEEP inferior a 7mmHg;
- ✓ Perfusão de uma catecolamina (Noradrenalina ou Adrenalina) em dose inferior ou igual a 0,1 mcg/Kg/min;
- ✓ SOFA score entre 0 a 8 pontos.

A partir deste grupo considera-se a inclusão do SOFA, (*Sequential Organ Failure Assessment*), utiliza a pontuação (*score*) para identificar os doentes que provavelmente beneficiarão do tratamento, bem como aqueles que têm pior condição para recuperar, apesar dos cuidados prestados. Este índice de gravidade descreve o grau de disfunção

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 6
--	----------------------------------	--------------------------

orgânica ao longo do tempo, em que pontuações mais elevadas de SOFA são preditivas de um maior índice de mortalidade.

GRUPO DE EVACUAÇÃO 3

- ✓ Grupo cujos doentes estão sedados ou com um escore de ECG entre 5-8 pontos;
- ✓ Ventilados mecanicamente com FiO₂ entre 05-0.8%, com PEEP entre 7-10;
- ✓ Perfusão de uma catecolamina (Noradrenalina ou Adrenalina) a uma dose superior a 0.1mcg/Kg/min;
- ✓ SOFA escore entre 9-16 pontos.

GRUPO DE EVACUAÇÃO 4

- ✓ Grupo cujos doentes estão sedados ou com um escore de ECG inferior a 5;
- ✓ Ventilados mecanicamente com um FiO₂ superior a 0.8% e uma PEEP superior ou igual a 10;
- ✓ Perfusão em simultâneo de duas catecolaminas (Noradrenalina e Adrenalina), dose superior a 0.1mcg/Kg/min;
- ✓ SOFA escore entre 17-24 pontos.

6. FORMA DE OPERACIONALIZAÇÃO

- ✓ Avaliação diária mediante a avaliação da Escala Coma de Glasgow, Ventilação Espontânea/Mecânica, necessidade de Catecolaminas e SOFA.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 7
---	--------------------	------------

✓ Distribuição dos doentes em 4 grupos de acordo com o score dos critérios.

✓ Atribuição a cada grupo um número que corresponde a ordem de evacuação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Echevarría-Zuno, S., Cruz-Vega, F., Elizondo-Argueta, S., Martínez-Valdés, E., Franco-Bey, R., & Méndez-Sánchez, L. (julho de 2013). Medical care during emergency and disaster response in Critical Care Units in the Mexican Social Security Institute: triage and evacuation.

Palacios, M. S., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V. (2010, abril). Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. Medicina Intensiva, 3(54), 198-202. doi: 10.1016/j.medin.2009.05.005.

King, M., Niven A., Beninati W., Fang, R., Einav S., Rubinson L., Kissoon N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C. (2014, agosto). Evacuation of the ICU-Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters. Chest, 4(146), 44-60. doi: 10.1378/chest.14-0735.

Logotipo do HPS	NORMA DE PROCEDIMENTO / PROTOCOLO	Nº Data	Página 1/x
SISTEMA DE TRIAGEM DE DOENTES POR CORES NA UCI DO 		ELABORADO POR: <u>Aluna da Especialidade</u> <u>de EMC-PSC:</u> Joana Barreiros <u>Enf.º orientador:</u>  APROVADO POR: Diretor de Serviço  Enfermeiro Chefe:  janeiro/2022	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR Normas Hospitalares		Aprovado pelo Departamento de: Em: /	
ENTRADA EM VIGOR: Palavras-Chave: UCI, Classificação de doentes, Triagem.		A rever em:	

1. POLÍTICA

Este protocolo visa garantir a prossecução das boas práticas de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar de saúde, aos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do  Qualquer exceção à sua execução, deverá ser devidamente registada e justificada em processo clínico.

2. DEFINIÇÃO

- Baseada na Norma Clínica: Critérios de Avaliação na triagem de Doentes, foi criado o sistema de triagem por cores.

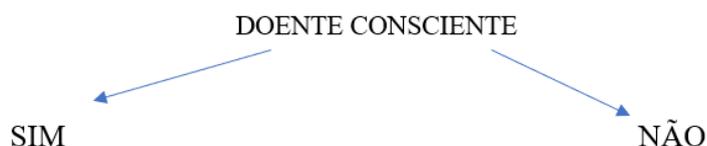
3. OBJETIVO

O plano de evacuação tem como objetivos:

- Facilitar a identificação dos doentes e a sua ordem de evacuação através de um sistema de cores.

NORMA CLÍNICA: SISTEMA DE TRIAGEM DE DOENTES POR CORES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA
---	----------------------------------	--------------

4. SISTEMA DE TRIAGEM POR CORES



ECG – 13 A 15 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA O2 < 3L/MIN	ECG – 9 A 12 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA O2 < 5L/MIN VENTILAÇÃO MECÂNICA: O2 < 50% PEEP < 7 NORADRENALINA OU ADRENALINA < 0,1 MCG/KG/MIN SOFA – 0-8	SEDAÇÃO OU ECG 5-8 VENTILAÇÃO MECÂNICA O2 – 50 A 80% PEEP- 7 A 10 NORADRENALINA OU ADRENALINA > 0,1 MCG/KG/MIN SOFA – 9-15	SEDAÇÃO OU ECG <5 VENTILAÇÃO MECÂNICA O2 > 80% PEEP > 10 NORADRENALINA OU ADRENALINA > 0,1 MCG/KG/MIN SOFA – 17 - 24
EVACUAÇÃO 1º	EVACUAÇÃO 2º	EVACUAÇÃO 3º	EVACUAÇÃO 4º

NORMA CLÍNICA: SISTEMA DE TRIAGEM DE DOENTES POR CORES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA
--	--------------------	-------

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

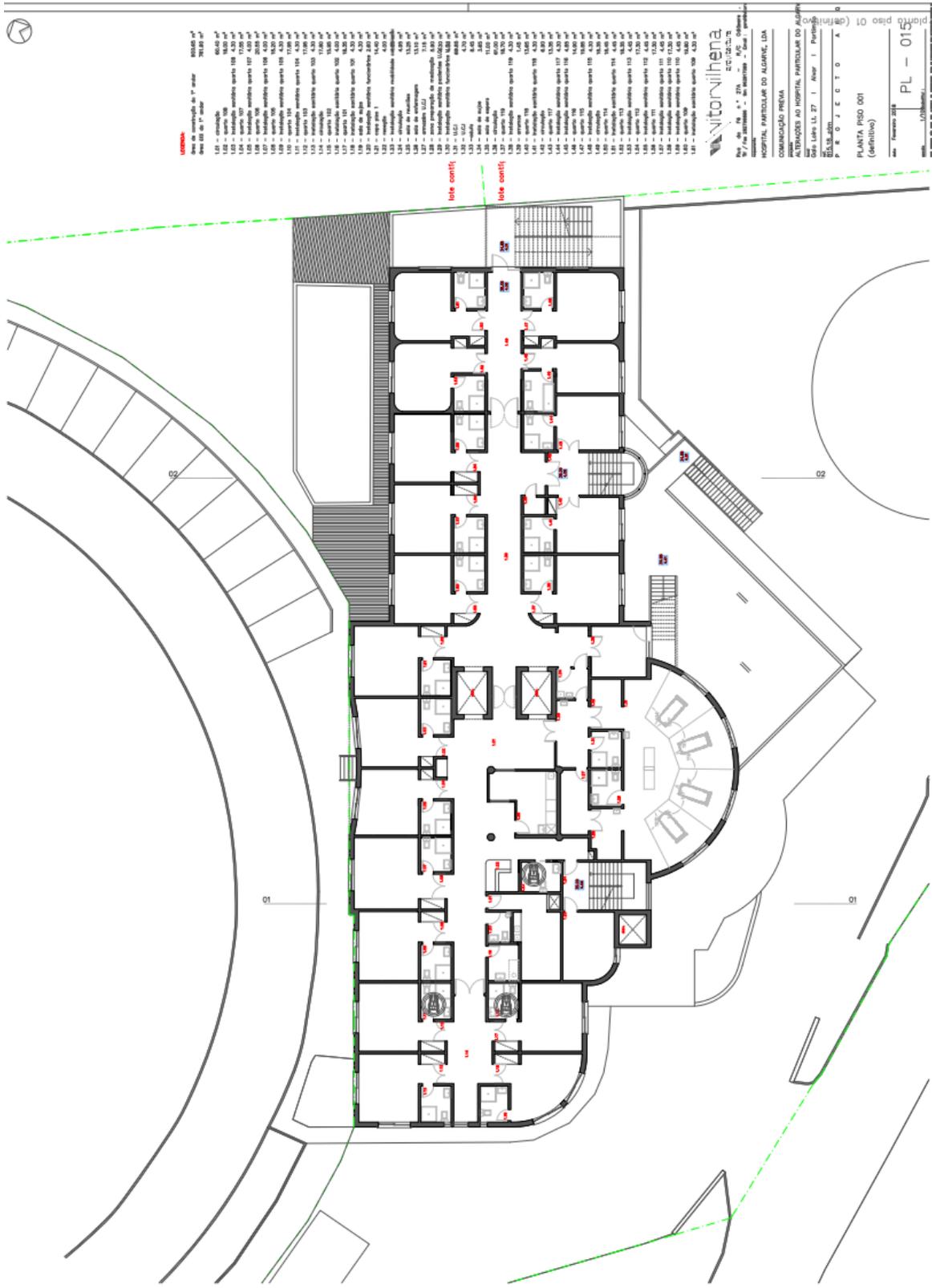
Echevarría-Zuno, S., Cruz-Vega, F., Elizondo-Argueta, S., Martínez-Valdés, E., Franco-Bey, R., & Méndez-Sánchez, L. (julho de 2013). Medical care during emergency and disaster response in Critical Care Units in the Mexican Social Security Institute: triage and evacuation.

Palacios, M. S., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V. (2010, abril). Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. Medicina Intensiva, 3(54), 198-202. doi: 10.1016/j.medin.2009.05.005.

King, M., Niven A., Beninati W., Fang, R., Einav S., Rubinson L., Kisson N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C. (2014, agosto). Evacuation of the ICU-Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters. Chest, 4(146), 44-60. doi: 10.1378/chest.14-0735.

Anexos

Anexo 1 – Planta de Emergência do Piso 1



Planta de emergência do HPS Fonte: HPA (2019)

**Apêndice D – Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa
Unidade de Cuidados Intensivos - Uma Scoping Review**

Segurança e evacuação de emergência do Doente Crítico numa Unidade de Cuidados Intensivos - Uma Scoping

Review

Safety and Emergency Evacuation of the Critical Patient in an Intensive Care Unit - A Scoping review

Joana Barreiros - Licenciada em Enfermagem, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Espírito Santo de Évora, joana.barreiros7@gmail.com

Co-autor - Maria Antónia Costa - Professora no Instituto Politécnico de Beja, antonia.costa@ipbeja.pt

Conflitos de Interesse ou Fonte de Financiamento

Nenhum dos autores teve qualquer financiamento ou conflito a declarar no momento.

RESUMO

Contexto – A evacuação de um serviço hospitalar, apesar de pouco comum, é um acontecimento que não pode ser excluído, e que implica decisões na priorização de doentes, pelo que se torna fundamental a definição de critérios que permitam essa priorização atendendo a fatores relacionados também com a capacidade de antecipação, reação, comunicação e disponibilidade de recursos.

Objetivo – Mapear a existência de evidência científica na literatura recente sobre as indicações na evacuação de doentes críticos numa unidade de cuidados intensivos.

Método de revisão – *Scoping review* com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*.

Apresentação e discussão dos resultados – Foram incluídos cinco estudos nesta revisão. Verificou-se que a existência de um plano de emergência e evacuação é um fator imprescindível e que o seu conhecimento é preponderante para a evacuação segura dos doentes de uma unidade de cuidados intensivos. Constatou-se também a importância da triagem dos doentes para o estabelecimento de prioridades de evacuação, apesar da variação dos critérios de triagem existentes, bem como a importância da capacitação das equipas das unidades de cuidados intensivos para a atuação em situações de emergência e evacuação através da prática simulada recorrente.

Conclusão – A existência e conhecimento do plano de emergência e evacuação é imprescindível e preponderante para o sucesso de uma evacuação de uma UCI em caso de emergência. A avaliação de doentes, utilizados vários fatores e escalas, e consequente definição do grau de prioridade para a evacuação, e a utilização de kits de evacuação são ferramentas fulcrais na evacuação. A capacitação das equipas pela prática simulada recorrente deve ser encarada como prioritária, traduzindo-se no sucesso efetivo da evacuação de doentes da UCI.

Palavras-chave – Enfermagem de Cuidados Críticos, Segurança, Evacuação e Desastre.

ABSTRACT

Background – The evacuation of a hospital service, although uncommon, is an event that cannot be excluded, and that implies decisions in the prioritization of patients, so it is essential to define criteria that allow this prioritization, taking into account factors also related to the capacity for anticipation, reaction, communication and availability of resources.

Objective – To map the existence of scientific evidence in the recent literature on the indications for the evacuation of critically ill patients in an intensive care unit.

Review Method – Scoping Review following the Joanna Briggs Institute methodology.

Presentation and Interpretation of results – Five studies were included in this review. It was found that the existence of an emergency and evacuation plan is an essential factor and that its knowledge is essential for the safe evacuation of patients from an intensive care unit. It was also noted the importance of triage of patients for the establishment of evacuation priorities, despite the variation of existing triage criteria, as well as the importance of training the teams of intensive care units to act in emergency situations and evacuation through of the recurrent simulated practice.

Conclusion – The existence and knowledge of the emergency and evacuation plan is essential and preponderant for the success of an ICU evacuation in case of an emergency. The assessment of patients, using various factors and scales, and the consequent definition of the degree of priority for evacuation, and the use of evacuation kits are key tools in evacuation. The training of teams through recurrent simulated practice should be seen as a priority, resulting in the effective success of the evacuation of patients from the ICU.

Keywords – Nursing Intensive Care, Safety, Evacuation and Disaster

Apêndice E - Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional

Fases	Atividades	Tempo	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	(...)
Diagnóstico de situação de definição de objetivos	Reunião com o enfermeiro orientador e professora orientadora							
	Identificação de necessidade do Serviço							
	Pesquisa bibliográfica sobre a necessidade do serviço							
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (entrevista não estruturada, observação e análise SWOT)							
	Definição dos objetivos geral e específicos							
Planeamento	Elaboração do cronograma do projeto							
	Definição das atividades a desenvolver, estratégias e recursos necessários							
Execução	Pesquisa bibliográfica							
	Scoping review							
	Criação de documento normativo de avaliação do grau de prioridade na evacuação							
	Criação de um sistema de triagem de doentes							
	Identificar os recursos necessário para a implementação da proposta do Plano de Evacuação							
	Elaboração de proposta de plano de evacuação							
	Reunião com enfermeiro chefe e diretor clínico para apreciação da proposta de plano de evacuação							
	Reunião com enfermeiro chefe e diretor clínico para apreciação do documento normativo de avaliação do grau de prioridade na evacuação							
	Reunião com enfermeiro chefe e diretor clínico para apreciação do sistema de triagem de doentes							
	Reformulação do plano (se necessário)							
	Apresentação da proposta de plano de evacuação ao Departamento de Segurança e Qualidade							
	Avaliação	Análise dos objetivos definidos						
Aprovação da proposta de plano de evacuação pelo Departamento de Segurança e Qualidade								
Apresentação final de uma proposta de check-list de evacuação								
Apresentação final do documento normativo de avaliação do grau de prioridade na evacuação								
Elaboração do Relatório Final								

Apêndice F – Norma para Classificação de doentes em situação de evacuação

Logotipo do HPS	NORMA DE PROCEDIMENTO / PROTOCOLO	Nº Data	Página 1/x
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES NA UCI		ELABORADO POR: <u>Aluna da Especialidade de EMC-PSC:</u> Joana Barreiros Enf.º orientador:	
		APROVADO POR: Diretor de Serviço Enfermeiro Chefe: janeiro/2022	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR Normas Hospitalares		Aprovado pelo Departamento de: Em: /	
ENTRADA EM VIGOR: Palavras-Chave: Evacuação; Doente Internado; UCI.		A rever em:	

1. POLÍTICA

Este protocolo visa garantir a prossecução das boas práticas de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar de saúde, aos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Particular do Algarve, Alvor. Qualquer exceção à sua execução, deverá ser devidamente registada e justificada em processo clínico.

2. DEFINIÇÃO

A necessidade de definir critérios para priorizar os doentes no momento de evacuação é necessária, sendo que deve ser considerada taxa de probabilidade de sobrevivência, ou seja, a evacuação deve dar prioridade aos doentes menos críticos e consequentemente os doentes mais críticos (Palacios, et al., 2010).

3. OBJETIVOS

O plano de evacuação tem como objetivos:

- Apresentar os critérios definidos para a triagem dos doentes da Unidade de Cuidados.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 2
---	--------------------	------------

-Identificar os doentes mediante a atribuição diária de um score suportado pela necessidade de cuidados e a possibilidade de sobrevivência.

4- CONCEITOS

Triagem

A Triagem é um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência para racionalizar recursos médicos limitados quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para as tratar.

A triagem comporta dois componentes:

- 1- Classificar os doentes e priorizar os seus cuidados com base na gravidade da sua doença
- 2- A gestão de recursos para otimizar sua disponibilidade e direcioná-los aos doentes que são mais propensos a beneficiar deles.

O objetivo principal da triagem, como originalmente usado em incidentes de vítimas em massa, era fazer o maior bem para o maior número

Se confrontados com limitações de recursos, os profissionais de saúde são forçados a decidir a melhor forma de prestar cuidados. Estas decisões são complexas e devem ser guiadas por um marco ético.

Consideração Ética

O uso de uma estrutura ética sólida, não apenas ajuda no desenvolvimento de um protocolo de triagem apropriado, mas também promove a aplicação efetiva do protocolo. É importante para os profissionais de saúde entender a base ética das decisões de triagem.

A Direção Geral de Saúde preconiza que o atendimento das vítimas deve ter em conta os critérios de categorização de medicina em catástrofe, de forma a beneficiarem tanto quanto possível, de cuidados de saúde de qualidade.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 3
---	--------------------	------------

Plano de Evacuação

O plano de evacuação tem como objetivo definir os procedimentos a adotar na eventualidade da necessidade de evacuação de um espaço, e deve contemplar as instruções e os procedimentos relativos à articulação das operações destinadas a garantir a evacuação ordenada, total ou parcial, dos espaços considerados em risco.

UNIDADE DE CUIDADOS DO [REDACTED]

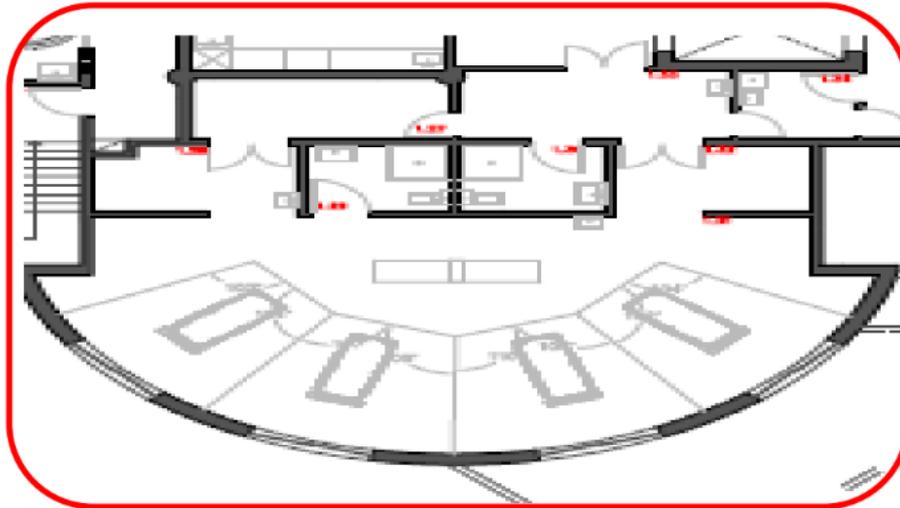
Localização física: piso 1 do [REDACTED]

Capacidade de 4 camas polivalentes estruturalmente dispostas em open space.

1. A planta física de uma Unidade deve oferecer oportunidade para a prevenção e controlo de eventos (risco de incêndio, inundações).
2. A disposição das camas, número e localização das saídas de emergência.
3. Evacuação para o nível térreo.
4. As áreas seguras devem dar resposta ao tratamento do doente crítico (rampas de gases medicinais, eletricidade, vácuo).
5. Equipa multidisciplinar deve conhecer o plano de evacuação da unidade, o equipamento de transporte e as saídas de emergência.
6. A triagem deve ser realizada diariamente previamente a uma situação de catástrofe com o objetivo de categorizar o doente.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 4
---	--------------------	------------

Planta da Unidade de Cuidados Intensivos do [REDACTED]



Fonte: HPA, (2019)

5. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES:

- ✓ Relação com o esforço terapêutico
- ✓ Situação clínica e necessidade de suporte vital

1. Escala Coma de Glasgow (ECG)
2. Ventilação Espontânea/Mecânica
3. Catecolaminas (Adrenalina, Noradrenalina)
4. SOFA (*Sequential Organic Failure Assessment*)

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 5
---	--------------------	------------

GRUPO DE EVACUAÇÃO 1

- ✓ Grupo cujos doentes estão conscientes;
- ✓ Escore de ECG entre 13-15 pontos;
- ✓ Ventilação espontânea com aporte de oxigénio inferior a 3l/min.

Este grupo, em caso de necessidade serão os primeiros a serem evacuados pelo facto de não carecerem de grande suporte vital ou logístico e reunirem as maiores possibilidades de sobrevivência.

GRUPO DE EVACUAÇÃO 2

Grupo cujos doentes que têm um escore de ECG entre 9-12 pontos;

- ✓ Respiração espontânea com aporte de oxigénio inferior a 5l/minuto ou ventilados mecanicamente com uma FiO₂ (fração de oxigénio inspirado) inferior a 0.5% e uma PEEP inferior a 7mmHg;
- ✓ Perfusão de uma catecolamina (Noradrenalina ou Adrenalina) em dose inferior ou igual a 0,1 mcg/Kg/min;
- ✓ SOFA score entre 0 a 8 pontos.

A partir deste grupo considera-se a inclusão do SOFA, (*Sequential Organ Failure Assessment*), utiliza a pontuação (*score*) para identificar os doentes que provavelmente beneficiarão do tratamento, bem como aqueles que têm pior condição para recuperar, apesar dos cuidados prestados. Este índice de gravidade descreve o grau de disfunção orgânica ao longo do tempo, em que pontuações mais elevadas de SOFA são preditivas de um maior índice de mortalidade.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 6
---	--------------------	------------

GRUPO DE EVACUAÇÃO 3

- ✓ Grupo cujos doentes estão sedados ou com um escore de ECG entre 5-8 pontos;
- ✓ Ventilados mecanicamente com FiO₂ entre 05-0.8%, com PEEP entre 7-10;
- ✓ Perfusão de uma catecolamina (Noradrenalina ou Adrenalina) a uma dose superior a 0.1mcg/Kg/min;
- ✓ SOFA score entre 9-16 pontos.

GRUPO DE EVACUAÇÃO 4

- ✓ Grupo cujos doentes estão sedados ou com um escore de ECG inferior a 5;
- ✓ Ventilados mecanicamente com um FiO₂ superior a 0.8% e uma PEEP superior ou igual a 10;
- ✓ Perfusão em simultâneo de duas catecolaminas (Noradrenalina e Adrenalina), dose superior a 0.1mcg/Kg/min;
- ✓ SOFA score entre 17-24 pontos.

6. FORMA DE OPERACIONALIZAÇÃO

- ✓ Avaliação diária mediante a avaliação da Escala Coma de Glasgow, Ventilação Espontânea/Mecânica, necessidade de Catecolaminas e SOFA.
- ✓ Distribuição dos doentes em 4 grupos de acordo com o score dos critérios.
- ✓ Atribuição a cada grupo um número que corresponde a ordem de evacuação.

NORMA CLÍNICA: CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO NA TRIAGEM DE DOENTES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA 7
---	--------------------	------------

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Echevarría-Zuno, S., Cruz-Vega, F., Elizondo-Argueta, S., Martínez-Valdés, E., Franco-Bey, R., & Méndez-Sánchez, L. (julho de 2013). Medical care during emergency and disaster response in Critical Care Units in the Mexican Social Security Institute: triage and evacuation.

Palacios, M. S., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V. (2010, abril). Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. *Medicina Intensiva*, 3(54), 198-202. doi: 10.1016/j.medin.2009.05.005.

King, M., Niven A., Beninati W., Fang, R., Einav S., Rubinson L., Kisson N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C. (2014, agosto). Evacuation of the ICU-Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters. *Chest*, 4(146), 44-60. doi: 10.1378/chest.14-0735.

Apêndice G – Sistema de Triagem de doentes na Evacuação

Logotipo do HPS	NORMA DE PROCEDIMENTO / PROTOCOLO	Nº Data	Página 1/x
SISTEMA DE TRIAGEM DE DOENTES POR CORES NA UCI DO 		ELABORADO POR: <u>Aluna da Especialidade de EMC-PSC:</u> Joana Barreiros <u>Enf.º orientador:</u>  APROVADO POR: Diretor de Serviço  Enfermeiro Chefe:  janeiro/2022	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR Normas Hospitalares		Aprovado pelo Departamento de: Em: /	
ENTRADA EM VIGOR: Palavras-Chave: UCI, Classificação de doentes, Triage.		A rever em:	

1. POLÍTICA

Este protocolo visa garantir a prossecução das boas práticas de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar de saúde, aos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital P  Qualquer exceção à sua execução, deverá ser devidamente registada e justificada em processo clínico.

2. DEFINIÇÃO

- Baseada na Norma Clínica: Critérios de Avaliação na triagem de Doentes, foi criado o sistema de triagem por cores.

3. OBJETIVO

O plano de evacuação tem como objetivos:

- Facilitar a identificação dos doentes e a sua ordem de evacuação através de um sistema de cores.

NORMA CLÍNICA: SISTEMA DE TRIAGEM DE DOENTES POR CORES	N.º: / P/ DATA:	FOLHA
--	--------------------	-------

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Echevarría-Zuno, S., Cruz-Vega, F., Elizondo-Argueta, S., Martínez-Valdés, E., Franco-Bey, R., & Méndez-Sánchez, L. (julho de 2013). Medical care during emergency and disaster response in Critical Care Units in the Mexican Social Security Institute: triage and evacuation.

Palacios, M. S., Torrent, R., Santana-Cabrera, L., Garcia, J., Campos, S. & Miguel, V. (2010, abril). Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. *Medicina Intensiva*, 3(54), 198-202. doi: 10.1016/j.medin.2009.05.005.

King, M., Niven A., Beninati W., Fang, R., Einav S., Rubinson L., Kissoon N., Devereaux A., Christian M. & Grissom C. (2014, agosto). Evacuation of the ICU-Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters. *Chest*, 4(146), 44-60. doi: 10.1378/chest.14-0735.

Apêndice H - Revisão Sistemática da Literatura: Contributos do Debriefing após Reanimação Cardiopulmonar para os Profissionais de Saúde

Contributos do *Debriefing* após Reanimação Cardiopulmonar para os Profissionais de Saúde

uma revisão sistemática

Joana Barreiros¹, Joana Pisco², Maria Antónia Costa³, Maria do Céu Marques⁴

¹Licenciada em Enfermagem, Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Espírito Santo de Évora, joana.barreiros7@gmail.com

²Licenciada em Enfermagem, Enfermeira no Bloco Operatório do Hospital Espírito Santo de Évora, piscojoana@hotmail.com

³ Professora no Instituto Politécnico de Beja, antoniamcosta@ipbeja.pt

⁴ Professora na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora (ESESJD/EU), mcmarques@uevora.pt

Resumo

As situações de Paragem Cardiorrespiratória são eventos críticos complexos desafiantes, altamente *stressantes* e potencialmente traumáticos para os profissionais de saúde que os vivenciam. Além disso, podem ter implicações não só para os profissionais de saúde, como para os utentes e para a prática clínica.

Objetivo: Compreender quais as vantagens que o *debriefing* acarreta consigo para os profissionais de saúde após situações de Reanimação Cardiopulmonar.

Método de Revisão: Através da estratégia PICO, formulou-se a questão: “Quais as vantagens do *debriefing* após situações de reanimação cardiopulmonar para os profissionais de saúde?”. Definiram-se palavras-chave e iniciou-se o processo de pesquisa em junho de 2021, recorrendo ao motor de busca B-On. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, visando a redução de viés. Para avaliação crítica dos estudos selecionados, recorreu-se à metodologia de *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: Foram selecionados cinco estudos que retratam os benefícios associados à implementação do *debriefing* após situações de reanimação cardiopulmonar. Após a sua análise, verifica-se que o *debriefing* se revela fulcral não só para os profissionais de saúde mas também para os utentes e para a prática clínica.

Conclusão: A implementação de metodologias de *debriefing* após situações de reanimação cardiopulmonar apresenta inúmeras vantagens, pelo que é importante que a sua utilização na prática clínica seja estimulada.

Descritores: *health personnel; nurses; debriefing; cardiopulmonary resuscitation.*

Contributions of *Debriefing* after Cardiopulmonary Resuscitation for Healthcare Workers

a systematic review

Joana Barreiros¹, Joana Pisco², Maria Antónia Costa³, Maria do Céu Marques⁴

¹Graduated in Nursing, Nurse at Intensive Care Unit of Hospital Espírito Santo de Évora, joana.barreiros7@gmail.com

²Graduated in Nursing, Nurse at Operating Room of Hospital Espírito Santo de Évora, piscojoana@hotmail.com

³Teacher at Instituto Politécnico de Beja, antonia.costa@ipbeja.pt

⁴Teacher at Escola Superior de Enfermagem São João de Deus of Universidade de Évora (ESESJD/EU), mcmarques@uevora.pt

Abstract

Cardiopulmonary arrest situations are critical events that can be complex, challenging, highly stressful and potentially traumatic for healthcare workers. Furthermore, these situations can impact health professionals, clinical practice and also patients.

Aim: To understand the benefits of *debriefing* for healthcare workers after situations of Cardiopulmonary Resuscitation.

Methods: The PICO strategy was used to formulate the initial question: “What are the benefits of *debriefing* after cardiopulmonary resuscitation situations for healthcare workers?”. The keywords were defined and the research process started in June 2021, using B-On database. Inclusion and exclusion criteria were selected and applied to reduce bias. Critical Appraisal Tools of Joanna Briggs Institute was used for of the selected studies.

Results: Five studies were selected for this systematic review. The benefits of using *debriefing* after cardiopulmonary resuscitation situations is reported in all of them. After data analysis it appears that *debriefing* is crucial not only for health professionals but also for patients and for the quality of clinical practice.

Conclusion: The implementation of *debriefing* after cardiopulmonary resuscitation situations has numerous contributions. Therefore, it is important to promote the use of these methodologies in clinical practice.

Keywords: *health personnel; nurses; debriefing; cardiopulmonary resuscitation.*

Apêndice I – Norma de Orientação clínica: *Debriefing* após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência Serviço de Urgência Geral

Logotipo do hospital	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA	Nº Junho/2021	Página 1/x
<p>Debriefing após RCP ou eventos críticos complexos/traumáticos em Sala de Emergência</p> <p>Serviço de Urgência Geral</p>		<p>ELABORADO POR: <u>Alunas da Especialidade de EMC-</u> <u>PSC:</u> Joana Barreiros Joana Pisco <u>Enf.ºs orientadores:</u> Miguel Pedrosa Vanda Ferreira <u>Colaboração Médica:</u> [Redacted]</p> <p>APROVADO POR: Diretor de Serviço [Redacted] Enfermeiro Chefe: [Redacted] Junho/2021</p>	
<p>Palavras-Chave: Profissionais de saúde; Enfermeiros; <i>Debriefing</i>; Reanimação Cardiopulmonar</p>		<p>A rever em: Junho/2024</p>	

Siglas e Abreviaturas

HESE, EPE – Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

I. Definição

O *debriefing* define-se com uma reflexão estruturada que ocorre após um evento crítico^(2,3). Segundo Kessler et al., constitui-se como a reflexão sobre a ação, discussão sobre a ação e alteração/adequação de comportamentos à prática clínica, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados e aumento da segurança do doente, nomeadamente o doente crítico.

Existe evidência de que possui inúmeras vantagens, podendo ser um instrumento fundamental para a aprendizagem individual e coletiva da equipa multidisciplinar e para a consolidação de conhecimentos e competências, estimulando consequentemente a formação contínua dos profissionais. Contribui igualmente para a melhoria da comunicação e do trabalho em equipa, bem como permite gerir e controlar emoções negativas experienciadas, atuando na resolução do *stress* associado a eventos potencialmente traumáticos, estimulando a resiliência, a adoção de mecanismos de *coping*

e o apoio entre pares. Além disso, contribui para a melhoria do desempenho das equipas em eventos críticos futuros pela identificação, minimização e correção de erros, estimulando a aquisição de competências técnicas e não técnicas para agir e lidar eficazmente com essas situações ^(2,3).

Assim, compreende-se que assume especial relevo para as equipas multidisciplinares dos Serviços de Urgência, uma vez que dão resposta a pessoas em situação crítica no seu quotidiano. Além disso, contactam frequentemente com situações de crise e emergência complexa, nas quais se inclui a Paragem Cardiorrespiratória e/ou outros eventos potencialmente *stressantes*. Além de exigirem a mobilização de cuidados complexos e diferenciados, todos estes eventos possuem impacto direto nas equipas a nível individual e coletivo, profissional e pessoal, refletindo-se nos cuidados prestados.

Segundo Perkins et al. (2011, citado por Gregório, & Lobão, 2017), a implementação do *Debriefing* em situações de Reanimação Cardiopulmonar estimula a adesão da equipa a algoritmos internacionais, aumentando a qualidade de *performances*.

Assim, pelos inúmeros benefícios que apresenta, pode ser encarado como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, motivo pelo qual se considera pertinente a criação de um protocolo que contemple a implementação de sessões de *Debriefing* após situações de PCR com RCP e/ou outros eventos críticos complexos em contexto de Sala de Emergência no SU do [REDACTED]

II. Objetivos

- Capacitar e estimular a equipa multidisciplinar a implementar sessões formais de *debriefing* após RCP e/ou eventos críticos complexos vivenciados em Sala de Emergência;
- Incentivar a reflexão construtiva da equipa multidisciplinar, estimulando a sua aprendizagem individual e coletiva em circunstâncias de RCP e/ou eventos críticos complexos em contexto de Sala de Emergência;
- Melhorar a prática clínica e aumentar a segurança do doente em situações de RCP e/ou eventos críticos complexos em contexto de Sala de Emergência, através da minimização de erros, alteração de comportamentos e melhoria de desempenhos;
- Minimizar os impactos negativos que essas situações acarretam para os profissionais de saúde e para a pessoa em situação crítica.

III. Âmbito de aplicação

Segundo Kessler et. al (2015), para que a implementação do *debriefing* seja eficazmente realizada, deve responder às seguintes questões:

Porquê?	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o que correu bem durante a situação; • Identificar aspetos a melhorar no desempenho da equipa; • Não dar espaço para lamentações.
O quê?	<p>As situações devem ter em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidades/prioridades do serviço e da equipa; • Desempenho técnico e relações interpessoais.
Quem?	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os elementos da equipa que participaram na situação crítica devem ser encorajados a integrar a sessão de <i>debriefing</i>; • Pode ser considerada a presença de pessoas externas ao evento, promovendo a troca de experiências; • A liderança é preponderante.
Como?	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o <i>debriefing</i> num ambiente tranquilo com uma atmosfera amigável aberta a questões; • Não realizar críticas destrutivas, mas sim construtivas; • Analisar a situação como um todo; • Recorrer a um diálogo honesto e livre de conflitos.
Quando?	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar o tipo de <i>debriefing</i> a implementar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quente (<i>hot</i>): imediatamente após a situação; ○ Mono (<i>warm</i>): algumas horas após o evento; ○ Frio (<i>cold</i>): dias ou semanas após a emergência. • A periodicidade e duração é flexível.
Onde?	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar usar a Sala de Emergência, pois esta deve manter-se livre e operacional; • Optar por uma sala próxima para a realização do <i>debriefing</i>, caso este seja imediato.

Circunstâncias que carecem de *Debriefing*

RCP e/ou eventos críticos complexos potencialmente *stressantes*/traumáticos.

Tipo de *Debriefing* a implementar

Hot debriefing: realizado imediatamente após o evento crítico. Deve focar-se nas ações e reações dos profissionais. Não são utilizados materiais de registo nem gravações.

Deve ser disponibilizado um momento de silêncio antes do início da sessão para possibilitar a interiorização da situação vivida para que, posteriormente, possa ser discutida pela equipa multidisciplinar, gerando aprendizagem ⁽²⁾.

A. Orientações quanto à execução

Quem executa

O *debriefing* deve ser realizado por todos os elementos da equipa que vivenciaram a situação crítica, sem exceção: Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Outros Técnicos de Saúde diretamente envolvidos.

Deve ser conduzido pelo elemento com maior diferenciação de competências técnicas e não técnicas, nomeadamente o team leader.

Periodicidade e duração

Flexível

Local

Sala de Ortopedia

B. Orientações para operacionalização

O *debriefing* correlaciona-se com a Teoria de Aprendizagem Experiencial de Kolb, a qual defende que a aprendizagem resulta da reflexão sobre a prática e consequente transformação da prática. O ciclo de aprendizagem desta teoria possui as seguintes fases ⁽¹⁾:

1. Experiência Concreta – reflete o que se vivencia na prática;
2. Observação reflexiva – consiste na reflexão sobre a situação vivenciada;

3. Conceitualização Abstrata – a partir da reflexão, geram-se novos conceitos que serão interiorizados, gerando aprendizagem. Assim, identificam-se novos conceitos e/ou novas metodologias para aplicar em práticas clínicas futuras, no sentido de melhoria do desempenho/performance individual e/ou coletiva.
4. Experimentação ativa – realiza-se após a interiorização dos novos conceitos/aprendizagens, os quais são colocados em prática.

Baseando o *debriefing* não só nesta teoria, mas também na evidência científica, a sua execução pode ser orientada em distintas fases, as quais devem contemplar: reação/descrição, análise e sumarização/aplicação ^(4,6). No entanto, em todas elas o *team leader* deve conduzir a sessão, colocando questões projetadas para gerar reflexão e discussão da equipa com o objetivo de gerar conhecimento e aprendizagem ⁽¹⁾.

Em seguida, tendo por base evidência científica fidedigna e recomendada ^(1, 4, 6), apresentam-se orientações quanto às fases de implementação do *debriefing*, as quais foram adaptadas ao contexto do serviço.

Fase I – Reação – Nesta etapa, a qual se segue imediatamente após o evento crítico, a equipa multidisciplinar envolvida deve reunir-se para discutir sobre o sucedido. Nesta fase, ocorre a descrição da situação vivenciada ^(4, 6).

O *team leader* deve, inicialmente, explicar as regras de funcionamento da sessão, nomeadamente a obrigatoriedade de respeito entre todos, fomentando um espaço livre de ofensas e críticas destrutivas, reforçando a ideia de que cada elemento tem o seu tempo para se expressar e participar ativamente. Além disso, deve ainda explicar os objetivos do *debriefing*, os quais vão de encontro à situação experienciada, sentimentos envolvidos, aspetos positivos e a melhorar.

Exemplos de questões condutoras:

- Na vossa opinião, o que aconteceu em específico?
- Houve algum imprevisto?
- Como se sentiram face ao sucedido?

Fase II – Reflexão e Entendimento

Nesta etapa, ocorre a análise da situação vivenciada, sendo essencial que o *team leader* conduza as questões para o desempenho da equipa durante a situação fomentando a reflexão conjunta e, posteriormente, a aprendizagem. A prática clínica deve ser desconstruída em ações específicas que ocorreram durante o evento crítico para que possam ser explorados detalhadamente ^(4, 6).

Exemplos de questões condutoras:

- Na vossa opinião, o que correu bem?
- O que teríamos feito de forma diferente e qual seria o resultado?
- O que podemos melhorar?
- Como podemos melhorar?
- O que aprendemos com esta situação?
- O que devemos manter em eventos futuros?
- O que devemos reforçar em situações futuras?

É importante que haja espaço para que todos expressem a sua opinião, incluindo os elementos mais inexperientes. Após todos se expressarem, o *team leader* deve reforçar os principais pontos a reter, recorrendo ao reforço positivo da equipa ^(4, 6).

Além disso, ainda nesta fase, é importante reter informações acerca da aplicação de novas aprendizagens no futuro, motivo pelo qual as conclusões a que se chegarem devem ser documentadas, nomeadamente os aspetos positivos e aqueles que devem ser melhorados em próximas situações críticas semelhantes (Anexo I).

Fase III – Partilha e Descompressão

Nesta fase, é importante dar espaço a todos os elementos da equipa para expressarem sentimentos e emoções que os possam perturbar, fomentando o apoio entre pares, a melhoria de mecanismos de *coping* e o espírito de equipa.

Exemplos de questões condutoras:

- O que sentem neste momento?
- Alguém quer partilhar alguma particularidade significativa?

Após esta última fase, deve ser realizada a formalização da aprendizagem, em género de síntese, reforçando a aplicação da mesma em situações futuras, seguindo-se a finalização da sessão de *debriefing* ^(4,6).

IV. Referências Bibliográficas

- (1) AFS. (2014). *Debriefing: Análise da Aprendizagem Experiencial*. Obtido em 7 de Junho de 2021, de AFS Intercultural Programs: <https://d22dvihj4pfop3.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/27/2019/02/13111021/Debriefing-analisedaAprendizagemExperiencial.pdf>
- (2) Bagorriha, T., & Pereira, M. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. Obtido de Repositório Comum: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- (3) Gregório, C., & Lobão, C. (27 de novembro de 2017). O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória. Obtido de IPEiria: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%20a7%20a30_debriefing%20bc%20a1tia%20greg%20b3rio.pdf
- (4) Jaye P, T. L. (2015). 'The Diamond': a structure for simulation debrief. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26009951/>
- (5) Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698
- (6) Rudolph JW, S. R. (2008). Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. Obtido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18945231/>

Anexo I – Folha de Registo de Sessão de *Debriefing*

Sessão de <i>Debriefing</i> Pós-Evento Crítico Complexo	
Situação (descrição):	Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___ h ___ Local: _____
Elementos da Equipa Multidisciplinar: _____ _____	
Aspetos positivos:	Aspetos a melhorar:
Outras Observações:	

Apêndice J – Póster Ilustrativo: Avaliação do doente crítico – Metodologia ABCDE

Anexos

Anexo I - Classificação de Grupos Assistenciais (Palacios, et al. 2010)

Grupo Assistencial	Suporte Vital
A	Suporte total
B	Suporte total, exceto reanimação cardiopulmonar
C	<p>C₁ Medidas invasivas condicionadas Se existe dúvida se o doente se encontra na fase final da sua doença, ou se existir algum processo intercorrente potencialmente reversível, cujo tratamento poderia revertê-lo para a situação basal. Negociar a ventilação mecânica (ou o suporte vital que se decida), por um período de tempo razoável, suficiente para descartar a existência de um processo intercorrente sobreposto e retirá-lo uma vez que se tenha descartado esta esperança.</p> <p>C₂ Sem medidas invasivas consensuais Para efeitos de classificação, entendem-se por medidas invasivas, a ventilação mecânica com intubação traqueal, a técnica de depuração extra-renal descontínua (diálise), ou contínua (hemofiltração), ou a assistência circulatória mecânica, entre outras. Constituem medidas aceitáveis, a oxigenoterapia, a fisioterapia e controle das secreções respiratórias, a ventilação não invasiva com máscara facial, o tratamento da insuficiência renal com fluídos e diuréticos, e da falência circulatória com fluídos, assim como com medicamentos inotrópicos vasoativos, etc.</p> <p>C₃ Sem incorporação de novas medidas A evolução desfavorável torna improvável a recuperação ou a qualidade de vida. Como não existe evidência suficiente de irrecuperabilidade, mantém-se o nível de cuidados, mas sem adição de novas medidas, exceto as que tenham caráter paliativo.</p> <p>C₄ Retirada de todas as medidas, exceto básicas e ventilação mecânica Doentes sem expectativas de recuperação. As medidas limitam-se a cuidados básicos e, sobretudo, ao tratamento da dor, sem esquecer que alguns procedimentos habituais causam um mal-estar desnecessário. As medidas que são retiradas ou não se instauram incluem a nutrição parentérica, os antibióticos, a depuração extra-renal, a monitorização hemodinâmica, os fármacos vasoativos, assistência circulatória mecânica, etc.</p> <p>C₅ Retirada da ventilação mecânica 1. Retirada gradual do suporte ventilatório a cargo do ventilador 2. Retirada imediata da ventilação mecânica</p>
D	<p>Morte encefálica Retirada de todo o tipo de medidas, exceto em dadores de órgãos.</p>

3 Classificação de Grupos Assistenciais. (Fonte: Adaptados de Palacios, et al. 2010)