

Relatório de estágio de natureza profissional

Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-traumático
na Pessoa em Situação Crítica

Cristiana Araújo nº 37469

**CICLO DE ESTUDOS: Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgico na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Vila Nova de Famalicão, 29 de Julho de 2025

Cristiana Araújo nº 37469

Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-traumático
na Pessoa em Situação Crítica

Relatório de estágio de natureza profissional

Trabalho realizado sob a Orientação de
Professora Doutora Isabel Araújo

**CICLO DE ESTUDOS: Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgico na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Vila Nova de Famalicão, 29 de Julho de 2025

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Agradecimentos

Ao longo deste percurso académico, contei com o apoio de várias pessoas que me motivaram a prosseguir com determinação, reforçando constantemente a importância de acreditar e a dar o melhor de mim. E por isso, este trabalho é muito mais do que um requisito académico — é o reflexo de um caminho partilhado com todos os que, de forma direta ou indireta, me apoiaram, inspiraram e sustentaram nos momentos mais difíceis.

A todos os professores, pela partilha de saberes, experiências e inspiração. Um agradecimento especial à Professora Doutora Isabel Araújo, pela orientação próxima, pela escuta atenta, pela disponibilidade constante e pelo incentivo nos momentos de maior incerteza.

Aos enfermeiros orientadores e às equipas que me acolheram ao longo dos diferentes contextos de estágio, pela disponibilidade, pela partilha generosa de conhecimentos e experiências, pela exigência construtiva e pelo exemplo profissional que me ajudou a crescer, não só enquanto enfermeira, mas também como pessoa.

Ao meu marido, pelo amor, paciência e apoio incondicional. Foste o meu pilar em todas as horas — mesmo nas mais difíceis. Agradeço-te por acreditares em mim, mesmo quando as forças me faltavam.

Aos meus filhos, deixo um abraço apertado e um beijo demorado. Este trabalho tirou-me horas convosco que jamais recuperarei, mas tudo foi feito por vós e para vós — para vos mostrar que vale a pena lutar pelos nossos sonhos.

Aos meus pais, à minha irmã Vera, à minha tia Fátima, pelo apoio incansável e generosidade sem limites. Obrigada por cuidarem dos meus filhos, por nunca dizerem que não, por estarem sempre presentes com o coração aberto. Sem vocês, este caminho não teria sido possível.

Aos “novos e velhos” amigos e colegas de trabalho, obrigada por cada palavra de incentivo, por cada gesto de carinho e por serem ombro e abrigo nos momentos de desalento e cansaço.

A todos, o meu mais profundo e sentido obrigado!

" A esta hora e neste sítio (miocárdio ventricular esquerdo) é a abstrata vida que me assalta. Eles não sabem que o seu coração pulsa, ferido, no meu coração, que a minha dor alheia vagarosamente mata os seus sonhos, os seus sentidos, os seus dias visíveis e invisíveis, a linha dos telhados ao longe sobre o céu. Como saberiam (com que palavras exteriores?) que existem dentro de mim de um modo fora de mim, os parentes, os amigos, a vaga enfermeira da noite, que enquanto o meu único coração morre na minha cabeça a luz do quarto se apaga para sempre e o silêncio se fecha sobre os corredores? No quarto ao lado alguém a noite passada morreu, provavelmente eu. Os livros, as flores da mesa de cabeceira conhecerão estas últimas coisas em algum sítio da minha alma"

Manuel António Pina in Cuidados Intensivos, 1994

Lista de Siglas

CCIRA - Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

CESPU - Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

CPCIRA - Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

CPX - Postos de Comando

DPI - Diário da Pessoa Internada

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMSST - Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

EEH - Emergência Extra-Hospitalar

EEL - Equipa de Emergência Interna

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP - Estágios de Natureza Profissional

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

ERE - Enfermeiro Responsável de Equipa

HIC - Hipertensão Intracraniana

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

iTEAMS - INEM Tool for Emergency Alert Medical System

MR – Médico Regulador

OBS - Observação

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PIC - Pressão Intracraniana

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

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

PQCEE - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

PTM - Protocolo de Triagem de Manchester

RENP - Relatório de Estágio de Natureza Profissional

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRESP - Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviços de Medicina Intensiva

SMIP - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPT - Stress Pós-Traumático

START - Simple Triage and Rapid Treatment

SU - Serviços de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TEPH - Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM - Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UP - Úlcera de Pressão

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva

VV - Via Verde

VVAVC - Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC - Via Verde Coronária

WHO - World Health Organization

Índice

Introdução	1
Capítulo I – O Caminho Percorrido para o Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC – PSC)	4
1. A Teoria das Transições e o Cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC).....	4
2. Contextualização do Contexto Clínico	11
2.1 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC)	11
2.2 Unidade de Emergência Extra-Hospitalar (EEH).....	13
2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP).....	16
3. Pressupostos Teóricos Orientadores do Desenvolvimento de Competências Gerais do Enfermeiro Especialista (EE).....	17
3.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (EE).....	18
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal.....	18
3.1.2. Domínio da Gestão de Cuidados	23
3.1.3. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	27
3.1.4. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	30
4. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica (PSC): Das Atividades Desenvolvidas às Competências Específicas Adquiridas	37
4.1. Cuidar a Pessoa, a Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica ou Falência Orgânica.....	37
4.2. Dinamização de Respostas em Emergências, Exceção e Catástrofe.....	48
4.3. Prevenção e Intervenção de Controlo de Infecção Resistência Antimicrobianos na Pessoa em Situação Crítica (PSC) ou Falência Orgânica	52
4.4. Contributo da Componente Clínica para o Desenvolvimento Pessoal e Profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC).....	58

Capítulo II - A Prática de Cuidados Baseada na Evidência	60
1. Revisão Integrativa da Literatura (RIL): Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em Doentes de Cuidados Intensivos	60
1.1. Enquadramento Conceptual	61
1.2. Método	63
1.3. Resultados	64
1.4. Discussão	70
1.5. Nota Conclusiva	72
2. Desenvolvimento de Competências Científicas e Académicas Através do Trabalho de Investigação no Mestrado	73
Conclusão	75
Referências Bibliográficas	77
ANEXOS	I
ANEXO I - Certificado de participação no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24	II
ANEXO II - Certificado de palestrante no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24	III
ANEXO III - Certificado de apresentação de poster no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24	IV
ANEXO IV - Certificado de apresentação de poster no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24	V
ANEXO V - Certificado de participação no 1 ^a Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico	VI
ANEXO VI- Certificado de participação no 2 ^a Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano	VII
ANEXO VII- Certificado de apresentação de poster no 2 ^a Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano	VIII

ANEXO VIII- Certificado de apresentação de poster no 2ª Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano IX

ANEXO IX- Certificado de aproveitamento no curso de Formação Via Verde AVC.....X

ANEXO X- Certificado de aproveitamento no curso de Formação Via Verde Coronária..XI

ANEXO XI- Artigo publicado em revista científica: “Diário como ferramenta para mitigar o stress pós-traumático em doentes de cuidados intensivos: Revisão integrativa”XII

APÊNDICES.....XVII

APÊNDICE I - 3º ciclo de Webinares SMI: "Escrever para Curar: Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em doentes de Cuidados Intensivos"XXIV

APÊNDICE II - Sessão de Formação SUMC XL

APÊNDICE III - Poster SE..... LIII

Índice de Figuras

Figura 1 – Método de seleção dos artigos	64
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Síntese da Evidência Científica.....	65
---	----

Resumo

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENPN), integra-se no 1º curso do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), lecionado no Instituto Politécnico de Saúde do Norte da Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), na Escola Superior de Saúde do Vale do AVE. O percurso formativo contemplou estágios nos contextos do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC), na Unidade de Emergência Extra-hospitalar (EEH) e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), tendo como principal objetivo descrever e evidenciar a aquisição de competências avançadas, técnicas, científicas e relacionais, inerentes às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na PSC.

A prática clínica desenvolvida em contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade consolidou capacidades essenciais à prática especializada, promovendo uma resposta eficaz, fundamentada e centrada na PSC.

Adicionalmente, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL) que explorou a relevância do diário em cuidados intensivos enquanto estratégia promotora da humanização e mitigadora do Stress Pós-Traumático (SPT) em doentes de cuidados intensivos. Os resultados evidenciaram o seu contributo na reorganização das memórias, redução da ansiedade, melhoria do padrão de sono e atenuação dos sintomas de SPT, promovendo ganhos em saúde e qualidade de vida do doente após alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

A articulação entre a prática especializada e a investigação fundamentada, permitiu um percurso formativo sólido, concebendo uma nova visão na procura incessante pela qualidade, excelência e respeito pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem (PQCEE) à PSC.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; enfermagem médico-cirúrgica; enfermeiro especialista; unidade de cuidados intensivos; diário de cuidados intensivos; stress pós-traumático; humanização de cuidados

Abstract

This final report is part of the 1st Master's Degree course in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in the Care of the Critically Ill Person, taught at the Instituto Politécnico de Saúde do Norte – CESPU, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave. The training pathway included clinical placements in the Medical-Surgical Emergency Department (SUMC), the Extra-Hospital Emergency Unit (EEH), and the Multipurpose Intensive Care Unit (UCIP), aiming to describe and demonstrate the development of advanced technical, scientific, and relational competencies, aligned with the core and specific skills required of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the care of critically ill patients.

Clinical practice in highly complex and unpredictable contexts enabled the consolidation of essential competencies for specialized nursing care, fostering an effective, evidence-based, and person-centered approach.

Additionally, an Integrative Literature Review (ILR) was conducted to explore the relevance of the intensive care unit diary as a strategy for promoting humanized care and mitigating Post-Traumatic Stress (PTS) in critically ill patients. The findings highlight its contribution to reorganization of memory, reduction in anxiety, improvement in sleep pattern, and mitigation of PTS symptoms, thereby promoting health and enhancing quality of life after discharge from the ICU setting.

The integration of specialized practice with evidence-based research enabled a solid educational journey, fostering a renewed perspective in the continuous pursuit of quality, excellence, and adherence to the Standards of Quality in Specialized Nursing Care for the Critically Ill Person.

Keywords: Critically ill person, medical-surgical nursing, specialist nurse, intensive care unit; intensive care unit diary, post-traumatic stress; humanization of care.

Introdução

Com a evolução do conhecimento que o ser humano alcança, a ciência e as disciplinas que com ele coexistem, sofrem uma colossal imposição para o acompanhamento deste fenómeno. A preocupação com o alcance da verdade do conhecimento, do “saber porque fazer”, a carência de explorar para executar a melhor prática e a evolução da sociedade e dos avanços tecnológicos, gerou nas profissões modernas, a busca pela explicação científica da atuação profissional e do seu estatuto na investigação. A Enfermagem, ao longo dos anos, sentiu a necessidade do seu avanço enquanto profissão fundamentada na ciência e na investigação, com um pensar próprio, característico e singular. Para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem baseados em conhecimento científico atualizado, a formação permanente dos enfermeiros é já uma exigência longinquamente reconhecida quer pelos profissionais, quer pelas instituições de saúde e organismos governamentais. A contínua formação, a participação ativa em investigação científica e a prática baseada na evidência são requisitos para a excelência do exercício profissional de todos os enfermeiros, para a concretização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem (PQCEE) e até para o cumprimento da primordial Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

A área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC) tem como alvo dos cuidados a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou iminente falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência é dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ministério da Saúde 2018). Os cuidados prestados são altamente qualificados e contínuos, sendo uma resposta às necessidades da PSC, contribuindo para manter as funções vitais, antecipando complicações, limitando incapacidades e procurando antever a recuperação total (Ministério da Saúde, 2018).

Este Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENPF) surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado na área de Especialização em EMC desenvolvido pela CESPU.

Pretendo com a elaboração deste relatório evidenciar o percurso desenvolvido nos diferentes percursos de estágio, através da descrição e análise das competências desenvolvidas na assistência de enfermagem à PSC, apresentando as linhas norteadoras do meu desempenho para uma prática sustentada na evidência científica e refletindo sobre as ações realizadas e suas implicações no cuidado. Assim, este relatório tem como principal

objetivo analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes campos de estágio, de forma a atingir os objetivos gerais e específicos delineados para este percurso, bem como servir de instrumento de avaliação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC.

Enquanto orientadora do pensamento e da intervenção dos ensinamentos clínicos, recorri à Teoria de Médio Alcance das Transições, desenvolvida por *Afaf Meleis*. Esta teoria introduz o conceito de transição, que tem assumido uma importância crescente no desenvolvimento teórico da enfermagem (Almeida, 2010). Parte do princípio de que “os enfermeiros (...) tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições que se avizinham e facilitam o processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde e de doença” (Meleis et al., 2000, p. 13).

O relatório tem também uma componente de investigação que aborda a importância do Diário da Pessoa Internada (DPI) em cuidados intensivos, como ferramenta para mitigar o stress pós-traumático em doentes de cuidados intensivos.

Estruturalmente este RENP encontra-se dividido em dois capítulos principais, sendo que cada um se encontra subdividido em temáticas específicas que permitem uma abordagem aprofundada e sistematizada dos contextos de estágio, das competências adquiridas e desenvolvidas, bem como da componente de investigação, articulando teoria, prática e evidência científica.

No primeiro capítulo procede-se à contextualização teórica do percurso formativo, com destaque para a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* como referencial orientador da prática especializada em Enfermagem à PSC. Procede-se ainda, à análise e reflexão crítica da aquisição de competências onde é feita a apresentação detalhada de cada serviço onde decorreram os diferentes estágios, bem como, de toda a aprendizagem enquanto estudante da especialidade que me permitiu o ganho de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista (EE) em EMC e especificamente na PSC.

No segundo capítulo, é apresentada uma revisão integrativa da literatura (RIL), com menção ao enquadramento conceptual que suporta a relevância da investigação e apresentação do material e método utilizados, assim como os resultados, a sua discussão e principais evidências extraídas do estudo. Ainda, são descritos os principais contributos deste estudo para o desenvolvimento das competências associadas ao grau de mestre, como também para a prática atual e futura.

Seguidamente, é incluída uma breve conclusão deste relatório, onde é expressa a reflexão efetuada sobre todo este processo, bem como sobre as dificuldades inerentes à sua execução, e as principais competências adquiridas. Por fim, encontram-se as referências bibliográficas que deram suporte teórico-científico à realização deste relatório, conforme a norma da *American Psychological Association* na sua 7ª edição (American Psychological Association, 2020).

Para concretização do presente relatório procedeu-se a uma extensa pesquisa e revisão bibliográfica, maioritariamente realizada em base de dados científicas digitais.

A redação do documento seguiu as normas do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/2011 publicado no DR, 1.ª série - N.º 17 de 25 de janeiro de 2011, excetuando-se as citações diretas de autores.

O relatório encontra-se formatado e estruturado segundo o Guia de Normalização Técnico-Científica do Instituto Politécnico de Saúde do Norte - CESPU.

Capítulo I – O Caminho Percorrido para o Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC – PSC)

O percurso através dos diferentes Estágios de Natureza Profissional (ENP), visaram o desenvolvimento e a aquisição de competências técnicas e científicas específicas do EEEMC - na área de especialização da PSC. A aquisição das competências inerentes ao cuidado especializado, abrangendo tanto a sua globalidade quanto a sua especificidade, constituíram a linha orientadora dos objetivos propostos para a minha atuação durante os diferentes ENP.

Neste capítulo que inaugura este RENP é abordada uma teoria de enfermagem, considerada relevante para o desenvolvimento da inter-relação entre a teoria e a prática, extrapolando os seus contributos para a prática clínica ao nível dos cuidados à PSC. Posteriormente é efetuada a apresentação dos diferentes serviços onde decorreram os estágios e por fim, a análise e reflexão sobre o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, tanto comuns quanto específicas, conforme delineado nos regulamentos nº 140/2019 e nº 429/2018, contextualizando a estrutura, funcionamento e contribuição das experiências vivenciadas nos contextos reais de trabalho, conforme regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018, 2019). Esta análise crítico-reflexiva dos momentos de aprendizagem teve como objetivo alcançar um nível de competência superior e especializado.

1. A Teoria das Transições e o Cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC)

As teorias de enfermagem orientam a prática clínica ao promoverem reflexão e fundamentação das intervenções. A sua aplicação fortalece o raciocínio clínico e melhora os resultados em saúde (Santos et al., 2019). *Afaf Meleis* destaca-se pelo desenvolvimento do conceito de “transição”, considerado central na enfermagem, por refletir os processos vivenciados pelos clientes e as suas respostas em termos de saúde (Meleis et al., 2010; Chick & Meleis, 1986)

A transição é entendida como um processo dinâmico de mudança de um estado, condição ou papel, envolvendo tempo, movimento e adaptação a novas realidades. Implica

alterações no estado de saúde, nas relações, expectativas ou competências, exigindo ao cliente a aquisição de novos conhecimentos (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2010). Com base na análise da estrutura da transição, Meleis et al. (2010) desenvolveram uma teoria de médio alcance, centrada neste conceito como “foco” do seu quadro conceptual. As transições decorrem em etapas, com pontos de viragem identificáveis, sendo marcadas por mudanças comportamentais, cognitivas e na definição do *self* (Meleis et al., 2000).

De acordo com Meleis et al. (2000), tendo em conta a sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos, nomeadamente, desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) e de saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença).

As transições podem apresentar também diferentes padrões, podendo ter um padrão simples (única transição) ou múltiplo; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. As transições possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, tais como: a consciencialização, o empenhamento, a mudança e diferença, o espaço temporal da transição, os eventos e pontos críticos. Estas propriedades são parte de um processo complexo e não são elementos isolados, relacionando-se entre si (Meleis, 2010).

A transição compreende as continuidades e descontinuidades nos processos de vida dos seres humanos, levando necessariamente a mudanças e desenvolvimentos. Pressupõe um período de maior vulnerabilidade e após este ser ultrapassado, a transição torna-se essencialmente positiva, o que leva a pessoa a um nível de maior estabilidade (Meleis et al., 2000). A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição e é uma característica definidora da mesma, uma vez que, a ausência de consciencialização indica que a experiência de transição pode não ter sido iniciada. O seu nível tem influência no nível do empenhamento, que é definido como o grau de envolvimento da pessoa no seu processo de transição. Só pode ocorrer empenhamento depois da consciencialização das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais (Meleis, 2010). Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental compreender e descrever os seus efeitos e significados. Para isso estas devem ser exploradas segundo a sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos

críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas percepções, identidades, relações e rotinas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A diferença é uma outra propriedade da transição que se relaciona com as expectativas não correspondidas ou divergentes, como por exemplo, sentir-se diferente, perceber-se como diferente ou ver o mundo e os outros de outra maneira. As transições são também caracterizadas pelo espaço temporal da transição, ou seja, por um fluxo e movimento ao longo do tempo, tendo início com os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade e confusão até um eventual fim, altura em que é atingida novamente a estabilidade (Meleis, 2010). Os eventos e pontos críticos estão, frequentemente, associados com a consciencialização da mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição, podendo ocorrer, por exemplo, ao lidar com situações tais como a morte ou o de diagnóstico de uma situação crítica (Meleis, 2010).

Cada ponto crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos. Compreender as transições exige conhecer os fatores individuais, comunitários e sociais que influenciam a adaptação, a reformulação da identidade, o domínio de novas habilidades e a mudança de comportamentos (Meleis et al., 2000). Relativamente aos condicionantes pessoais, são incluídos os significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição, as crenças e atitudes culturais que podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição. Uma condição socioeconómica mais limitada está associada a uma maior vulnerabilidade a sintomas psicológicos dificultadores da transição, e a preparação e o conhecimento prévio são facilitadores da transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um fator inibidor, ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). As condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos, de representação social e de estereótipos, podem dificultar ou facilitar a transição (Meleis et al., 2000).

Uma transição saudável depende dos padrões de resposta do indivíduo, avaliados por indicadores de processos e resultados, que refletem a progressão para o bem-estar ou para a vulnerabilidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Os indicadores de processo compreendem o sentir-se e estar ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde), o interagir (com pessoas na mesma

situação, profissionais de saúde, cuidadores e familiares) de forma a clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições, o estar situado (no tempo, espaço e relações) de forma a permitir a desconexão com o passado para enfrentar novos desafios e o desenvolver confiança e *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança e desenvolvimento de estratégias para adquirir confiança e enfrentar a situação (Meleis et al., 2000 e Meleis, 2010). Como indicadores de resultado é referida a mestria (domínio de novas competências) e a integração da identidade fluida (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para o desenvolvimento de novas competências é imprescindível para uma transição bem-sucedida, sendo os dois, essenciais para um processo de transição saudável (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A teoria de Meleis tem uma aplicação direta nas transições vivenciadas pela PSC, uma vez que esta atravessa múltiplas transições simultâneas e complexas, acarretando transformações significativas na sua conceção de vida (Azevedo, 2020).

Tais mudanças incluem processos de resposta e adaptação a um novo estado de saúde-doença, que pode envolver a transição de uma doença crónica para uma condição aguda e/ou a agudização de uma doença crónica (Chaboyer et al., 2005; Meleis, 2010), assim como uma transição de cuidados altamente especializados, técnicos e individualizados para uma abordagem mais generalista; de uma alteração na perceção de segurança associada a uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), anteriormente familiar, para um estado de vulnerabilidade e imprevisibilidade; da progressão da sobrevivência para a recuperação; e, ainda, na transição da "impotência adquirida" para a independência (Ramsay et al., 2013).

Simultaneamente, a família da PSC vivencia uma transição situacional decorrente da experiência do processo de transição saúde-doença de um dos seus membros, o que implica a necessidade de redefinição de papéis no núcleo familiar (Meleis et al., 2000). Neste contexto, a família passa também a ser considerada cliente de enfermagem (Mendes, 2015). A PSC e os seus familiares necessitam, "(...) de cuidados competentes e de perícia até à recuperação da transição. Quando os doentes e suas famílias não são cuidados durante essas transições experienciam muitas complicações" (Meleis, 2010 p. 1). Segundo Meleis (2010), os enfermeiros, pela posição privilegiada que ocupam nas equipas multidisciplinares, devem avaliar e identificar as necessidades individuais do doente e das famílias, bem como as perdas ocorridas durante o processo de transição, de modo a estabelecer intervenções terapêuticas de enfermagem adequadas a cada doente/família. Devem ainda garantir uma

adaptação gradual e a otimização dos cuidados prestados, com a finalidade de assegurar a recuperação plena e a melhoria da qualidade de vida do doente (Meleis, 2010).

O processo de consciencialização da situação real que afeta a PSC deve ser fomentado. Primeiramente, é fundamental que o doente compreenda o seu estado de saúde atual e o seu grau de autonomia (Antunes, 2022). Para tal, deve receber informações claras, personalizadas e adaptadas às necessidades específicas, o que proporcionará um sentido de coerência. Somente após esta consciencialização é que se poderá trabalhar o empoderamento do doente e o seu envolvimento nos cuidados prestados (Antunes, 2022). O processo de empoderamento, tem sido descrito como um conceito fundamentado em relações mútuas e de confiança, por meio das quais os doentes podem desenvolver forças e estratégias, ou como um processo que gera um sentido de força interior, através da conexão com os profissionais de saúde (Wahlin, 2017).

De acordo com Lenaghan (2019), os cuidados de transição enfatizam a importância da capacidade dos doentes de se auto-defenderem e de se envolverem ativamente nos seus cuidados. Com a evolução do seu estado clínico, a PSC passará a realizar, de forma autónoma, o máximo possível de ações, o que promove um sentimento de conforto e de retorno à "normalidade", embora dentro das suas limitações impostas pela sua condição. Segundo um estudo de Cuzco et al. (2022), os doentes relataram que o *feedback* recebido em relação aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros e o acompanhamento nas diversas atividades, foram elementos cruciais para a sua evolução, contribuindo para o aumento da confiança e da auto-estima. Neste contexto, o enfermeiro ao providenciar uma relação terapêutica focada na compreensão das necessidades e objetivos do doente, é um elemento-chave para facilitar o seu processo de transição (Cuzco et al., 2022).

Paralelamente revela-se também decisivo a identificação precoce das condições que facilitam ou dificultam a transição para o sucesso da intervenção do enfermeiro para uma vivência saudável do doente e da sua família neste processo (Meleis, 2010). Devem assim ser reconhecidas condições facilitadoras ou inibidoras de origem pessoal, social ou comunitária que podem influenciar o decurso de uma transição (Meleis, 2010). As crenças e atitudes culturais da PSC e família destacam-se enquanto condições pessoais que, segundo Meleis et al. (2000), exercem influência muitas vezes negativa, na experiência da transição. Nesse sentido, torna-se fundamental que o enfermeiro estabeleça uma relação de confiança com o doente e família, capaz de facilitar a verbalização de crenças e a reedificação de construtos mais aproximados da realidade. A participação do doente e dos familiares no plano de cuidados, o seu envolvimento nas tomadas de decisão, o conhecimento da condição

de saúde/doença e do plano terapêutico da PSC, bem como a aquisição de estratégias para a gerir o evento crítico, facilitam a transição, enquanto a imposição de distanciamento entre família e PSC, informação insuficiente ou contraditória do que é expectável funcionam como inibidores de uma transição saudável (Antunes et al., 2021). Segundo Hardin (2012) e Wahlin (2017), a PSC considera que a família é fonte de inspiração e motivação para lutar e fortalecer o seu espírito de vida.

Considerando estes pressupostos, o diário de UCI, enquanto intervenção terapêutica de enfermagem, constitui uma estratégia promissora de promoção para uma transição saudável. A sua utilização, permite atuar como ferramenta de consciencialização tanto para o doente (posteriormente à alta), como para a família durante o internamento em UCI. Este instrumento permite à equipa multidisciplinar e familiares, registar eventos significativos ocorridos durante a hospitalização, ajudando a clarificar a experiência vivida pelo doente. Além disso, reforça a ligação entre os profissionais de saúde, o doente e a família, e contribui para a reestruturação da narrativa pessoal, promovendo, assim, a integração de identidade após a alta hospitalar.

Paralelamente, a presença ativa e o envolvimento da família na leitura ou preenchimento do diário contribuem para minimizar sentimentos de impotência, fortalecer o apoio emocional mútuo e reforçar o seu papel como condicionante facilitador da transição (Nielsen et al., 2020).

Na transição dos cuidados da PSC, os padrões de resposta são conceptualizados como indicadores de processo, e evidenciam-se através de manifestações como ansiedade, irritabilidade, stress, depressão, expressões de incerteza e sentimentos de desconexão (Cuzco et al., 2022). A identificação dos indicadores de processo no doente permite uma avaliação precoce e intervenção dos enfermeiros (Schumacher & Meleis, 1994). Além disso, essa avaliação facilita a obtenção de indicadores de resultado, como o domínio de novas habilidades e comportamentos, refletindo-se no bem-estar emocional e na satisfação do doente (Stelfox et al., 2017; Cuzco et al., 2022). Stelfox et al. (2017) indicam que a satisfação do doente está fortemente correlacionada com a obtenção de informações, com respostas adequadas às suas questões, com a consulta da equipa médica da unidade de destino antes da transição de cuidados e a (re)avaliação realizada pela equipa de enfermagem após a admissão na nova unidade.

Neste contexto, o diário de UCI operacionaliza, de forma concreta, os padrões de resposta, promovendo, ao nível dos indicadores de processo, o sentimento de ligação (à

rede de apoio familiar e profissional), a interação significativa (através da partilha e reconstrução do percurso vivido), o estar situado (compreensão contextual da experiência de internamento em UCI) e o desenvolvimento de confiança e *coping* (através do reforço da capacidade para lidar com a situação adversa). Para além disso, ao nível dos indicadores de resultado, o diário potencia a mestria, permitindo à PSC atribuir sentido e significado à sua experiência de internamento, e favorecer uma integração fluida da identidade, adaptada à nova realidade vivida. A reconstrução narrativa proporcionada por esta ferramenta contribui para uma transição mais consciente, participada e emocionalmente integrada, alinhando-se com os princípios da prática de enfermagem humanizada, reflexiva e centrada na pessoa e na família.

Deste modo, o enfermeiro assume uma função fundamental no apoio à PSC e às suas famílias, disponibilizando as ferramentas necessárias para fomentar a confiança e a segurança ao longo de todo o processo. Este apoio deve ser orientado para a promoção da capacitação da PSC e das famílias, com o objetivo de fortalecer a sua resiliência e recursos, de forma a mitigar as possíveis consequências adversas da situação a longo prazo (Antunes, 2021). A parceria nos cuidados que abrange a PSC, a sua família e o enfermeiro é considerado facilitador da capacitação (Lindberg et al., 2015). O processo de capacitação requer compromisso combinado com relacionamentos nutritivos e interativos construídos na confiança e respeito mútuos. Os benefícios de melhorar a capacitação da PSC são extensos e são usufruídos não só pela PSC, mas por todos os elementos da tríade (Lindberg et al., 2015).

Em síntese, a Teoria das Transições, de *Afaf Meleis*, constitui um referencial teórico essencial no cuidado à PSC. Define a transição como um processo dinâmico e interativo de mudança, associado à vulnerabilidade, que requer adaptação progressiva e reformulação identitária. A sua aplicação na prática de enfermagem destaca a importância de uma abordagem centrada na pessoa e na família, promovendo participação ativa, estratégias de coping eficazes e apoio continuado ao longo do processo de transição.

Em cenários clínicos de elevada complexidade, onde a instabilidade vital é uma constante, o enfermeiro assume um papel determinante, não apenas na monitorização e suporte das funções vitais, mas também na prestação de cuidados holísticos, contínuos e personalizados. Estes cuidados devem ser sensíveis aos fatores pessoais, familiares, sociais e organizacionais que influenciam a vivência da transição, valorizando a individualidade de cada pessoa e a sua rede de suporte.

A utilização do diário em UCI, emerge também como uma intervenção terapêutica de enfermagem com impacto significativo. Esta ferramenta promove a consciencialização da experiência de internamento, fortalece os laços entre o doente, a família e a equipa multidisciplinar, facilita a expressão emocional e favorece a atribuição de significado às memórias desfragmentadas, contribuindo para a integração de uma nova identidade coerente com a realidade experienciada.

O alinhamento entre teoria e prática permite ao enfermeiro intervir de forma mais eficaz, orientando o processo no sentido da autonomização, do bem-estar emocional e da reestruturação funcional da PSC.

2. Contextualização do Contexto Clínico

Atualmente, os cuidados de saúde apresentam exigências cada vez maiores, tornando indispensável que a Enfermagem, enquanto ciência, se desenvolva com base na prática e na investigação. Este contributo é essencial para a evolução qualitativa da prestação dos cuidados, assim como para o desenvolvimento de novas competências na área da enfermagem. Deste modo, é fundamental o desenvolvimento de um corpo de conhecimento científico sólido e aplicável à prática clínica. Neste contexto, os estágios de natureza profissional (ENP) assumem um papel crucial. São uma componente essencial da formação académica e profissional, indispensáveis para o aprimoramento de conhecimentos e competências em ambientes clínicos.

2.1. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC)

Os Serviços de Urgência (SU) tornaram-se, progressivamente, a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS), enfrentando desafios significativos que impulsionaram profundas alterações e reformulações, visando responder ao crescente número de admissões.

Em 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu a 'Rede Hospitalar de Urgência/Emergência' com o propósito de garantir o encaminhamento adequado da população para os diversos serviços de saúde, assegurando uma resposta eficiente às necessidades de urgência e emergência. Neste mesmo documento, foram definidos os

conceitos de situações Urgentes e Emergentes como: “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e “situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Ministério da Saúde, 2021, p. 7). Sendo ambas as situações clínicas plausíveis de referenciação para um SU hospitalar.

A Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) determina que o principal objetivo dos SU é a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que requerem atendimento imediato em ambiente hospitalar. O Despacho n.º 10319/2014 regulamenta a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em termos de responsabilidade hospitalar e interação com serviços pré-hospitalares, definindo também os níveis de responsabilidade, organização, recursos humanos, formação, critérios de qualidade, e processos de monitorização e avaliação dos SU (Ministério da Saúde, 2014). Este despacho reestruturou os SU em três níveis: Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP), com base na disponibilidade de recursos e capacidade de resposta.

Realizei o estágio num SUMC, segundo nível da rede de urgência, que apoia os SUB e referencia casos complexos para os SUP (Ministério da Saúde, 2014). Este nível de atendimento integra uma Sala de Emergência (SE) e uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM), contando com equipas multidisciplinares diferenciadas, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros profissionais com formação especializada. A estrutura funcional do SUMC está organizada de forma a assegurar uma resposta célere e eficaz a situações clínicas urgentes e emergentes. Para tal, assume particular relevância a formação contínua dos profissionais, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida (SAV) e no transporte de doentes críticos, bem como a existência de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com gestão integrada (Ministério da Saúde, 2014).

Funcionalmente está dividido em três grandes áreas: Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia e Obstetrícia. A valência de adultos, onde decorreu o estágio, apresenta uma organização funcional bem estruturada, composta por receção e triagem, Salas de Emergência (SE) e de Trauma, áreas clínicas organizadas por prioridade (verde/azul, amarela e laranja), áreas dedicadas a Cirurgia/Ortopedia e Doentes Respiratórios (ADR), Unidade de Observação (OBS), Unidade de Decisão Clínica (UDC), bem

como salas de apoio aos cuidados de enfermagem, farmácia, parque de equipamentos e armazém de consumíveis. O serviço de Imagiologia, localizado no mesmo piso, assegura o apoio diagnóstico permanente, garantindo a realização atempada de exames complementares indispensáveis à avaliação clínica e à tomada de decisão terapêutica no contexto de urgência.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de 96 enfermeiros, sendo que destes faz parte: 1 Enfermeiro Gestor; 4 Enfermeiros em Especialistas em Médico-Cirúrgica; 4 Enfermeiros em Especialista- Reabilitação; restantes enfermeiros de cuidados gerais. A equipa encontra-se dividida em cinco equipas para uma melhor orientação e organização dos recursos. Cada equipa tem o seu enfermeiro responsável, que substitui o Enfermeiro Chefe do Serviço, na ausência deste.

Nos turnos diurnos a equipa de enfermagem a assegurar funções tem um rácio de 20 elementos contando com a presença do enfermeiro gestor e da enfermeira de apoio à gestão e, no turno noturno, estão ao serviço 14 elementos.

A escolha do contexto clínico no SUMC, deveu-se à especificidade que este serviço de urgência comporta, prevendo o desenvolvimento de competências úteis ao contexto de trabalho. A minha experiência profissional atual remete-se a um SUB e considereei que a realização do ENP neste local seria enriquecedora para o desenvolvimento das minhas capacidades técnicas, das minhas competências pré-adquiridas para a excelência na prestação de cuidados e para o desenvolvimento da perícia na área de especialidade, com particular foco na abordagem à PSC. Segundo Silva e Silva (2004), o potencial de desenvolvimento é tanto maior quanto mais rica for a natureza e o número de vivências em contextos diversificados.

2.2. Unidade de Emergência Extra-Hospitalar (EEH)

A EEH tem recebido crescente interesse por parte dos profissionais que integram equipas multidisciplinares, assim como de entidades governamentais, o que tem gerado investimentos substanciais, tanto a nível económico quanto humano. Este empenho visa aprimorar a eficácia na resposta a várias situações clínicas em particular de paragem cardiorrespiratória (PCR).

Com o objetivo de potenciar o crescimento e o desenvolvimento de competências específicas na área de intervenção em situação de PCR, optei por realizar um dos estágios

no contexto do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) - Assistência Extra-Hospitalar, que teve lugar numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa VMER no norte do país.

Este contexto clínico proporcionou-me uma compreensão abrangente do percurso da PSC que necessita de cuidados de Enfermagem Especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, abrangendo desde os cuidados pré-hospitalares, passando pelo SU, até ao internamento numa UCI. Além disso, permitiu-me reconhecer a importância do EEEMC tanto nas ambulâncias de SIV como nas VMER.

A instituição dos serviços de emergência médica em Portugal iniciou-se em 1981, com a criação do INEM, sob a tutela do Ministério da Saúde. Este instituto é incumbido da organização e coordenação do SIEM, que visa garantir uma resposta ágil e eficaz em situações de urgência e emergência médica, através da colaboração de diversos intervenientes do sistema nacional de saúde (INEM, 2020).

O SIEM constitui uma rede complexa que abrange todo o território nacional, incluindo as principais regiões como Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Esta rede envolve uma multiplicidade de agentes, incluindo operadores das Centrais de Emergência 112, técnicos e enfermeiros dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), autoridades policiais, bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, além de profissionais de saúde e de telecomunicações. A eficácia na prestação de cuidados de urgência e emergência depende essencialmente da colaboração e da coordenação entre estes agentes (INEM,2020).

O funcionamento do CODU é garantido por uma equipa de médicos, enfermeiros e técnicos qualificados, que recebem chamadas provenientes do número 112. Realizam triagens rápidas com algoritmos, fornecem aconselhamento, acionam meios de socorro e preparam a receção de doentes referenciados em unidades de saúde (INEM,2020).

Atualmente, existem quatro CODUs ativos, situados no Porto, Coimbra, Lisboa e Faro, que operam em interligação permanente, assegurando a cobertura e a eficiência do sistema em todo o país (INEM, 2013).

Para responder de forma rápida e eficaz em situações de emergência médica extra-hospitalar, o INEM disponibiliza diversos tipos de meios de assistência, cada um com características específicas que satisfazem as diferentes necessidades.

Entre os meios de socorro disponíveis, destaco as ambulâncias de SIV e as VMER, uma vez que o estágio foi realizado em ambos os contextos.

As ambulâncias de SIV são veículos de socorro cuja principal finalidade é a estabilização de vítimas de acidentes ou doenças súbitas em situações de emergência, além de proporcionar acompanhamento e transporte inter-hospitalar de PSC. Estas ambulâncias são predominantemente acionadas para ocorrências classificadas como P1 — situações prioritárias que envolvem risco imediato de vida — representando 98% das chamadas. Por outro lado, são acionadas para ocorrências P3 — em que a vítima é considerada urgente, mas cuja intervenção pode ocorrer dentro de um prazo superior — em apenas 2% dos casos (INEM, 2020). Encontram-se sediadas essencialmente em SUB e são tripuladas por um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) e um enfermeiro do INEM, ambos devidamente habilitados (Ordem dos Enfermeiros [OE],2021). O enfermeiro no meio SIV assume-se como o elemento mais qualificado e a sua intervenção é fulcral, pois cabe-lhe fazer uma avaliação rápida e apropriada da vítima, para uma identificação pronta de focos de instabilidade a fim de dar uma resposta pronta e antecipatória aos mesmos. Neste meio, tive a oportunidade de realizar, na sua maioria, os turnos com uma enfermeira orientadora designada pelos responsáveis do INEM. O fato de contar com um enfermeiro de referência transmite maior segurança e encoraja a partilha de experiências, assim como a discussão das situações vivenciadas e das dúvidas que surgiram ao longo do estágio.

A VMER é um veículo de rápida intervenção e estabilização da vítima em contexto pré-hospitalar, designado para o transporte imediato de uma equipa médica diretamente ao local da ocorrência, sendo acionado exclusivamente para ocorrências prioritárias (P1) (INEM, 2020). A equipa é constituída por um Enfermeiro e Médico, dispõe de equipamento para o SAV em situações do foro médico ou traumatológico. Atuando na dependência direta dos CODU, as VMER têm base hospitalar, funcionando como uma extensão do SU à comunidade. Os turnos na VMER foram realizados com diferentes enfermeiros e médicos, num centro hospitalar que abrange tanto a área urbana quanto a suburbana, proporcionando-me diversas experiências em contextos distintos.

Ambos os meios, aquando de uma ocorrência, são ativados pelo CODU através de um sinal sonoro, seguido de um alerta visual disponibilizado pela aplicação informática INEM Tool for Emergency Alert Medical System (iTEAMS). Este sistema disponibiliza informações cruciais, incluindo o número da ocorrência, as vítimas envolvidas, o motivo da ativação (como doença súbita, trauma ou outras situações), a idade das pessoas bem como a localização da ocorrência, que abrange a morada e os pontos de georreferência (INEM, 2022b) Adicionalmente, são indicados quaisquer outros meios que tenham sido ativados para o local. Além deste sinal sonoro, é enviada uma mensagem para o telemóvel do meio,

notificando a sua ativação, como também poderá ocorrer um contacto telefónico para transmitir informações adicionais consideradas pertinentes.

No que concerne ao meio SIV, a transmissão de dados e informações sobre a ocorrência para o CODU é obrigatória e é realizada após a avaliação da vítima, sendo efetuada através de contacto telefónico ou via rádio, utilizando o Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP). Neste contato, procede-se igualmente à validação terapêutica e ao encaminhamento adequado conforme a situação clínica apresentada.

Em ambas as unidades, desde a saída da base até à chegada ao hospital, é recomendado o envio do status do veículo através da rede SIRESP, na qual cada número do rádio corresponde a uma mensagem predefinida. Este sistema permite não apenas a geolocalização do meio, mas também possibilita ao CODU monitorizar, em tempo real, a evolução da ocorrência, facilitando assim uma gestão eficaz e apropriada dos recursos disponíveis.

Deste modo, a EEH é de cariz multidisciplinar e muito assente no trabalho em equipa, independentemente do contexto onde ocorre. O EE desempenha um papel crucial ao proporcionar uma resposta rápida e eficaz, apoiada num raciocínio ágil, assertivo e ético. Este enfoque visa assegurar uma prática de excelência, em consonância com as evidências disponíveis nesta área (Gaspar,2022).

2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) têm como principal responsabilidade a observação, monitorização e tratamento de pessoas em situação crítica, cuja condição de saúde apresenta potencial de reversibilidade. Estes contextos assistenciais encontram-se estruturados para assegurar a vigilância contínua e o suporte das funções vitais, sendo dotados de equipas multidisciplinares altamente especializadas, compostas por médicos e enfermeiros e outros profissionais de saúde. Paralelamente, os SMI dispõem de recursos materiais, equipamento de alta tecnologia e infraestruturas adequadas, permitindo a prestação de cuidados intensivos eficazes a doentes com uma ou mais funções vitais em risco iminente de falência (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023).

O ENP na UCIP desenvolveu-se no SMIP (Serviço de Medicina Intensiva Polivalente) de um Centro Hospitalar Universitário da região Norte de Portugal. Este SMI encontra-se

subdividido em duas unidades, o SMI1 com 14 camas para doentes de nível III (intensivos) e o SMI2 com 18 camas para doentes de nível II (intermédios). A equipa SMI é composto por 85 enfermeiros, 19 médicos e 29 assistentes operacionais.

A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro gestor, oito enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e dezassete especialistas em EMC. Adicionalmente, vários elementos da equipa encontram-se, atualmente, a frequentar cursos de Mestrado em Enfermagem, nas diversas áreas de especialização, evidenciando um forte investimento na qualificação e desenvolvimento contínuo dos profissionais.

Diariamente, o planeamento de turnos contempla 16 enfermeiros no turno da manhã, distribuídos entre o SMI I (seis enfermeiros), o SMI II (sete enfermeiros) e dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. No turno da tarde, estão escalados 14 enfermeiros, enquanto no turno da noite se encontram em funções 13 enfermeiros. Este planeamento e distribuição varia de acordo com a acuidade dos doentes nas duas unidades.

Em cada turno, está designado um enfermeiro por unidade – geralmente um enfermeiro especialista ou responsável de turno – que assume as funções de coordenação de equipa e supervisão dos cuidados prestados.

3. Pressupostos Teóricos Orientadores do Desenvolvimento de Competências Gerais do Enfermeiro Especialista (EE)

O desenvolvimento das competências do EE assenta em pressupostos teóricos que orientam a prática avançada em enfermagem, garantindo uma prestação de cuidados baseada na excelência clínica, na tomada de decisão fundamentada e na liderança profissional. A evolução da enfermagem enquanto disciplina tem sido sustentada por referenciais teóricos que destacam a importância do pensamento crítico, a autonomia e a humanização dos cuidados. Assim, este capítulo explora os domínios de competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, evidenciando o seu contributo para a qualidade dos cuidados prestados, a segurança do doente e a evolução da prática profissional.

3.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (EE)

O Regulamento n.º 140/2019, publicado no *Diário da República*, ajusta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), garantindo a sua conformidade com as exigências atuais e as melhores práticas em saúde. À luz desta regulamentação o EE é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o desenvolvimento do EE baseia-se num modelo de competências, abrangendo inicialmente competências comuns a todas as especialidades, que evoluem com maior especificidade e individualidade ao longo da prática profissional.

Assim, as competências comuns são partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de atuação. Estas competências manifestam-se através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, bem como pela prestação de suporte efetivo ao exercício profissional especializado nas áreas de formação, investigação e assessoria (OE, 2019). Os domínios de competências comuns do EE, incluem a responsabilidade profissional, ética e legal; a gestão dos cuidados; o desenvolvimento de aprendizagens profissionais; e a melhoria contínua da qualidade. A seguir, descrevo essas competências, destacando as atividades que realizei durante os diferentes ENP.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal

Durante a prática profissional, a ética e deontologia constituem pilares que devem acompanhar a nossa conduta e que têm como pressuposto o valor fundamental da vida humana (OE, 2015). Assim, é fundamental manter uma visão abrangente e uma análise crítica sobre os possíveis conflitos éticos que enfrentamos diariamente, fundamentando a tomada de decisão nos direitos, deveres, valores e princípios que norteiam a profissão (OE,2015). Deve-se, também, considerar o respeito pela autonomia, proteção e segurança dos doentes, promovendo a equidade nos cuidados, bem como a preservação da nossa própria dignidade enquanto profissionais de enfermagem (OE,2015). De forma a atender às especificidades desta competência, procurei orientar toda a minha atuação durante os ENP com decisões fundamentadas pelos princípios éticos, valores morais e normas deontológicas da profissão, os quais foram destacados em várias aulas teóricas. Mantive, de

forma contínua, o respeito pelos direitos humanos universais, promovendo a segurança, privacidade e dignidade do doente, com base na Lei n.º 15/2014, que delinea claramente os direitos e deveres dos doentes nos diferentes serviços de saúde (Assembleia da República, 2014).

Em contexto de urgência, foi mais comum do que seria desejável, encontrar salas sobrelotadas, macas dispersas pelos corredores e tempos de espera acima do desejável. Este cenário, tão frequentemente observado, tornou difícil, mas não impossível, uma prática respeitante de alguns deveres deontológicos, como por exemplo, o respeito pela intimidade do doente, o dever da informação que o doente detém, o dever da humanização dos cuidados e o dever da excelência do exercício profissional.

Assim, e de forma a dar resposta a estes constrangimentos, principiava pela colheita informal do consentimento informado do doente para a execução de cuidados. Como medidas estratégicas mitigantes, recorria ao uso de cortinas divisórias, empregava um tom de voz baixo, e quando o estado clínico do doente o permitia, usava uma área mais reservada. Procurei desenvolver um plano para a resolução de problemas em colaboração com o doente e a sua família, garantindo o máximo respeito pela sua privacidade e dignidade.

Em contexto EEH, onde a atuação frequentemente ocorre no exterior e envolve a realização de procedimentos invasivos, foram implementadas barreiras para salvaguardar os princípios éticos. Estas barreiras eram por vezes criadas através das viaturas de emergência ou por meio de biombo improvisados, utilizando mantas térmicas e casacos, de modo a proteger a privacidade do doente e a obstruir o campo de visão das pessoas nas proximidades. Quando a transferência do doente era viável, todos os procedimentos eram realizados já dentro da viatura de emergência.

No âmbito de estágio em UCI, foi evidente a preocupação em salvaguardar a confidencialidade e a segurança da informação durante a passagem de turno de enfermagem, assegurando que apenas profissionais diretamente envolvidos estivessem presentes. Embora se tratasse de uma UCI em "open space", a individualização de cada unidade de cuidados através de cortinas permitiu garantir a privacidade e a dignidade do doente durante os procedimentos, promovendo cuidados centrados na pessoa e respeitadores dos seus direitos fundamentais.

Um dos dilemas éticos com que fui confrontada, e que considero mais relevante, prende-se com a atuação do Enfermeiro em contexto de SIV, perante uma situação de PCR.

Esta ocorrência destacou-se pela complexidade dos constrangimentos suscitados, abrangendo simultaneamente as dimensões ética, deontológica e jurídico-legal inerentes à prática de enfermagem. Contextualizando, na abordagem da vítima em PCR, o protocolo SIV para Adultos estabelece que deve ser iniciado o Suporte Básico de Vida (SBV) e seguido o algoritmo de tratamento, que inclui a Desfibrilhação Automática Externa (caso o ritmo cardíaco o justifique), a colocação de acesso periférico/intraósseo e a colocação de máscara laríngea (INEM, 2013). O referido protocolo adverte que não devem ser iniciadas manobras de reanimação em situações de morte evidente, como a decapitação, hemicorporectomia, carbonização e decomposição do corpo (INEM, 2013). Consequentemente, perante a ausência de médico neste contexto, compete ao enfermeiro seguir o protocolo estabelecido, independentemente das particularidades, como a condição clínica do doente ou o tempo decorrido desde a identificação da PCR. Foram diversas as situações em que se cumpriu este protocolo, tanto em doentes em rigidez cadavérica como em situações paliativas ou em quadros irreversíveis. Estas circunstâncias resultaram em tentativas de reanimação consideradas fúteis, o que provocou profundas reflexões da minha parte e a necessidade de questionar e procurar respostas junto dos meus orientadores. Foram promovidos diversos momentos de *debriefing* sobre a intervenção do enfermeiro em contexto SIV. Por um lado, é dever do enfermeiro atribuir igual valor à vida de todas as pessoas e defender a vida humana em todas as circunstâncias, conforme o artigo 82.º do Código Deontológico do Enfermeiro [CDE] (OE, 2015). Por outro lado, a obrigatoriedade de iniciar manobras de reanimação, mesmo sabendo que a PCR será irreversível, pode constituir uma violação do direito a morrer com dignidade, conforme o artigo 87.º do CDE (OE, 2015). Perante o exposto, questiono: os avanços científicos na área da saúde têm sido acompanhados por uma atualização adequada da legislação, baseada nos princípios éticos universalmente reconhecidos?

Durante o estágio em UCI, foram também vivenciadas situações clínicas de elevada complexidade que exigiram reflexão ética e análise crítica em articulação com as enfermeiras orientadoras e a equipa multidisciplinar. Destacaram-se, neste âmbito, decisões de não escalada terapêutica perante situações de prognóstico reservado, falência do tratamento instituído ou iminência da morte, sempre após discussão entre o médico e o enfermeiro responsável e com o envolvimento da família, promovendo cuidados centrados na pessoa.

A comunicação com a família revelou-se central neste processo, exigindo uma abordagem assertiva, empática e esclarecedora, bem como a flexibilização dos horários de

visita, de forma a garantir suporte emocional. Estas experiências contribuíram significativamente para o desenvolvimento de competências relacionais em contextos de fim de vida, sublinhando a importância da dignidade humana e da transmissão adequada de más notícias.

Do ponto de vista ético e legal, evidenciou-se ainda a abordagem ao potencial dador de órgãos, uma temática inicialmente pouco familiar, mas de elevada complexidade e responsabilidade. Este processo pressupõe o cumprimento rigoroso dos critérios legais para a declaração de morte cerebral, conforme definidos pela Ordem dos Médicos (1994), bem como a implementação de medidas de suporte à homeostasia corporal, de modo a garantir a viabilidade dos órgãos para eventual colheita. A participação ativa na prestação de cuidados ao potencial dador, em colaboração com a equipa multiprofissional, possibilitou o desenvolvimento de competências específicas na gestão hemodinâmica e na manutenção das funções fisiológicas em contexto de morte cerebral conforme orientações do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2013). Esta experiência foi particularmente relevante no âmbito do perfil de competências do EEEMC, ao integrar conhecimentos científicos, tomada de decisão clínica e respeito pelos princípios éticos, nomeadamente a dignidade do dador e o dever de humanização dos cuidados, mesmo após o diagnóstico de morte cerebral.

Relativamente à postura e conduta profissional adotada nos diferentes ENP, foram várias as oportunidades de participar em processos de tomada de decisão quer para intervenções autónomas quer interdependentes, que, para além de promoverem a reflexão, foram norteadas pelos princípios da Bioética. A Bioética estabelece orientações gerais e específicas para a tomada de decisão, fundamentando-se em quatro princípios: o princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da justiça e o princípio da não-maleficência. Estes princípios, na área deste mestrado, visam promover, garantir e salvaguardar os interesses da PSC e da sua família.

O princípio da autonomia confere ao doente o direito à liberdade de escolha e decisão, desde que esteja devidamente informado, esclarecido e fundamentado relativamente ao seu estado clínico (Beauchamp & Childress, 1994). As diretivas antecipadas de vontade, na forma de testamento vital, conforme estabelecido pela Lei n.º 25/2012, também se inserem neste contexto (Assembleia da República, 2012). Embora não tenha vivenciado nenhuma situação específica neste âmbito durante os estágios, a sua relevância torna-se particularmente evidente, sobretudo quando o doente não possui a capacidade de exprimir a sua vontade (Assembleia da República, 2012). Nas circunstâncias

que o exigiram, manteve sempre presente o respeito pela vida e pela dignidade humana, a não discriminação e a proteção dos mais vulneráveis. Sempre que não foi possível obter o consentimento informado, recorreu-se ao consentimento presumido, tendo os princípios da beneficência e da não maleficência como orientadores. O propósito foi proporcionar à PSC o melhor tratamento para a sua condição clínica, enquanto se assumia a responsabilidade de evitar o sofrimento desproporcionado que resulta em poucos ou nenhuns benefícios (Beauchamp & Childress, 1994).

Relativamente ao princípio da justiça, que implica tratar situações semelhantes de forma equivalente e situações distintas conforme as suas diferenças (OE, 2015), houve uma situação no SUMC em que este princípio foi aplicável. Tratava-se de duas doentes idosas, mas muito distintas: uma, plenamente orientada em todas as suas dimensões e autónoma; a outra, com um processo demencial avançado, vulnerável, apresentando desorientação, agitação e não colaborante quando abordada pelos profissionais.

A presença de acompanhantes, segundo as diretivas do SUMC, apenas era permitida por cada duas horas. Perante esta situação, intervim junto da equipa e solicitei que fosse permitida a presença da pessoa significativa da doente com demência durante todo o seu percurso no SUMC. Foi claramente evidente a vantagem desta estratégia de nos adaptar às diferenças e prestar um cuidado equitativo e adequado à justa medida das necessidades da situação, uma vez que a doente ficou mais calma e colaborante, auxiliando a equipa na prestação dos cuidados prestados e levando também a uma maior satisfação da família. Por vezes pequenos gestos têm grande significado no ato de cuidar. Importa referir que a fundamentação desta exceção foi comunicada de forma transparente aos restantes doentes e acompanhantes, de modo a evitar conflitos de interesse e reforçar a confiança na equidade dos cuidados prestados.

Em contexto EEH, foi igualmente considerado e respeitado o disposto na Deliberação n.º 14/2011, que reconhece o direito de acompanhamento dos doentes urgentes e/ou emergentes em ambulâncias de socorro, independentemente da intervenção da VMER (OE, 2017). Este documento estabelece as condições que o acompanhante deve cumprir e prevê a possibilidade de recusa de acompanhamento por parte de familiares, nas situações em que possa comprometer a eficácia dos cuidados de emergência.

No desenvolvimento deste domínio e com a pesquisa sobre as premissas que o mesmo abrange, compreendi que o EE possui uma responsabilidade profissional adicional, fundamentada no respeito pela ética e pelo quadro jurídico-legal e deontológico da

profissão. Contudo, tal responsabilidade exige uma capacidade de adaptação que, embora elementar, apresenta uma complexidade na sua aplicação.

Numa fase inicial da prática profissional, a aplicação destes princípios éticos tende a ser automática e baseada no cumprimento de normas. No entanto, com o desenvolvimento da proficiência, esta abordagem evolui para uma análise crítica e contextualizada, integrando os princípios deontológicos com os valores pessoais do enfermeiro e do doente. Como futura EE e Mestre, sinto que nos distinguimos dos níveis mais iniciais pela capacidade de respeitar a ética e a deontologia da profissão, ao mesmo tempo que lhe imprimimos um carácter único, resultante da nossa originalidade pessoal.

3.1.2. Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão dos cuidados de enfermagem reveste-se de uma importância fundamental para assegurar uma prestação de cuidados seguros, protegendo os interesses do doente e visando a otimização da qualidade dos cuidados. Esta gestão abrange não só recursos humanos (a equipa) como também os recursos materiais.

No âmbito desta competência, espera-se que o EE desenvolva uma gestão de cuidados adequada, adaptando a sua liderança e a gestão dos recursos aos contextos dinâmicos, assegurando ao mesmo tempo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

Neste âmbito, em contexto do SUMC, tive a oportunidade de colaborar na gestão de alguns turnos, sob a orientação do Enfermeiro Responsável de Equipa (ERE), considerando que o meu orientador de estágio não desempenhava essas funções. Nesses períodos, o especial enfoque esteve na gestão do serviço, bem como na coordenação eficiente dos recursos materiais e humanos. Compreendi que o ERE tem como primordial responsabilidade garantir que o turno decorra com todas as condições de segurança, quer para a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, quer para os utilizadores do SUMC. Dessa forma, o ERE percorre todas as áreas do SUMC para obter uma visão global do serviço, avaliando o volume de trabalho em cada setor, com o objetivo de gerir os recursos humanos disponíveis e, se necessário, redistribuí-los. Além disso, assegura a disponibilidade de recursos materiais adequados, articulando-se com diferentes serviços, como os serviços de aprovisionamento e farmacêuticos. É também função deste profissional, o apoio à sala de

emergência. Tratando-se de um elemento experiente é fundamental a sua orientação na equipa, no providenciar dos meios necessários e na verificação e reposição da SE.

Como gestor de equipa, este deve destacar-se pela diferenciação, atendendo às competências definidas no Regulamento n.º 140/2019 da OE (OE, 2019), que estabelece as atribuições no domínio da gestão dos cuidados. Este documento explicita que o EE é responsável pela gestão dos cuidados, otimizando as respostas da enfermagem e da equipa de saúde, assegurando a segurança e qualidade dos cuidados. Além disso, cabe-lhe adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais apropriado para garantir a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019). Deve fundamentar a sua prática clínica especializada em evidências científicas, assumindo a responsabilidade de ser um facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho (OE, 2019).

Cada Enfermeiro Chefe e/ou Responsável de Equipa adota um estilo de liderança próprio, o qual, de acordo com Schneider et al. (2019), pode ser entendido como um fenómeno de grupo que favorece a execução das tarefas profissionais de forma harmoniosa, promovendo a motivação e a satisfação da equipa.

Embora não tenha assumido essa função de forma ativa, adquiri uma compreensão profunda da sua relevância no contexto dos cuidados, encontrando-me mais preparada para, no futuro, exercer essa função com competência.

Relativamente à gestão dos cuidados, os turnos em que fui destacada para a SE, proporcionou-me uma oportunidade valiosa para desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC, no SUMC. Essa experiência foi crucial para aprimorar a minha capacidade de resposta rápida, decisões clínicas sob pressão e habilidades técnicas e humanas necessárias no atendimento à PSC, em particular quando é necessário recorrer a atitudes terapêuticas com recurso tecnológico, como o uso de ventiladores, desfibriladores e outros equipamentos essenciais.

Esta competência foi reforçada com a responsabilidade diária de verificar a SE nos turnos da manhã, o que me proporcionou um conhecimento mais aprofundado da sua organização. Esta incluía três boxes de emergência para adultos, uma box pediátrica, cabines de apoio, armários de SAV (adulto e pediatria), carro de procedimentos, carro de medicação de emergência, documentação de apoio, saco para emergências internas, além da realização de testes aos ventiladores, desfibriladores e otimização de *Bipaps*. Esta verificação exigia o registo e confirmação de todos os materiais no sistema informático. Numa dessas ocasiões, identifiquei a ausência da preparação completa do circuito de um

ventilador, tendo procedido de imediato à sua correção. Esta situação reforçou a importância da verificação rigorosa do material como elemento essencial para a excelência dos cuidados de Enfermagem prestados à PSC.

Além da SE, também tive a oportunidade de contactar com as diferentes áreas do SUMC. Essa rotação permitiu-me expandir a visão sobre o seu funcionamento geral e desenvolver uma abordagem holística, compreendendo as diferentes dinâmicas e fluxos de trabalho em cada área. A experiência variada enriqueceu, ainda mais, a minha prática clínica, proporcionando-me uma base sólida tanto no atendimento especializado quanto na gestão dos cuidados em diferentes contextos de urgência e emergência.

No âmbito da gestão dos cuidados em contexto de EEH, um dos principais objetivos consistiu na reflexão crítica sobre a prática do enfermeiro em diferentes contextos, nomeadamente na SIV e na VMER. A observação da dinâmica de trabalho e do desempenho destes profissionais revelou-se essencial para compreender os processos de identificação de problemas e tomada de decisão, promovendo uma atuação fundamentada e ajustada às exigências específicas de cada situação.

Na VMER, foi evidente a harmonia entre os membros da equipa. O trabalho colaborativo entre enfermeiros e médicos, sustentada por procedimentos sistematizados, permitiu que cada membro desempenhasse um papel claro e definido na identificação e gestão das variáveis que estavam comprometidas, bem como daquelas com potencial para agravar o estado clínico do doente. Esta articulação eficaz revelou-se fundamental para garantir uma intervenção rápida e apropriada nas situações de emergência.

Na SIV, evidencio o papel do enfermeiro enquanto líder de equipa, reconhecendo-o como o elemento mais diferenciado. Este assume a responsabilidade de organizar a sua intervenção com base num processo rigoroso de tomada de decisão, ao mesmo tempo que coordena e supervisiona as ações executadas pelo TEPH e pelos demais intervenientes do SIEM. A sua capacidade de liderança é crucial para a eficácia da resposta às situações de emergência, assegurando uma abordagem integrada e sistemática no cuidado ao doente.

Tendo como referência estas abordagens, procurei ao longo do estágio-EEH implementar uma gestão e adequação dos cuidados, nos diferentes contextos. Deste modo, tornou-se imperativo que eu adquirisse um conhecimento aprofundado acerca dos protocolos existentes e das estratégias de atuação em conformidade com as condições clínicas do doente. Adicionalmente, tornou-se essencial familiarizar-me com os equipamentos existentes, os fármacos disponíveis e a sua disposição nas malas de

transporte nas diferentes viaturas médicas de emergência. Desta forma, garanti uma gestão mais rápida e eficaz dos procedimentos, das possíveis complicações e efeitos adversos, atuando em conformidade com as diretrizes estabelecidas.

No domínio da gestão dos recursos, a cada turno validei juntamente com o meu orientador, e em colaboração com o TEPH (SIV) ou médico (VMER), a funcionalidade dos equipamentos e assegurei a disponibilidade dos materiais de consumo clínico e produtos farmacêuticos, identificando as faltas e avarias.

Neste sentido, otimizei o trabalho da equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações, numa perspetiva de otimização da qualidade.

Relativamente ao estágio em UCI, para além da prestação direta de cuidados, foi possível participar em turnos de coordenação em colaboração com as enfermeiras orientadoras. Esta experiência proporcionou o desenvolvimento de competências na gestão do serviço, incluindo a organização e priorização dos cuidados, a articulação das pausas da equipa de enfermagem e a afetação de profissionais aos doentes internados, sempre com foco na continuidade e segurança dos cuidados. Adicionalmente, houve envolvimento na gestão de recursos humanos e materiais, com tarefas como o planeamento de pedidos de material e medicação à farmácia, verificação de prazos de validade, controlo de stock e adequado acondicionamento dos produtos.

Ainda, de forma a assegurar uma gestão eficiente dos recursos humanos, prevenindo a sobrecarga da equipa de enfermagem e promovendo a qualidade dos cuidados prestados, tive a oportunidade de aplicar, em cada turno, o Nursing Activities Score (NAS). Esta ferramenta quantifica a carga de trabalho de enfermagem, abrangendo tanto os cuidados diretos ao doente e à família – como higiene, mobilização e apoio emocional – como os cuidados indiretos, nomeadamente tarefas administrativas e de gestão. Importa salientar que o NAS não depende da gravidade clínica do doente, uma vez que foi concebido e validado com base nas atividades autónomas e interdependentes dos profissionais de enfermagem. Surge, assim, como um instrumento essencial para apoiar a gestão e o planeamento de recursos humanos, permitindo ajustar a afetação de profissionais por turno, distribuir equitativamente os doentes entre os enfermeiros e, conseqüentemente, otimizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Macedo, 2017).

Estas atividades reforçaram a importância da eficiência organizacional e da tomada de decisão fundamentada.

Foi igualmente possível participar em diversas reuniões clínicas diárias da equipa médica, momentos privilegiados para a partilha interprofissional de informação e articulação do trabalho em equipa. Nessas reuniões, a enfermeira coordenadora assume um papel central, fornecendo dados relevantes sobre a evolução clínica e os cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados.

De igual modo, foi proporcionada a possibilidade de acompanhar o Enfermeiro Gestor e a enfermeira em funções de apoio à gestão, o que permitiu observar de forma mais aprofundada a coordenação da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, a organização da unidade e a gestão de equipamentos e recursos humanos. Destacou-se, ainda, a atenção à promoção da satisfação profissional dos enfermeiros, evidenciada na distribuição equitativa do plano de cuidados e na valorização das relações interpessoais, fatores que contribuíram positivamente para a qualidade do ambiente de cuidados, das práticas assistenciais e do processo de tomada de decisão em enfermagem.

No âmbito da gestão dos cuidados, a colaboração no processo de admissão da PSC na UCI revelou-se fundamental. Este procedimento, exige preparação prévia, incluindo a verificação e operacionalização de equipamentos (como ventiladores, bombas perfusoras e monitores), bem como a antecipação de procedimentos e preparação dos materiais necessários à sua execução, como a colocação de linha arterial, cateter venoso central e preparação de fármacos. A participação ativa nestas intervenções contribuiu para a otimização do tempo e para a continuidade e segurança da prestação de cuidados.

Em todos os contextos de estágio, tornou-se evidente a complexidade da gestão em saúde, acentuada pelo aumento da procura por cuidados. A proximidade com os profissionais responsáveis pela gestão e as reflexões realizadas permitiram o desenvolvimento de competências na gestão de cuidados e de recursos, adequadas à complexidade das situações clínicas vivenciadas.

3.1.3. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A evolução e desenvolvimento contínuo do ser humano assentam num conjunto de fatores que possibilitam a aquisição de capacidades de adaptação ao meio envolvente. A capacitação e o conhecimento constituem um recurso essencial para a promoção dessa adaptação, uma vez que permite a construção de um conjunto de saberes indispensáveis para enfrentar as exigências que surgem a cada instante. Este contínuo processo de

aprendizagem é crucial para capacitar os indivíduos a lidar eficazmente com os desafios do mundo atual.

No âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, a OE define que o EE “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (...) baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749). Esta competência foi a que potenciou um processo reflexivo e avaliação retrospectiva de todo o meu percurso profissional na tentativa de dar resposta ao subdomínio “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2019, p. 4749).

A escolha dos diferentes contextos clínicos, neste processo de formação, é resultado de um perfil profissional criado ao longo de treze anos de exercício clínico de onde sobressaiu o interesse particular pela PSC e que exigiu, além de conhecimentos teóricos abrangentes, uma capacidade exímia de lidar com situações de *stress*, capacidade de improvisação, raciocínio perspicaz, destreza técnica e perfil empático e assertivo. No entanto, o alcance de níveis de competência profissional superiores exige a conjugação de várias vertentes através de uma dedicação no seu esplendor absoluto e treino contínuo: competência teórica e técnica, destreza motora fina, competência relacional, emocional, espiritual e cultural.

Reconhecendo assim estas competências, e validando que o EE é um promotor de aprendizagem no seio da equipa parti pelo diagnóstico das minhas necessidades formativas adicionais e específicas à PSC e empreendi uma prática clínica baseada na evidência científica mais atualizada, tendo recorrido a diferentes estratégias, onde saliento a formação SAV, Ventilação Invasiva e Não invasiva realizadas como componentes integrais e avaliativas do percurso de mestrado.

Além disso, participei nos seguintes eventos científicos: IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24 realizado 11 e 12 de outubro de 2024 (ANEXO I e II), onde fui palestrante, e onde foram submetidos dois resumos para apresentação via E-Posters sobre as temáticas: “Efeitos do Diário em Cuidados Intensivos: Uma revisão integrativa” (ANEXO III); “Proposta de Clinical Pathway para a Gestão da Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos” (ANEXO IV); no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico, que se realizou nos dias 8 e 9 de Novembro de 2024, com a duração de 16 horas (ANEXO V); e por fim, no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano, que decorreu nos dias 12 e 13 de março de 2025, com a duração de 9 horas (ANEXO VI), onde foram submetidos dois resumos apresentados na modalidade via E-Posters sobre

os seguintes temas: “Avaliação precoce do risco de queda no Serviço de Urgência” (ANEXO VII); “Fatores de Risco para Quedas em Adultos: Revisão Integrativa” (ANEXO VIII).

Não poderia deixar de destacar o *debriefing* implementado no SUMC, na EEH e na UCI e que, tal como descreve Oliveira et al. (2024), tem como objetivo refletir sobre o ocorrido, compreender a linha de raciocínio das tomadas de decisão, corrigir a estratégia e reelaborar uma linha de atuação para casos futuros semelhantes ao vivenciado. Estas oportunidades constituíram, sem dúvida, uma mais-valia para a minha aprendizagem e desenvolvimento formativo, pois possibilitou a partilha de experiências, o pensamento crítico-reflexivo e a ponderação em relação às tomadas de decisão.

Destaco, ainda, a formação realizada durante o estágio no SUMC, dirigida aos enfermeiros e a estudantes da EEEMC-PSC, subordinada ao tema “Cuidados ao Cateter Venoso Central – Controlo e Prevenção de Infecção”. O planeamento desta formação exigiu uma pesquisa minuciosa sobre a temática, permitindo a apresentação de dados e informações fundamentadas nas mais recentes evidências científicas (o tema será abordado de forma mais detalhada no capítulo seguinte).

Já durante o estágio EEH, tive a oportunidade de participar dois dias no Curso de VMER intitulado de Emergências Médicas, destinado a médicos e enfermeiros. Esta experiência proporcionou-me a aquisição de competências adicionais na área dos cuidados extra-hospitalares, enriquecendo assim a minha formação e prática profissional. Além disso, participei em várias formações promovidas pelo INEM, com o objetivo de ampliar meu conhecimento em diversos temas relevantes. Destaco: "Formação em Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VV-AVC)" (ANEXO IX), destinada a fornecer conhecimentos operacionais sobre a VVAVC; "Formação em Via Verde Coronária (VVC) (ANEXO X)", com foco nos procedimentos relacionados à VVC; "Meeting CPCIRA (Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos)", cujo propósito foi contextualizar o papel do EE na CPCIRA do INEM.

No âmbito do estágio em UCI, desenvolvi e dinamizei o 3º ciclo de Webinars do SMI intitulado *Escrever para Curar: O Diário como ferramenta para mitigar o Stress Pós-Traumático (SPT) em Doentes de Cuidados Intensivos* (APÊNDICE I). Esta sessão teve como principal objetivo dar a conhecer o diário como uma estratégia inovadora e humanizadora de cuidados, ainda não implementada nesta unidade, destacando o seu potencial impacto na mitigação do SPT, na promoção do bem-estar emocional da PSC e dos seus familiares, bem como no fortalecimento da relação terapêutica e da articulação entre a equipa

multidisciplinar, a pessoa cuidada e a sua rede de apoio. Apesar do crescente reconhecimento do apoio ao uso do diário nas UCIs, persistem diversos desafios para a sua implementação e sustentabilidade na prática clínica (Rogan et al., 2020). Durante o webinar, foram abordadas as principais dúvidas e barreiras manifestadas pelos profissionais de saúde, assim como estratégias potenciais para as ultrapassar. A proposta foi dada a conhecer aos responsáveis do serviço, encontrando-se em apreciação, representando uma intervenção promissora para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na UCI.

A consolidação dos conhecimentos teóricos, práticos e funcionais permitiu-me prestar cuidados de forma mais segura e competente durante os estágios, bem como partilhar esses saberes com as equipas onde estive integrada, incentivando a reflexão, a investigação e a futura participação em eventos científicos.

É fundamental que o EE mantenha um conjunto de conhecimentos constantemente atualizados, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Esta atualização não apenas valoriza a nossa imagem profissional, mas também reforça a aposta na formação contínua e específica. Tal abordagem permite-nos rever regularmente a nossa prática e assumir responsabilidades no seio da equipa, contribuindo assim para a eficácia do trabalho colaborativo e para a excelência dos cuidados de saúde.

3.1.4. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade dos cuidados em saúde é um pilar essencial dos sistemas de saúde globais e uma exigência para todos os profissionais, incluindo o EE. De acordo com a World Health Organization (WHO) (2020), a qualidade é definida como "a medida em que os serviços de saúde proporcionam uma maior probabilidade de alcançar os resultados desejados, em conformidade com os conhecimentos científicos e profissionais atualizados" (WHO,2020, p. 13).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 define a melhoria contínua da qualidade dos cuidados como uma prioridade no sistema de saúde. A melhoria contínua da qualidade exige que os cuidados prestados sejam adequados, efetivos e seguros, a utilização dos recursos seja eficaz e eficiente e a prestação de cuidados seja equitativa, satisfazendo a população face às necessidades e expectativas da sua saúde. Neste sentido, o

PNS 2021-2030 assegura o acesso à saúde de qualidade e promove o bem-estar para todos, em todas as idades (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Em 2001, a OE reconhece também esta prioridade, estabelecendo os padrões de qualidade específicos para os cuidados de enfermagem, com o objetivo principal de “promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (OE, 2001, p.7). Esses padrões não apenas elevam a qualidade dos cuidados prestados, mas estimulam os profissionais a aperfeiçoarem as suas práticas, fundamentando-se em evidências e critérios bem definidos, promovendo a reflexão crítica sobre as suas ações e a implementação de projetos destinados à melhoria contínua da qualidade.

Neste domínio, tão abrangente, o EE assume uma função primordial ao atuar como um agente dinamizador no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas institucionais relacionadas com a governação clínica. O EE deve ser responsável pelo desenvolvimento de práticas de qualidade, pela gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, bem como pela garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

No que diz respeito ao desenvolvimento desta competência, e apesar de não ter participado na implementação de auditorias clínicas, pude observar e participar, no contexto do SUMC, EEH e UCI, na realização de atividades diárias de gestão com o propósito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e cuidados mais seguros para os doentes.

Ao longo dos estágios, foi evidente a constante preocupação dos enfermeiros em assegurar que a administração da terapêutica medicamentosa cumpria rigorosamente as normas e protocolos instituídos, nomeadamente no que respeita à correta identificação dos fármacos, vias e sistemas de administração. Neste contexto, tanto no SUMC como na UCI, encontrava-se implementado o sistema Pyxis, uma tecnologia de apoio à gestão segura da medicação. Este sistema automatizado apenas permite a dispensa de fármacos previamente prescritos para cada doente, contribuindo de forma significativa para a minimização do erro humano e para o reforço da segurança na prática clínica. No entanto, devido à complexidade e diferença de ambiente de cuidados com que me encontrava familiarizada, fiz questão de assegurar a administração de fármacos de forma segura, com dupla confirmação, via e hora de administração numa tentativa de evidenciar a necessidade desta prática segura e de forma a poder promover a sua continuidade.

Já no contexto de EEH, no que se refere à segurança terapêutica, o enfermeiro responsabiliza-se pela implementação de protocolos terapêuticos complexos, responsabilizando-se pela confirmação de prescrição com o médico presente no CODU, preparação, administração, monitorização e vigilância da PSC após a administração de terapêutica. Esta padronização de procedimentos e protocolos bem como o cumprimento de normas instituídas contribuem para as boas práticas, promovem a diminuição da ocorrência do erro e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No seguimento deste tema, é essencial refletir sobre a Norma n.º 017/2022 da Direção-Geral da Saúde (DGS), a qual estabelece a "Política de Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente", com o objetivo de otimizar o processo de notificação e gestão de incidentes, sendo este unificado no Plano Nacional de Segurança do Doente (DGS,2022). Este processo visa promover uma cultura de segurança, incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, privilegiando a aprendizagem a partir dos erros de forma não punitiva, gerir e analisar os incidentes, e implementar medidas corretivas ou de melhoria para prevenir a ocorrência de novos incidentes (DGS, 2022).

Apesar da existência deste sistema denominado *HER+* (*Health Event & Risk management*- Gestão de Eventos e Riscos em Saúde), nos contextos de estágio, pude verificar que raramente é utilizado. A cultura da "punição", de alguma forma, ajuda a explicar este facto. Ao refletir com membros da equipa de enfermagem e orientadores, consolidei a convicção de que é imperativo romper com uma abordagem centrada no "erro" e promover uma cultura orientada para a "rotinização das boas práticas", valorizando a aprendizagem decorrente da análise/reflexão dos erros. Desta prática, a abordagem e a metodologia adotadas pelos EE na condução dos processos assumem um papel determinante. Deste modo, impõe-se uma reflexão crítica essencial: "Quais as lições apreendidas a partir do ocorrido?" Acredito que a predisposição para partilhar dificuldades e limitações está intrinsecamente ligada à perceção, por parte dos profissionais, de que a liderança das equipas tem como propósito genuíno a otimização do desempenho individual, promovendo, conseqüentemente, a melhoria da performance coletiva.

A segurança e a qualidade dos cuidados verificam-se também quando existe uma comunicação eficaz entre os profissionais. Nos diversos transportes intra e inter-hospitalares realizados, fui responsável pela transmissão da informação clínica e pela gestão da transição dos cuidados de saúde, recorrendo à técnica de comunicação ISBAR. Esta mnemónica organiza a comunicação em cinco componentes: Identificação, Situação, Antecedentes Pessoais, Avaliação e Recomendações. A utilização desta técnica, está

alinhada com o estabelecido na norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro, da DGS, e que reforça os objetivos delineados pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. De acordo com esta norma, “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (DGS, 2017, p.1). Este processo contribui para a redução da ocorrência de eventos adversos, prevenindo falhas na transmissão de informação que possam comprometer a continuidade dos cuidados e o sucesso do tratamento (DGS, 2017).

Na realidade da EEH, em que o ruído e a agitação, tanto internos como externos ao ambiente clínico é uma constante, adivinhou-se desafiante a efetividade deste processo. No entanto, houve um esforço coletivo em cumprir com a metodologia ISBAR, para garantir uma comunicação eficaz e precisa tanto no CODU como no ambiente hospitalar. Por sua vez, o recurso à Plataforma iTEAMS facilita uma comunicação digital eficiente, permitindo o registo estruturado de dados identificativos da vítima, antecedentes de saúde, medicação habitual, avaliações clínicas, escalas utilizadas, protocolos e procedimentos adotados. Além disso, possibilita a inserção de observações em campo de texto livre e o envio de alertas de “via verde” para o CODU, contribuindo para uma resposta mais ágil e integrada.

No âmbito ainda desta temática, tive a oportunidade de participar numa formação, direcionada a profissionais de enfermagem e estudantes, sobre a técnica ISBAR e a sua aplicabilidade no contexto do SUMC. Esta formação foi conduzida pelo responsável pela parametrização do *Sclinic* no SUMC, proporcionando uma abordagem estruturada à comunicação clínica. Durante a formação, foi reconhecida a relevância desta ferramenta para minimizar potenciais erros, especialmente num serviço caracterizado por um elevado número de profissionais envolvidos, em que a interação constante com outros serviços hospitalares e uma elevada rotatividade de doentes, são fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos.

Relativamente à qualidade da documentação e do registo dos cuidados de enfermagem, estes foram essenciais para garantir a segurança, eficácia e continuidade dos cuidados prestados aos doentes, além de contribuir para a melhoria contínua da prática profissional. No estágio do SUMC, na unidade de Observação (OBS), tive a oportunidade de desenvolver e aprofundar competências na área dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), com particular enfoque no *Sclinic*, algo que, até então, não tinha sido possível no meu contexto profissional. Isto porque, embora utilize o SIE - *Sclinic* no SUB onde exerço funções, o sistema carece da incorporação de uma série de parametrizações

essenciais para descrever de forma mais detalhada e precisa os cuidados de enfermagem prestados.

Esta aprendizagem, levou-me a refletir sobre a prática clínica da equipa do SUB ao nível do *Sclinic*, permitindo-me analisar sobre os focos de enfermagem mais frequentes, quais os diagnósticos de enfermagem mais pertinentes e quais as intervenções e ou atitudes terapêuticas mais adequadas e ajustadas à condição clínica da PSC.

Em contexto de UCI, o SIE utilizado era o *B-ICU-CARE®*, da *B-Simple*, concebido especificamente para estas unidades e ajustado às exigências deste ambiente clínico. Destaca-se pela sua interface prática, intuitiva e funcional, permitindo o registo célere e estruturado de diagnósticos, intervenções, avaliações e resultados. Contudo, a ausência de interoperabilidade com o sistema *SCLínico®* — utilizado nas restantes unidades de internamento — constitui uma limitação significativa, dificultando a continuidade da informação e comprometendo a fluidez da comunicação entre serviços com plataformas distintas.

Inserido no *Sclinic* e no *B-Simple*, temos indicadores baseados na avaliação do risco de queda e de úlcera de pressão (UP) e com larga implementação no OBS do SUMC e na UCI. A escala de *Braden* é a escala que se encontra preconizada para avaliação do risco de UP (DGS, 2011), e a de *Morse* para o risco de queda (DGS, 2019).

A Escala de *Braden* deve ser executada nas primeiras seis horas após admissão do doente no centro hospitalar, com registo em processo clínico e posteriormente avaliado a cada 24 horas em todas as unidades de internamento (DGS, 2011). Já a Escala de *Morse* é avaliada em todos os doentes internados, onde é possível saber se o mesmo não apresenta risco de queda, baixo risco de queda ou alto risco de queda. A aplicação deve ser efetuada no momento da admissão, quando ocorre alteração do estado clínico do doente, no momento da sua transferência e quando ocorre uma queda (DGS, 2019).

A aplicação prática dessas estratégias exemplifica o foco preventivo na prestação de cuidados, ao identificar e estratificar riscos, implementando ações para a sua redução ou eliminação. Além disso, essas medidas funcionam como indicadores de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da EEH, com o intuito de avaliar a qualidade dos registos e das práticas clínicas, realizei uma análise sobre os relatórios emitidos pelo INEM relativamente aos processos assistenciais, frequentemente designados como "vias verdes". Da análise constatei que há uma avaliação contínua e sistemática de todos os registos referentes às

intervenções realizadas no âmbito do protocolo em questão, destacando-se o elevado nível de qualidade na implementação do protocolo para dor torácica. Estes relatórios avaliam não apenas os tempos médios de deslocação, mas também os procedimentos realizados, como a execução de eletrocardiogramas e a administração de terapêutica, bem como o encaminhamento dado a cada ocorrência, incluindo a referenciação para unidades de hemodinâmica e a realização de fibrinólise. Cada relatório, publicado semestralmente, retrata a monitorização dos indicadores, identifica constrangimentos e apresenta sugestões de melhoria. Na minha perspetiva, esta monitorização contínua das práticas, tanto a nível individual como coletivo, constitui não apenas uma ferramenta motivadora para a melhoria dos cuidados, mas também permite identificar lacunas e oportunidades de melhoria nos processos assistenciais. Ainda numa perspetiva individual, durante este estágio, o INEM disponibilizou uma plataforma de formação, na qual eram registadas todas as ocorrências vivenciadas. Esta plataforma estava estruturada de forma a incluir a identificação da situação, a avaliação primária sistematizada, as intervenções realizadas e os protocolos instituídos, bem como a reavaliação e o encaminhamento apropriado. A partir destes dados, foram realizadas reflexões colaborativas com os enfermeiros orientadores, com o objetivo de otimizar a abordagem clínica de acordo com os protocolos existentes e aprimorar a prestação de cuidados fundamentados em evidência.

Ainda no domínio da melhoria contínua, em contexto da ambulância SIV, constatei que é implementado periodicamente um projeto de supervisão de pares, fundamentado na supervisão clínica, no qual tive a oportunidade de colaborar. A supervisão clínica é descrita como um “processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados (...)” (OE, 2018, p. 16657)

Em análise com o enfermeiro orientador, esta ação é considerada relevante, uma vez que promove uma aprendizagem centrada na prática, empregando estratégias de pensamento crítico reflexivo e modelos para a tomada de decisão. Além disso, contribui para a consciencialização do profissional e estimula a participação da equipa na formação e no fortalecimento das relações interpessoais entre pares (Teixeira et al., 2021)

As práticas seguras (Ministério da Saúde, 2022c) também remetem para as estratégias de redução das IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde). No contexto do SUMC e da UCI, a implementação de diversos “feixes de intervenção”, constituem-se

como medidas facilitadoras e promotoras do controlo das IACS. Nesta perspetiva, em contexto do SUMC foi possível colaborar num programa de melhoria contínua relativamente à manutenção e manipulação do CVC (APENDICE I), e, deste modo, materializar a unidade de competência “Planeia programas de melhoria contínua” (OE,2019).

Em contexto de UCI, tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros especialistas dinamizadores e elos de ligação do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) na realização de auditorias internas. Estas incidiram sobre a adesão à higiene das mãos, bem como sobre os feixes de prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, da infeção relacionada com o cateter vascular central e da pneumonia associada à intubação (PAI). Da análise crítica e reflexão dos resultados das referidas auditorias, foram implementadas intervenções direcionadas, nomeadamente o reforço das boas práticas e a otimização dos registos de enfermagem, com o intuito de colmatar as lacunas identificadas.

A familiarização e revisão das normas de boas práticas e orientações clínicas vigentes, estavam acessíveis numa plataforma digital disponível via intranet institucional, tendo facilitado a minha participação ativa na sua implementação, assegurando a uniformização das práticas e o acesso à evidência científica, reforçando assim o compromisso com a melhoria continua da qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

De realçar, que as ações dinamizadoras observadas e implementadas na UCI inserem-se no âmbito do projeto STOP Infeção Hospitalar 2.0, no qual a unidade hospitalar está integrada. Este é um projeto da DGS, em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e com o apoio técnico-científico do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), tendo como objetivo reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares entre 2023 e 2025, em 22 instituições (39 hospitais) portuguesas. Este projeto dá seguimento ao Desafio STOP Infeção Hospitalar, que decorreu entre 2015-2018, com o objetivo de responder ao fato de Portugal ser um dos países da União Europeia com maior taxa de incidência de IACS (Serviço Nacional de Saúde,2022).

Saliento que os cuidados de enfermagem devem estar permanentemente orientados para a garantia da qualidade em todas as etapas do seu processo. Para tal, torna-se imprescindível a capacitação contínua dos profissionais relativamente aos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, os quais não só favorecem a aceitação, como também reforçam a visibilidade do papel dos enfermeiros no contexto do sistema de saúde.

4. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica (PSC): Das Atividades Desenvolvidas às Competências Específicas Adquiridas

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas foi pautado por diversas experiências e atividades realizadas com o propósito de alcançar os objetivos previamente estabelecidos para os ENP. Estas atividades estão apresentadas de forma transversal aos diferentes contextos de estágio, destacando-se aquelas que se revelaram fundamentais para a concretização de cada um dos objetivos estabelecidos.

4.1. Cuidar a Pessoa, a Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica ou Falência Orgânica

Nos doentes admitidos ao SUMC, a intervenção de enfermagem tem início com a avaliação realizada no momento da triagem ou imediatamente após a admissão na sala de emergência. Assim, considerando a minha experiência profissional prévia em SU, incluindo a realização de triagem, foi consensual, em articulação com o enfermeiro orientador, que não haveria benefício significativo em dedicar vários turnos a esta área durante o estágio. No entanto, foi-me dado a oportunidade de conhecer os protocolos diferenciados e especialidades que o serviço dispõe, mas também pôr em prática dois deles, a VVAVC e a VVC.

O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) tem como objetivo organizar e priorizar o atendimento no SU, garantindo cuidados ajustados às necessidades dos doentes com qualidade e segurança (DGS, 2015). Esta metodologia adota uma abordagem objetiva e sistematizada, permitindo a identificação precoce de situações emergentes e a integração em protocolos VV. No final da avaliação, é atribuído um nível de prioridade com base nos critérios de gravidade identificados.

A aplicação do PTM requer um elevado nível de conhecimento, experiência e perspicácia, bem como competências avançadas na área da comunicação. Esta última constitui uma competência específica do EEEMC, uma vez que este é capaz de avaliar e identificar de forma célere potenciais focos de instabilidade, além de gerir eficazmente a comunicação interpessoal com o doente e a sua família/cuidador, fundamentando a relação terapêutica num contexto desconhecido e gerador de elevada ansiedade. Ao colaborar com diferentes enfermeiros no posto de triagem, permitiu-me desenvolver novas estratégias

facilitadoras de comunicação, sobretudo ao aprofundar as queixas dos doentes, particularmente quando estas se apresentavam de forma complexa ou inespecífica.

Os doentes triados como emergentes, e a quem é atribuída a pulseira de cor vermelha, assim como aqueles que se enquadravam nos critérios de ativação das duas vias verdes disponíveis no SUMC -VVAVC e VVC, são encaminhados de forma direta e imediata para a SE. A PSC em situação emergente é sujeita a uma avaliação inicial realizada segundo o algoritmo ABCDE (A – airway, B – breathing, C – circulation, D – disability e E – exposure). Consiste numa avaliação sistematizada que permite despistar situações de risco de vida, recolher e analisar dados relevantes e intervir de acordo com a priorização dos problemas identificados (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2009).

Com o objetivo de desenvolver a competência no cuidado à PSC no SUMC, procurei, sempre que possível, estar presente em todas as ativações da SE, que se configura como o local ideal para uma abordagem mais eficaz a pessoas em situações graves, emergentes e críticas. Em todas estas ativações a abordagem seguia um método rigoroso, aplicada pelo enfermeiro da SE e pelo enfermeiro coordenador de equipa. O doente era posicionado rapidamente numa das macas da box de emergência, onde era realizada a avaliação da permeabilidade da via aérea e intervenção rápida com adjuvantes, se necessário (A); feita a estabilização e avaliação da ventilação (B) com leitura de oximetria periférica de oxigénio, da frequência respiratória e a administração de oxigénio em altos débitos por máscara *Venturi* ou máscara de alta concentração, avaliada a circulação com colocação de monitorização cardíaca contínua e monitorização de pressão arterial e frequência cardíaca, realizado o eletrocardiograma de 12 derivações, efetivada a cateterização de 2 acessos venosos periféricos de grande calibre e a colheita de sangue (C); avaliada a reação pupilar e o estabelecimento do valor da Escala de Coma de *Glasgow*, a medição da temperatura corporal e a monitorização da glicemia capilar (D); finalizando com a exposição do doente com a remoção de roupa e observação das áreas corporais (E). Esta abordagem de prioridades, já familiar e aplicada no meu contexto profissional, aliada à realização do curso ITLS (*International Trauma Life Support*), contribuiu para a consolidação de conhecimentos mais fundamentados durante o estágio.

Relativamente às VV existentes no SUMC em questão, as VVAVC e VVC foram as que mais presenciei. Constatei que este SUMC tem a capacidade de fazer o diagnóstico clínico e imagiológico de AVC e efetuar o tratamento trombolítico, tal como preconizado no Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. O protocolo clínico de atuação encontra-se em conformidade com as diretrizes estipuladas na Norma n.º 015/2017, da DGS, que

destaca a variável tempo de resposta como fator crucial para os resultados no tratamento do AVC. A aplicação deste protocolo tem como objetivo garantir uma abordagem estratégica, sistemática e metódica por parte da equipa multidisciplinar, prevenindo, assim, atrasos no acesso ao tratamento preconizado.

A implementação do protocolo de VVAVC destacou-se, pela celeridade e eficácia da atuação dos profissionais, desde o momento da admissão da pessoa no SUMC até à sua transferência para a unidade de referência. Segundo Pereira (2017), os enfermeiros desempenham um papel crucial no reconhecimento dos sinais e sintomas em pessoas vítimas de AVC, assegurando a rápida ativação da VVAVC a partir da triagem.

Na abordagem à VVC, o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC atribui ao EEEMC um papel crucial na gestão da fase aguda do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização da reperfusão é amplamente reconhecido como um dos principais fatores determinantes do grau de lesão miocárdica, com impacto direto nos índices de mortalidade e morbidade, especialmente nos casos de EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAMSST) (Ermida, 2018). Assim, a atuação célere, precisa e eficaz do EEEMC é essencial para assegurar a segurança da pessoa e garantir a qualidade dos cuidados prestados, alicerçando todas as intervenções e decisões na melhor evidência científica disponível.

Ainda neste contexto, não devemos negligenciar a gestão dos cuidados relacionados com a dor torácica, devendo ir para além da simples redução da dor para níveis aceitáveis, e focando-nos, sobretudo, na prevenção do agravamento da condição subjacente. O cuidado deve centrar-se no controlo eficaz da dor torácica, na identificação precoce da isquemia do miocárdio e no reconhecimento das complicações, promovendo o acesso rápido ao tratamento definitivo (Silva et al., 2019). Esta abordagem está diretamente relacionada às competências do EEEMC na abordagem à PSC, que envolve a gestão diferenciada da dor, do bem-estar da PSC e/ou da falência orgânica (OE, 2018).

Prosseguindo no âmbito dos doentes que são acometidos por um evento crítico, como o doente vítima de EAMSST, é frequente a ocorrência de perturbações emocionais resultantes da manifestação súbita da patologia ou de situações de trauma inesperado. Aqui, destaco a relevância do EEEMC na promoção do bem-estar destes doentes, através da gestão das perturbações emocionais associadas a estas situações, assegurando simultaneamente o acompanhamento adequado às suas famílias.

A família é conceptualizada como: “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as relações de sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo” (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2005, p.65).

Reconhecendo a importância da família na manutenção da saúde física e mental do doente, bem como no seu papel como recurso essencial na gestão de situações de stress associadas à vida comunitária, dediquei-me a apoiar a dinâmica familiar. Para tal, procurei disponibilizar-me e adotar uma comunicação aberta, abordando todas as dúvidas, medos e anseios da família. Ainda, implementei estratégias facilitadoras, como escuta ativa, empatia e diálogo sincero, tomei atenção às expressões verbais e não-verbais, o que possibilitou uma comunicação eficaz e uma partilha de informações de qualidade. Dessa forma, criei condições adequadas para fornecer esclarecimentos claros e precisos. Ao utilizar uma comunicação aberta, como estratégia facilitadora, possibilita, e é uma solução para o êxito no processo de adaptação saúde/doença, diminuindo a ansiedade e o stress acumulado (Saiote, 2010).

Tentei que toda a minha prestação de cuidados fosse realizada de forma holística, em tempo oportuno e eficaz. As estratégias de comunicação facilitadoras utilizadas, deram especial ênfase à comunicação interpessoal entre pares, equipa multidisciplinar, doente/família/cuidador, adaptando-as à complexidade da situação geradora de stress. Esta abordagem vai ao encontro do que refere Rabin (2017): "Uma comunicação eficaz reduz o stress e aumenta a satisfação do doente e da família, através do uso de uma linguagem acessível, considerando o nível sociocultural e o estado emocional" (p. 44).

Importa ainda acrescentar algumas das competências técnicas adquiridas na unidade de OBS, sendo ela composta por oito camas e integrada no SUMC, é uma unidade de internamento de curta duração destinada a doentes de diversas especialidades médicas e cirúrgicas, que necessitam de monitorização contínua, não invasiva ou, ocasionalmente, invasiva. Segundo a OE (2019), esta unidade está capacitada para realizar manobras de reanimação e articulação com serviços de nível superior, destacando-se pelo elevado número de admissões de doentes críticos, muitos dos quais requerem ventilação mecânica não invasiva (VMNI) devido a patologias respiratórias e/ou cardíacas.

Neste âmbito, foi possível aplicar os meus conhecimentos sobre VMNI e aprimorar as minhas competências na avaliação do doente, focando na adaptação e no conforto durante a utilização do VNI. Assim, quando ineficaz adaptação ao dispositivo, o doente era alvo de intervenção médica e de enfermagem ao final da primeira hora após o início da atitude terapêutica. Necessitando assim, quer de ajustes dos parâmetros ventilatórios, quer melhoria e adequação das intervenções de enfermagem no domínio do conforto (reposicionar o doente, avaliar necessidade de optar por outro tipo de máscara, etc). Tive também a oportunidade de aperfeiçoar a minha capacidade na recolha de dados preditivos relacionados com sinais e sintomas de esforço respiratório, tais como o movimento respiratório assimétrico, a utilização de músculos acessórios, a presença de sons respiratórios como roncos e sibilos, a dispneia verbalizada pelo doente, a ausência do reflexo de tosse, e a presença de secreções, por vezes em quantidade moderada e de consistência espessa, o que dificulta a sua mobilização e expelição. Estes dados, evidenciavam a necessidade de um correto posicionamento do doente para uma melhor expansão da caixa torácica, bem como a importância de instruir o doente sobre a sincronia com o ventilador não invasivo e a técnica de tosse assistida.

No domínio da resposta a situações de emergência, tive a oportunidade de acompanhar a equipa de emergência interna (EEI) durante a sua ativação. Esta equipa é composta por um enfermeiro do SUMC, geralmente o enfermeiro da SE, e por um médico. O processo de ativação inicia-se com o contacto do médico, através do número europeu de emergência intra-hospitalar (2222), sendo posteriormente acionado o enfermeiro. Os critérios para a ativação da EEI incluem: comprometimento da via aérea, paragem respiratória, frequência respiratória superior a 35 ou inferior a 6 ciclos por minuto, saturação periférica de oxigénio inferior a 85% mesmo com suporte de oxigénio, paragem cardiorrespiratória (PCR), frequência cardíaca inferior a 40 ou superior a 140 batimentos por minuto, pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, redução de 2 pontos na Escala de Coma de Glasgow, crise convulsiva prolongada ou recorrente, e perda súbita de consciência (DGS, 2010; INEM, 2019).

Uma das principais responsabilidades da EEI é, coordenar a comunicação e as equipas presentes no local da ocorrência. Isso é particularmente relevante em serviços onde as situações de emergência não são frequentes, o que pode resultar em menor destreza e conhecimento dos profissionais perante estas situações. Após cada ativação, todo o material utilizado é repostado de forma a garantir que a equipa esteja plenamente operacional e preparada para uma eventual nova ativação.

Em contexto de EEH, a diversidade e imprevisibilidade das situações clínicas exige que o enfermeiro possua competências diferenciadas para intervir junto da pessoa em situação crítica, independentemente do quadro clínico, do ambiente envolvente ou das condições em que se realiza a prestação de cuidados. Neste âmbito, constatei que, na prestação de cuidados em EEH, existe uma uniformização da prática, sustentada na aplicação rigorosa de protocolos clínicos complexos, o que assegura uma resposta célere, eficaz e segura perante a instabilidade da condição do doente.

Na SIV, o enfermeiro rege-se pelos diversos protocolos de atuação, sob a supervisão médica e clínica do INEM, sendo os mais comuns: “Abordagem da Vítima”, “Paragem Cardiorrespiratória no Adulto”, “Alteração do Estado de Consciência”, “Alergia”, “Convulsões”, “Dispneia”, “Dor Torácica”, “Disritmias” e “Hemorragia”. Estes protocolos em vigor são validados e periodicamente atualizados pelo Conselho de Direção do INEM, garantindo a sua pertinência, atualidade e eficácia na resposta a situações de emergência médica (Mota et al., 2020). Embora a atuação dos enfermeiros, no que respeita à prescrição e validação de fármacos, esteja regulamentada e sujeita à supervisão médica, importa sublinhar que as suas intervenções se integram num modelo de prática profissional que contempla tanto dimensões autónomas como interdependentes. Em contextos de emergência, os enfermeiros devem intervir com base na sua qualificação técnico-científica, visando a preservação ou a recuperação das funções vitais da pessoa (OE, 2021).

A abordagem à PSC, ainda que possa ser ajustada em função da condição clínica e do contexto específico, segue, em meio extra-hospitalar, a aplicação sistematizada da metodologia ABCDE, como referência estruturante para a avaliação e intervenção inicial. Os principais objetivos desta sequência ABCDE são: proporcionar um tratamento *life saving*, simplificar a gestão de situações clínicas complexas, funcionar como um algoritmo estruturado para a avaliação e tratamento da PSC, promover uma maior sensibilização dos profissionais de saúde e otimizar o tempo para o diagnóstico precoce e o início do tratamento (Thim et al., 2012).

Durante o estágio, constatei a efetividade desta metodologia em diversas situações, reconhecendo os benefícios na sistematização desta avaliação sequencial. Considero que foi uma das competências mais relevantes que desenvolvi e aperfeiçoei. Esta abordagem foi fundamental na tomada de decisões, definição de prioridades e na otimização do desempenho da equipa. Além disso, contribuiu significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo agilidade no raciocínio e execução precisa dos procedimentos técnicos.

Foi igualmente importante observar nas diversas saídas, as competências exigidas ao enfermeiro SIV em contexto extra-hospitalar, atuando como *Team Leader*, tanto na gestão de protocolos como na sua capacidade de tomada de decisão rápida e sistematizada, apoiada nos anos de experiência e com uma análise crítica fundamentada na evidência mais atualizada. Ressalvo ainda a ligação estreita que se estabelece com o Médico Regulador (MR) do CODU, através da partilha de informação do estado PSC por parte do enfermeiro, com o intuito da melhor estabilização e orientação da PSC.

Relembro resumidamente uma das situações vivenciadas no estágio em meio SIV, perante um doente com síndrome coronário agudo. Fomos ativados para um pedido de apoio diferenciado, num hospital privado, para uma dor torácica. À nossa chegada, identificamos um doente do sexo masculino entre 65-70 anos, com comorbilidades associadas, que tinha desencadeado um episódio de dor torácica com cerca de uma hora de evolução. Apresentava-se polipneico, diaforético, com palidez cutânea, dor de intensidade 9 (na escala numérica para avaliação da dor). Na sequência da implementação da metodologia ABCDE, e em conformidade com o protocolo para dor torácica, procedeu-se à realização de um ECG (eletrocardiograma) de 12 derivações, no qual se identificou um supradesnivelamento do segmento ST. De imediato, os dados foram transmitidos ao MR do CODU que após observação do ECG validou a atuação em conformidade com o protocolo EAM, já iniciado. O CODU deu indicação para transportar o doente para o Hospital de Referência com Hemodinâmica, tendo sido ativada VVC.

Este episódio confirmou a importância de uma atuação articulada, coordenada e eficaz por parte da equipa da SIV, a qual permitiu o reconhecimento célere dos ritmos cardíacos identificados e a implementação de intervenções adequadas, em estreita colaboração com o MR do CODU, sem qualquer hesitação. Paralelamente, foi possível intervir no controlo da dor não apenas através da terapêutica farmacológica instituída, mas também por meio da implementação de estratégias não farmacológicas, integradas numa abordagem holística e centrada na PSC. Entre estas estratégias destaco o apoio emocional, com técnicas orientadas para a promoção de tranquilidade e conforto, contribuindo para a redução da ansiedade; o toque terapêutico, que favorece sentimentos de segurança e bem-estar através do contacto físico intencional e humanizado; e a utilização da técnica da distração, redirecionando a atenção para temas ou estímulos neutros ou positivos, com o objetivo de atenuar a perceção da dor (OE, 2008).

Com o avançar do estágio em contexto SIV e VMER, aliado ao aperfeiçoamento das minhas competências técnicas e não técnicas, bem como ao conhecimento dos protocolos

existentes, fui progressivamente conseguindo envolver a família nos cuidados. Esta, além de ser uma fonte valiosa de informações, desempenhava, em algumas situações, o papel de transmitir tranquilidade ao doente, contribuindo assim para o seu envolvimento ativo nos cuidados prestados. Considero que, todas estas competências desenvolvidas, foram essenciais para o sucesso e para a qualidade dos cuidados prestados.

Ainda neste âmbito, tive a oportunidade de realizar um dos turnos na base do CODU do Norte, com o objetivo de compreender a divisão de tarefas de todos os intervenientes, e a dinâmica do serviço. A ativação e o encaminhamento das chamadas são realizados com base na triagem e avaliação efetuadas. A triagem telefónica é realizada através do programa TETRICOSY (Telephonic Triage And Counseling System) e fundamenta-se em fluxogramas de decisão que consideram a queixa principal do doente, seguindo uma avaliação sistemática e criteriosa de todas as situações. A ativação dos meios é realizada com base na triagem efetuada, podendo envolver desde um aconselhamento até à ativação de recursos mais especializados, sempre em conformidade com a gravidade da situação, bem como a proximidade e acessibilidade do local da ocorrência (INEM, 2022a). É fundamental destacar o papel dos enfermeiros, recentemente integrados nos centros CODU, cuja função é acompanhar as equipas de emergência no terreno e receber dados clínicos e operacionais, visando garantir o melhor desfecho para o doente e uma coordenação mais eficaz das equipas, em colaboração com o MR.

Este estágio, em contexto de SIV, VMER e na base do CODU, proporcionou-me a aquisição de novos conhecimentos teórico-práticos, fundamentais para consolidar a importância de uma avaliação rigorosa, da priorização adequada dos cuidados e do reconhecimento atempado de possíveis complicações da PSC, contribuindo para a promoção da sua recuperação integral.

A UCI onde decorreu o último estágio encontrava-se vocacionada para a prestação de cuidados a doentes adultos, com patologias de foro médico e cirúrgico, admitidos em contexto de urgência/emergência ou de forma programada, nomeadamente após intervenções cirúrgicas de elevado risco. A diversidade e complexidade das situações clínicas observadas proporcionaram-me a oportunidade de desenvolver competências específicas ao nível da monitorização hemodinâmica e neurológica.

No entanto, foi o doente neurocrítico que, pela complexidade hemodinâmica que lhe é inerente, mais contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional e académico, ao proporcionar a oportunidade de ampliar a minha perspetiva sobre os

cuidados de enfermagem. Neste sentido, considerei pertinente aprofundar os meus conhecimentos e confrontar o meu conhecimento teórico-científico e teórico-prático, neste contexto, tão distinto daquele a que estou habitualmente exposta.

Assim, procurei aprofundar a competência de vigilância do doente neurocrítico, nomeadamente, o doente com Hipertensão Intracraniana (HIC), com enfoque na identificação precoce de instabilidades e na gestão eficaz das mesmas, de acordo com as prioridades clínicas. Esta vigilância, foi exercida durante uma situação clínica experienciada em contexto de estágio. A situação envolveu uma PSC, na sequência de uma hemorragia subaracnoide (HSA) de grau V na escala de *Hunt-Hess* — quadro caracterizado por défice neurológico major (Rosen & Macdonald, 2005).

A pressão intracraniana (PIC) corresponde à força exercida pelos constituintes intracranianos — cérebro, sangue e líquido — no interior do crânio (Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2014). Segundo a doutrina de Monro-Kellie, qualquer aumento de volume ou a presença de um elemento adicional - como hematoma, neoplasia ou edema - compromete esse equilíbrio e eleva a PIC (Benson et al., 2023)

A lesão primária pode desencadear lesões secundárias, responsáveis por agravar a disfunção cerebral através de hipoxia tecidual, perda da integridade da barreira hematoencefálica, edema e HIC (Barreto, 2017). No entanto, estas lesões secundárias podem ser, em muitos casos, prevenidas ou tratadas precocemente, contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico (Zrelak et al., 2020; Ponce & Mendes, 2015).

A HIC surge assim, como uma emergência médica e deve ser reconhecida e tratada o mais rapidamente possível (Esperança, 2024).

No caso específico deste doente, durante a minha prestação de cuidados, foram vários os episódios de elevação transitória da PIC, tendo assumido em conjunto com as orientadoras, a responsabilidade de os avaliar de forma crítica, mobilizando os meus conhecimentos clínicos e monitorizando continuamente a resposta às intervenções realizadas, com o objetivo de prevenir a lesão cerebral secundária, nomeadamente episódios de HIC prolongada e isquemia cerebral.

As intervenções de enfermagem centraram-se na otimização da perfusão cerebral e no controlo da PIC, através de uma abordagem multidimensional. Uma das medidas que priorizei consistiu no posicionamento terapêutico em *semi-fowler*, com elevação da cabeceira a 30º e a manutenção do alinhamento neutro da cabeça, assegurando uma drenagem venosa cerebral eficaz. Promovi uma vigilância rigorosa dos parâmetros

neuroológicos, respiratórios e hemodinâmicos, nomeadamente a monitorização da escala de coma de *Glasgow* (GCS), da pressão de perfusão cerebral (PPC) e da capnografia, assegurando a manutenção dos valores de CO₂ entre 35–40 mmHg. Este controlo permitiu-me evitar episódios de hiperventilação inadvertida, prevenindo a isquemia cerebral associada.

Para promover o conforto e prevenir a dor, recorri à lateralização e mobilização suaves, respeitando sempre a integridade física e emocional da PSC. Utilizei a *Behavioral Pain Scale (BPS)* para avaliação sistemática da dor, o que me permitiu ajustar a sedoanalgesia em articulação com as minhas orientadoras e restante equipa multidisciplinar. No doente com risco de HIC, a gestão da sedação é essencial, pois permite controlar a ansiedade, agitação e dor, sendo recomendado um nível de sedação entre -4 e -5 (sedação profunda) na escala *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* nas primeiras 72 horas. Habitualmente era utilizado o fentanil e tramadol para analgesia, e propofol ou midazolam para sedação. O propofol pode causar hipotensão, exigindo suporte com aminas vasopressoras.

Planeei também os cuidados de forma a minimizar estímulos sensoriais excessivos, como ruído, luz e intervenções desnecessárias, promovendo um ambiente terapêutico mais estável.

Procedi à vigilância contínua da temperatura corporal, uma vez que a hipertermia agrava a HIC, e apliquei medidas físicas para manter a temperatura dentro dos limites desejáveis. Após estabilização hemodinâmica, do doente, foi iniciada a nutrição entérica precoce, respeitando os protocolos em vigor e reconhecendo a sua importância na recuperação metabólica do doente neurocrítico.

Em articulação com a equipa médica, e com base nas várias gasometrias arteriais realizadas, dediquei particular atenção à vigilância do equilíbrio hidroeletrólítico e à gestão da osmoterapia, assegurando a monitorização da função renal e a reposição adequada de fluidos, de acordo com os objetivos terapêuticos definidos.

Importa referir que, para conseguir integrar e aplicar muitas destas competências, foi necessário um esforço contínuo de estudo e pesquisa complementar, que me permitiu aprofundar conhecimentos e aplicá-los de forma fundamentada e segura.

No doente com HIC, a intervenção do EEEMC é fundamental para garantir uma prática de excelência, centrada na identificação precoce de sinais de agravamento,

prevenção de complicações e lesões secundárias, promoção da perfusão cerebral e melhoria do prognóstico neurológico.

Ainda neste contexto de estágio, tive a oportunidade de realizar e aperfeiçoar diversas técnicas e procedimentos, nomeadamente na colocação, manutenção e remoção de cateteres central, arterial e vesical, nas técnicas de substituição renal, na gasometria arterial, ventilação mecânica invasiva e não invasiva. Participei nos cuidados de enfermagem durante a entubação e extubação endotraqueal, bem como na manutenção da via aérea básica ou artificial. Desenvolvi competências na análise de modos ventilatórios, interpretação de curvas de pressão, fluxo e volume, e na prestação de cuidados a doentes sob terapêutica sedativa, inotrópica e cronotrópica.

Aprofundei ainda conhecimentos relativos à monitorização hemodinâmica invasiva, nomeadamente na pressão arterial invasiva e na pressão tecidual de oxigénio (PtiO₂), bem como nas técnicas de monitorização não invasiva, incluindo o índice bispectral (BIS), eletroencefalografia contínua (EEG), ECG e capnografia. Paralelamente, prestei cuidados a doentes no pós-operatório de diversas intervenções cirúrgicas, com destaque para a vigilância pós-gastrectomia total e o acompanhamento de pessoas com drenos torácicos e abdominais.

A vivência de um internamento em UCI por uma situação de doença crítica, tem um forte impacto físico e emocional na PSC e na família. Nestes contextos, é essencial que os cuidados de enfermagem sejam humanizados, valorizando a construção de uma relação terapêutica com ambos (Mendes, 2018). Durante todo o meu estágio, a comunicação assumiu um papel central na construção de uma relação de confiança com o doente, sempre que possível, e com os seus familiares. Neste sentido, demonstrei disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, tanto de forma presencial como através de contacto telefónico, promovendo a compreensão da situação clínica e do funcionamento da unidade. Ainda, acompanhei visitas familiares, participei no acolhimento, identifiquei o familiar de referência e prestei apoio emocional e informativo, assegurando a transmissão clara de orientações e cuidados a observar durante a visita.

Estas intervenções enquadram-se nos princípios da Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, que preconiza uma atuação contínua e interventiva por parte do enfermeiro ao longo do processo de transição, com o objetivo de promover respostas adaptativas e contribuir para uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Ainda neste âmbito, e com o objetivo de apoiar a PSC e a sua família nas perturbações emocionais associadas à doença aguda e/ou falência orgânica, partilhei com a equipa da UCI estratégias baseadas na evidência que demonstram eficácia na redução da ansiedade, sintomas depressivos e a perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Destaco, entre essas estratégias, a recomendação da utilização de diários em UCI, em articulação com a consulta de *follow-up* já implementada na unidade, ambas reconhecidas como ferramentas úteis na prevenção de distúrbios psicológicos a longo prazo, tanto na pessoa internada como nos seus familiares (Eaton et al., 2019; Hendriks et al., 2019).

Gostaria de enfatizar que, este estágio contribuiu significativamente para o desenvolvimento do meu espírito crítico e para a reformulação do meu raciocínio em enfermagem, anteriormente sustentado por uma base teórica limitada. A diversidade e complexidade do contexto clínico levantaram em mim inseguranças e incertezas, desafiando o que até então considerava consolidado, e impulsionando uma reflexão profunda sobre o conhecimento adquirido. Este confronto tornou-se essencial para consolidar competências alicerçadas em evidência científica atualizada. Destaco ainda o papel dos enfermeiros orientadores, cuja experiência e perspetivas distintas enriqueceram o meu percurso, reforçando a responsabilidade ética de salvaguardar a dignidade da pessoa doente, sobretudo em contextos de limitação do investimento terapêutico.

4.2. Dinamização de Respostas em Emergências, Exceção e Catástrofe

Os cuidados à PSC podem resultar de emergências, exceções ou catástrofes que colocam a vida em risco (OE, 2018). Dinamizar a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação integra uma das competências específicas do EEEMC na área da PSC (OE,2018).

A OE distingue três situações que demandam a atuação específica do EEEMC no cuidado à PSC. A situação de emergência “resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata” (OE, 2018, p.19362); a situação de exceção “consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE,

2018, p. 19362). Por outro lado, a catástrofe é definida na Lei de Bases da Proteção Civil — Lei n.º 27/2006, artigo 3.º, ponto 2, como “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” (República Portuguesa, 2006). Esta definição enquadra-se nos contextos de exceção previstos no exercício profissional do EEEMC (OE,2018)

A potencialidade de ocorrência de catástrofes de diferentes magnitudes exige que todas as instituições do SNS realizem periodicamente uma análise da sua situação. Essa análise deve considerar as constantes alterações, tanto internas quanto externas, para planejar eficazmente a resposta de emergência a qualquer cenário. Para esse fim, a elaboração de um plano de emergência é uma ferramenta essencial para as unidades do SNS. Nesse contexto, a DGS emitiu a orientação 007/2010 - Guia Geral de Orientação e Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde, que recomenda a todas as unidades a criação de um plano de emergência médica em conformidade com esta normativa. Esta orientação enfatiza a importância de promover uma cultura de prevenção, planeamento, segurança e gestão de risco, elementos cruciais para garantir uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente de todos os profissionais de uma instituição que possa ser afetada por uma crise (DGS, 2010).

A capacidade do hospital para responder a situações de emergência, exceção ou catástrofe é fundamental para o desempenho dos profissionais, particularmente dos enfermeiros. Para tal, é indispensável um plano de emergência e catástrofe bem definido. Este plano visa permitir a adequada preparação de recursos, assegurando uma resposta eficaz em caso de catástrofe e conferindo ao hospital um elevado nível de segurança.

Nas ULSs, onde decorreram os ENP SUMC e UCIP, existem Planos de Emergência Externos e Planos de Emergência Internos, ambos destinados a responder a potenciais situações de catástrofe. O objetivo central desses planos é proporcionar a melhor assistência às vítimas em todas as circunstâncias, seguindo uma lógica de prontidão, alerta, ativação, receção, tratamento, recuperação e auditoria. Em ambos os contextos, tive a oportunidade de consultar a documentação relativa ao Plano Interno de Emergência e de Contingência, incluindo protocolos, algoritmos e procedimentos que orientam a organização, comunicação e gestão de ocorrências críticas. Estes planos têm como principal objetivo assegurar a rápida classificação das vítimas, de acordo com a gravidade clínica e as probabilidades de sobrevivência, definindo assim a prioridade no atendimento. No exercício das suas funções, o EEEMC à PSC, ativa a resposta com base em critérios de competência

específicos. Isso inclui assegurar condições de segurança, realizar triagens primária e secundária em situações de catástrofe, garantir a continuidade dos cuidados por meio de registos concisos e demonstrar conhecimento sobre o "Plano Municipal de Catástrofe e Emergência" e o "Plano Interno de Emergência", comunicando estas informações à equipa multidisciplinar. Além disso, avalia continuamente a eficácia da sua atuação, corrigindo eventuais falhas e comunicando de forma clara e direta em situações de emergência.

Em contexto de atuação extra-hospitalar, nos dias 27 de fevereiro e 22 de março de 2025, tive a oportunidade de integrar dois exercícios de simulacro, realizados respetivamente no Túnel do Marão e na Zona Industrial de Fafe.

Os simulacros, exercícios e treinos assumem um papel fundamental no planeamento de emergência, ao possibilitarem a elaboração, validação e atualização contínua dos planos operacionais, bem como a capacitação das equipas envolvidas para uma resposta eficaz em situações de acidente ou catástrofe. No âmbito do Plano Nacional de Emergência e dos Planos Municipais, estas ações são regularmente testadas através de exercícios que simulam cenários reais, promovendo a articulação entre os diversos agentes de proteção civil (Godinho, 2020).

Existem diversos tipos de exercícios, destacando-se os Postos de Comando (CPX) e os exercícios do tipo LivEx. Os CPX decorrem em ambiente de Sala de Operações, visando avaliar o estado de prontidão, a capacidade de resposta e a mobilização de recursos. Por sua vez, os LivEx são exercícios operacionais que envolvem meios humanos e equipamentos no terreno, tendo como objetivo testar a disponibilidade e a eficácia operacional das forças envolvidas (Godinho, 2020).

Antes da realização de qualquer exercício, é realizada uma formação em sala, semanas antes, onde são apresentados o plano de emergência e o elenco de ocorrências previstas. Este documento identifica as equipas envolvidas, os seus elementos e as respetivas missões. Nos briefings prévios aos simulacros, são revistos os papéis individuais e coletivos, bem como os procedimentos operacionais a adotar, garantindo a preparação adequada de todos os intervenientes (Godinho, 2020).

O simulacro do túnel do Marão, foi efetuado a partir de um posto de comando (CPX), e possibilitou validar a conformidade das novas versões dos planos de prevenção, emergência interna e plano prévio de intervenção, além de avaliar a articulação entre os agentes de proteção civil e outras entidades em caso de incêndio de uma viatura no interior do túnel. Ademais, permitiu agilizar os procedimentos de todos os intervenientes,

favorecendo a coordenação das funções desempenhadas e promovendo a criação de automatismos. O exercício envolveu diversas corporações de bombeiros, agentes da proteção civil, forças de segurança, além de médicos e enfermeiros do INEM, e a concessionária da infraestrutura, entre outras entidades.

O simulacro realizado na zona industrial de Fafe, designado HELINGOTEX'25, teve início com a simulação da queda de uma aeronave sobre um edifício industrial. Esta ação possibilitou testar a organização da resposta a um acidente grave, validar a articulação entre os diversos agentes de proteção civil, a eficácia dos procedimentos do Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil de Fafe e a capacidade de resposta operacional face a um cenário complexo. Foram ainda treinadas as equipas internas da empresa envolvida e avaliada a prontidão dos serviços municipais perante a ativação do plano.

Neste simulacro, tive a oportunidade de desempenhar funções enquanto enfermeiro responsável pela triagem primária, recorrendo ao método START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), o qual permite efetuar uma triagem célere de um elevado número de vítimas, classificando-as por cores, em função da prioridade clínica de intervenção (INEM, 2012). Paralelamente, acompanhei a dinâmica do Posto Médico Avançado (PMA), o que me proporcionou uma perspetiva abrangente sobre todo o processo de socorro, desde a atuação inicial na zona de impacto até à organização da evacuação secundária. Esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo consolidar competências na gestão de vítimas múltiplas e na articulação entre os diferentes níveis da resposta em contexto de emergência.

Adicionalmente, este exercício evidenciou-se não apenas pela natureza do cenário — queda de aeronave com envolvimento de matérias perigosas e múltiplas vítimas (13) —, mas também pela oportunidade que proporcionou de cooperação operacional entre o CODU Norte e os diversos agentes de proteção civil envolvidos. A dinâmica estabelecida reforçou a importância da gestão integrada em contextos de exceção, cuja complexidade aumenta em função do número de variáveis operacionais e entidades intervenientes, exigindo uma resposta coordenada, eficiente e tecnicamente qualificada.

Após a realização destes tipos de exercício, é evidente que cada situação deve ser avaliada individualmente, decidida rapidamente e resolvida eficazmente com recursos humanos devidamente preparados, com formação adequada e equipamento apropriado, além de uma boa articulação com os demais agentes de proteção civil. Mais importante do que a definição de exceção, emergência ou catástrofe, é a preparação das equipas com

protocolos de atuação bem definidos e treino adequado, e que estejam disponíveis. Estes simulacros devem ainda ser realizados e discutidos após cada atuação por todos os intervenientes. Além disso, é crucial promover planos de formação para todos os agentes de proteção civil, visando a operacionalização de uma força conjunta capaz de atuar nestes eventos táticos. Deste modo, quando eventos como este ocorrerem, haverá equipas prontas para se deslocar rapidamente ao local, coordenar a ocorrência e informar o CODU sobre a situação, assegurando assim uma resposta de qualidade.

Neste contexto, destaca-se o papel do EEEMC, cuja intervenção é determinante em situações de emergência, exceção e catástrofe. A sua capacidade de aplicar uma abordagem ágil, inteligente e fundamentada à gestão dos cuidados, bem como a sua adaptação a contextos adversos, são elementos chave para uma resposta coordenada e centrada na PSC.

4.3. Prevenção e Intervenção de Controlo de Infecção Resistência Antimicrobianos na Pessoa em Situação Crítica (PSC) ou Falência Orgânica

Os cuidados ao doente crítico implicam também uma preocupação acrescida no que concerne à prevenção e controlo de infeção, muitas vezes decorrentes de fatores intrínsecos, como a idade e a presença de doenças crónicas, mas também devido a fatores extrínsecos, como a instabilidade hemodinâmica, à fragilidade inerente à imunossupressão induzida, a elevada prevalência de procedimentos e utilização de dispositivos invasivos.

As IACS representam uma das principais ameaças à segurança do doente a nível global, estando associadas ao aumento da morbilidade, mortalidade, tempo de internamento e custos hospitalares (Gomes, 2021). De acordo com a OE (2017), as IACS resultam da aquisição de agentes infecciosos ou das suas toxinas durante a prestação de cuidados de saúde, podendo também afetar os profissionais.

Neste âmbito, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026, estruturado em cinco pilares, integra a temática das IACS no Pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros, estabelecendo como objetivo estratégico a redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos. Para tal, propõe que 95% das unidades de saúde cumpram o primeiro momento da higiene das mãos e que se obtenha uma redução de 30% na incidência de infeção urinária associada a cateter vesical, infeção da corrente sanguínea

associada a cateter venoso central, pneumonia associada à ventilação mecânica e infeção do local cirúrgico (Ministério da saúde, 2021).

De forma a garantir práticas assistenciais seguras e a proteção de todos os intervenientes no contexto dos cuidados de saúde, base fundamental do Pilar 5, é fundamental que os profissionais de saúde apliquem sistematicamente as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). As PBCI têm como princípio subjacente que não há doente de risco, mas sim procedimentos de risco. Estas devem ser implementadas em qualquer ambiente de saúde, independentemente da presença de infeção, e incluem: a colocação e avaliação do risco do doente, higiene das mãos, etiqueta respiratória, uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), reprocessamento dos dispositivos médicos de uso múltiplo e outros equipamentos/materiais; gestão segura do ambiente, dos equipamentos, das roupas, do sangue e fluidos corporais, bem como a eliminação adequada de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2023).

A PSC tem maior suscetibilidade a IACS, devido à sua condição clínica e à utilização de dispositivos invasivos (Barros, 2019; Cruz e Martins 2019).

A infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS), frequentemente associada ao uso do CVC, é uma das mais prevalentes e com maior taxa de mortalidade (DGS, 2018). Apesar de ser um recurso essencial para o acesso vascular, o CVC implica riscos significativos relacionados com a sua inserção e manipulação (DGS, 2022). A prevenção destas infeções depende diretamente da competência dos profissionais, da formação contínua, da adesão a práticas assépticas rigorosas e da implementação de precauções de barreira estéril (GEMAV, 2017; Ronco et al., 2019; Thomas, 2019). Segundo Ronco et al. (2019), a formação dos profissionais de saúde torna-se uma prioridade, particularmente no que concerne à prevenção de infeções, através da adoção de técnicas assépticas rigorosas e da implementação de precauções de barreira estéril em todos os momentos de manipulação do CVC.

Desde o início do estágio no SUMC, que a equipa de enfermagem revelou sentir necessidade de melhorar a sua prática dos cuidados perante o doente portador de CVC.

Deste modo, validou-se a pertinência do tema com o enfermeiro chefe e o enfermeiro orientador de estágio, considerando aliciente o desafio de uniformizar o procedimento de manuseamento/manutenção/otimização do CVC, à pessoa em situação crítica no SUMC.

Desta forma, elaborou-se, uma revisão bibliográfica narrativa sobre a *bundle* de prevenção da infeção relacionada com o CVC, e os cuidados de enfermagem inerentes à inserção, manutenção e manuseamento do CVC, tendo por base a norma clínica nº 022/2015 da DGS, atualizada a 29 de agosto de 2022. Os conteúdos teóricos foram operacionalizados sob a forma de projeto formativo, concebido com o objetivo de capacitar os profissionais de enfermagem na correta manutenção/otimização e manuseamento do CVC. Este recurso foi disponibilizado em formato PowerPoint e áudio incorporado e inserido na plataforma Moodle institucional, de forma a facilitar o acesso e a autonomia no processo de aprendizagem (APENDICE III). Como complemento à formação, foi ainda desenvolvido um poster informativo, afixado na SE, com o intuito de reforçar de forma acessível e visual, os procedimentos essenciais à correta manutenção e manuseamento do CVC (APENDICE IV).

A sessão de formação foi avaliada através da aplicação do questionário de satisfação institucional, em vigor na ULS do SUMC. Instrumento disponibilizado aos formandos após a conclusão integral da formação na plataforma Moodle, permitindo aferir o impacto percebido e a qualidade do recurso formativo desenvolvido (realizou-se após termino do meu estágio).

Apesar do projeto formativo se encontrar ainda em fase de disponibilização e consulta por parte dos enfermeiros do SMUC, é possível concluir que o conhecimento, a formação e as competências a serem adquiridas através deste recurso têm o potencial de determinar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, contribuindo para uma prática mais fundamentada e eficaz.

Em contexto pré-hospitalar, o INEM instituiu, em 2014, a Comissão de Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA), com o objetivo de reduzir as IACS, tanto nos doentes como nos profissionais de saúde (INEM, 2020). De acordo com a informação disponibilizada pelo INEM, a CCIRA, tem centrado a sua atuação em áreas prioritárias para a prevenção das IACS no contexto pré-hospitalar, nomeadamente: higiene das mãos, etiqueta respiratória, uso adequado de EPIs, colocação e transporte de doentes, descontaminação de dispositivos médicos, controlo ambiental, gestão segura da roupa hospitalar, práticas seguras na preparação e administração de medicamentos injetáveis, e prevenção da exposição ocupacional a agentes infecciosos (INEM, 2020)

Apesar das particularidades do contexto pré-hospitalar, que exigem uma constante adaptação dos procedimentos às condições frequentemente adversas e imprevisíveis do

terreno, observou-se uma preocupação transversal por parte dos profissionais relativamente à prevenção e controlo da infeção. Exemplos dessa prática incluem a higienização semanal sistemática de toda a carga e viatura da SIV e VMER, a utilização criteriosa dos EPIs, bem como a limpeza e desinfeção regulares das salas de trabalho e do material clínico utilizado.

Em todas as ocorrências observadas, foi evidente a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção por parte da equipa, nomeadamente através do uso adequado de EPIs, da higienização das mãos com solução antisséptica à base de álcool, da aplicação de práticas assépticas na realização de procedimentos invasivos e da gestão correta dos resíduos hospitalares, sempre que o contexto o permitia. Era ainda assegurada a recolha integral dos resíduos para posterior acondicionamento na área destinada aos materiais contaminados. Em situações que exigiram procedimentos invasivos na célula sanitária das ambulâncias de socorro, observou-se uma clara preocupação em estabelecer circuitos distintos para materiais limpos e sujos, promovendo práticas eficazes de prevenção e controlo da infeção. Foi-me igualmente facultado o acesso ao manual da ambulância SIV, o qual sistematiza orientações coerentes com os princípios de prevenção e controlo de infeção. Este documento destaca recomendações fundamentais, nomeadamente no que respeita à utilização adequada de equipamentos de proteção individual, à implementação de práticas eficazes de descontaminação de materiais e equipamentos, bem como à organização de circuitos específicos para a recolha e tratamento de resíduos, contribuindo para a segurança dos cuidados prestados.

Durante este estágio, tive a oportunidade de participar em reuniões e colaborar em auditorias tanto na Unidade de EEH como no meio de emergência, com o objetivo de sensibilizar para as boas práticas e avaliar a taxa de cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). Durante as reuniões, foram abordados diversos aspetos relativos à gestão da higiene e segurança no contexto pré-hospitalar, incluindo a higienização semanal do veículo e a limpeza entre ocorrências, o acondicionamento adequado do material e a correta posição do doente na ambulância. Também foi discutido o processo de separação e recolha dos resíduos, garantindo o seu acondicionamento adequado à chegada à base.

Ao participar nestas auditorias obtive uma visão aprofundada sobre a operacionalidade dos meios, permitindo-me identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais do contexto pré-hospitalar, bem como as necessidades específicas de formação e melhorias na área do PPCIRA. Importa destacar que estas atividades

desempenham um papel crucial na monitorização da evolução dos indicadores de qualidade, na avaliação da eficácia das medidas implementadas e, quando os objetivos não são alcançados, na identificação das áreas que necessitam de melhorias. As auditorias constituem, igualmente, oportunidades para a sensibilização e capacitação dos profissionais, permitindo um contato direto e contínuo com a equipa (INEM, 2024).

Como mencionado anteriormente, durante o estágio em EEH, participei numa formação da CPCIRA sobre as PBCI promovida pelo INEM. Esta formação teve como objetivo contextualizar o papel do enfermeiro especialista na CPCIRA, permitindo-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências essenciais para garantir a segurança do doente e da equipa, promovendo a prevenção e controlo de infeções no contexto pré-hospitalar. Deste modo, reconheço a infeção como um eixo prioritário da minha prática clínica, tendo reforçado a intervenção orientada para a sua prevenção e controlo, mesmo face à complexidade dos contextos e à necessidade de uma resposta atempada e eficaz.

Durante o ENP em UCIP, verifiquei que a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAI) constitui a infeção nosocomial mais prevalente, associando-se ao aumento da duração da ventilação, consumo de antibióticos, tempo de internamento e custos (DGS, 2022). A PAI ocorre em doentes com prótese ventilatória ou que foram extubados há menos de 48h. Para a sua prevenção, a DGS atualizou a Norma n.º 021/2015, cujos Feixes de Intervenção ou *Bundles* incluem: sedação ligeira baseada na analgesia, teste diário de ventilação espontânea, elevação da cabeceira a 30º, higiene oral com clorhexidina 0,2%, pelo menos, 3x ao dia, e monitorização da pressão do cuff (DGS, 2022). Medidas adicionais incluem a substituição dos circuitos ventilatórios apenas quando estritamente necessário, a utilização de *Heat and Moisture Exchanger* (HME) e o uso de tubos com aspiração subglótica em ventilações superiores a 72h. Adicionalmente, era realizada a vigilância da sonda nasogástrica e da tolerância à nutrição permitindo assim prevenir pneumonia por aspiração. A implementação destas recomendações visa reduzir a incidência de PAI em 30% (DGS,2022)

Relativamente aos CVC, verifiquei que toda a equipa seguia as recomendações do *Bundle* inserção e manutenção do CVC definido na norma atualizada (DGS, 2022), implementando sistematicamente medidas como a higienização das mãos, a técnica no-touch, a desinfeção com clorhexidina a 2% durante 15 segundos, a adoção de técnica asséptica em todas as manipulações e os cuidados adequados com o penso. Também, era efetuada a troca regular das válvulas, sistemas de perfusão e prolongadores a cada 96 horas, bem como, nas vias não utilizadas, a substituição da válvula no mesmo intervalo, concluindo

com a sua verificação da permeabilidade e salinização com solução de cloreto de Sódio a 0,9% (ampola de uso único).

Durante o estágio, segui igualmente estas orientações, assegurando o cumprimento rigoroso das boas práticas, incluindo a avaliação regular do local de inserção do CVC, essencial na prevenção das IACS.

Relativamente às boas práticas de manutenção do cateter vesical, e de acordo com a norma da DGS – *Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical* (DGS, 2022) –, procedia à reavaliação diária da necessidade de manutenção do dispositivo, promovendo a sua remoção precoce sempre que clinicamente viável, medida essencial na prevenção da infecção urinária associada. Garantia o posicionamento do saco de drenagem abaixo do nível da bexiga, evitando o seu contacto com o chão, e procedia ao seu esvaziamento quando atingia 2/3 da capacidade. A higiene diária do meato era assegurada, sendo intensificada em casos de diarreia. A manipulação do sistema era feita com técnica asséptica, incluindo desinfeção adequada das mãos e uso correto de equipamento de proteção. Quando a integridade do sistema era comprometida, procedia-se à sua substituição integral.

No que concerne à prevenção e controlo da transmissão de microrganismos multirresistentes na UCI, era realizada a higiene corporal diária com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2% durante os primeiros cinco dias de internamento (excluindo a face). O rastreio de MRSA e ERC era realizado na admissão, através de zaragatoas (nasal, ferida e região anal), mantendo-se o doente em isolamento de contacto até resultados definitivos.

Na unidade, existia um protocolo institucional baseado em todas estas normas e boas práticas, cujo cumprimento era registado no sistema informático *BSimple®*.

Importa destacar o contributo da unidade curricular “Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde”, lecionada no âmbito do mestrado, cuja articulação com a prática clínica em estágio permitiu não só a consolidação de competências, como também uma reflexão crítica sobre o papel do EE na prevenção e controlo da infeção. Neste contexto, o ENP na UCIP revelou-se particularmente significativo para o desenvolvimento das competências do EEEMC-PSC, dada a elevada vulnerabilidade da pessoa em situação crítica e a sólida implementação de políticas de controlo de infeção neste ambiente de cuidados.

4.4. Contributo da Componente Clínica para o Desenvolvimento Pessoal e Profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC)

A citação “Se queres resultados diferentes, não faças sempre o mesmo”, frequentemente atribuída a Paul Watzlawick, espelha o princípio que orienta o meu percurso profissional. Num mundo em constante evolução, é imprescindível sair da zona de conforto, questionar práticas instituídas e procurar novas abordagens. Esta consciência crítica motiva-me a evoluir continuamente — não apenas por mim, mas sobretudo pela qualidade dos cuidados que presto e pela dignidade das pessoas a quem cuido.

O estágio realizado no SUMC revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências especializadas em EMC, com enfoque na PSC. Num contexto caracterizado por imprevisibilidade e elevada exigência clínica, consolidei aptidões fundamentais como a tomada de decisão célere, a triagem de prioridades e a gestão de situações emergentes, incluindo intervenções de complexidade elevada. Paralelamente, o facto de exercer em contexto de urgência básica permitiu-me reconhecer ganhos significativos na minha abordagem ao doente crítico, possibilitando uma postura mais estruturada, segura e diferenciada.

O ENP-EEH permitiu-me, por sua vez, desenvolver competências num ambiente não controlado, mais instável e imprevisível, reforçando a importância de uma atuação ágil, segura e centrada na pessoa. Esta experiência evidenciou o papel determinante da comunicação na equipa multidisciplinar, especialmente nos momentos de transição de cuidados, fundamentais para assegurar a continuidade, segurança e individualização da intervenção.

A experiência na UCIP foi ainda uma oportunidade única para refletir criticamente sobre a minha prática habitual, promovendo a consciencialização sobre a necessidade permanente de melhoria da qualidade dos cuidados. O contacto com uma equipa altamente diferenciada e com um elevado número de PSC permitiu consolidar competências técnicas e humanas, num ambiente tecnicamente exigente, mas seguro e promotor da excelência dos cuidados. No entanto, implicou uma exigência acrescida, uma vez que me deparei com tecnologias complexas, como a ventilação mecânica e a administração de fármacos altamente especializados. Este ambiente, inicialmente desafiante, exigiu um período de adaptação, sustentado por um investimento pessoal significativo, quer ao nível do estudo

autónomo, quer da prática supervisionada, para que me sentisse capacitada a prestar cuidados diferenciados com segurança e rigor técnico-científico.

Este contexto proporcionou também a oportunidade de partilhar a temática da revisão integrativa da literatura, promovendo o aprofundamento do conhecimento e a reflexão crítica sobre a prevenção e gestão da perturbação de stress pós-traumático (PSPT) vivenciado pela PSC e respetiva família/cuidador. O webinar desenvolvido — “Escrever para curar: Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em doentes de Cuidados Intensivos” — centrou-se, entre outras estratégias, na implementação do DPI, ainda pouco explorado em Portugal, mas com forte reconhecimento internacional no âmbito da humanização dos cuidados.

Apesar do tempo limitado de estágio, foi possível apresentar uma proposta de guia orientador para a integração do DPI na consulta de *follow-up* da UCIP, tendo a equipa de enfermagem, nomeadamente o enfermeiro-chefe e os elementos da consulta, demonstrado interesse e abertura para dar continuidade à iniciativa, reconhecendo-a como uma das prioridades da unidade: a humanização dos cuidados intensivos.

A conclusão das diferentes componentes clínicas representou uma etapa marcante no meu desenvolvimento profissional, promovendo a consolidação de competências específicas no cuidado à PSC e incentivando uma prática fundamentada na reflexão crítica e na melhor evidência disponível. Realçaram ainda a importância do papel enriquecedor e distintivo do EE no seio da equipa de saúde. Cuidar da pessoa, da família e do cuidador que atravessam processos complexos de doença crítica, com funções vitais comprometidas e em risco iminente de falência, requer cuidados de enfermagem de elevada complexidade, para uma resposta eficaz às necessidades fundamentais de manutenção da vida.

Capítulo II - A Prática de Cuidados Baseada na Evidência

A qualidade de um sistema de saúde é assegurada por profissionais de saúde competentes, entusiasmados e comprometidos, que demonstram adaptabilidade constante, promovem inovações e abordam de forma eficaz os desafios relacionados a problemas de saúde em constante crescimento e complexidade. Diante das atuais adversidades do SNS, os enfermeiros, como pilares fundamentais, reconhecem a necessidade de prestar cuidados que estejam alinhados com a melhor e mais recente evidência científica.

De acordo com Kérouac et al. (2005), a formação difunde os conhecimentos essenciais para a prática e impulsiona a investigação, promovendo a evolução dos conhecimentos. Os autores evidenciam a articulação contínua entre prática, teoria e investigação no desenvolvimento da Enfermagem. *Afaf Meleis*, defende que os enfermeiros, para além da prática clínica, devem envolver-se ativamente na investigação, uma vez que o conhecimento deve ser dinâmico e permanentemente atualizado face às exigências dos contextos clínicos (Meleis,2010).

Neste sentido, reconhecendo a importância da investigação como motor de transformação da prática e de produção de conhecimento, realizei uma revisão integrativa da literatura subordinada ao tema *“Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em doentes de Cuidados Intensivos”*. Esta revisão procurou aprofundar o contributo desta estratégia no contexto dos cuidados intensivos, reforçando a pertinência de práticas fundamentadas na evidência científica e sensíveis às dimensões emocionais da PSC.

1. Revisão Integrativa da Literatura (RIL): Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em Doentes de Cuidados Intensivos

A utilização do diário tem vindo a ser uma intervenção promissora, capaz de ajudar os doentes a reconstruir a narrativa da sua hospitalização, facilitando a sua compreensão e integração emocional da experiência em unidades de cuidados intensivos. A necessidade de aprofundar esta temática justifica-se pela crescente valorização da saúde mental em contexto crítico e pela importância de implementar estratégias de cuidado baseadas na melhor evidência científica disponível. Compreender o impacto e o potencial terapêutico do

diário pode contribuir para práticas de enfermagem mais humanizadas, eficazes e centradas na pessoa.

1.1. Enquadramento Conceptual

As UCI são ambientes altamente especializados, destinados ao tratamento da PSC, com risco iminente de vida, que requerem vigilância contínua por profissionais qualificados e recurso a tecnologias avançadas de diagnóstico e intervenção, baseadas em protocolos clínicos rigorosos (Ministério da Saúde, 2013). Frequentemente, associadas ao sofrimento e à morte, estas unidades constituem um espaço complexo e exigente, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde (Proença & Agnolo, 2011).

São estas características que se destacam nas vivências dos doentes, traduzidas como acontecimento único, vivido de forma única e singular, indutor de stress, alterando temporariamente ou os seus projetos de vida, ou até mesmo constituindo uma ameaça à sua existência (Almeida M; Ribeiro J., 2008).

A capacidade de cada doente em superar a situação de crise gerada pelo internamento em UCI's depende, não só da perceção que tem da situação de doença e da crise que está a atravessar, mas também dos mecanismos intrínsecos e extrínsecos que dispõe para lidar com a situação (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Kredentser et al., 2018, Sayde et al., 2020).

As UCI's, são referidas como espaços físicos limitativamente fechados, com luz artificial, ruído permanente, ambiente hostil e emocionalmente desgastante (Correia, 2020). Com múltiplos fatores de stress associados aos procedimentos invasivos e/ou dolorosos; às múltiplas terapêuticas que incluem a administração frequente de fármacos; e à ventilação mecânica. Os doentes manifestam delírio; apresentam alterações do ciclo sono-vigília, bem como a capacidade limitada na comunicação e autonomia reduzida (Carvalhão & Aleixo, 2021).

Perante estas complicações estimuladoras de stress associado às UCI's, os doentes podem vir a desenvolver a perturbação de Stress Pós-Traumático (SPT) (Carvalhão & Aleixo, 2021).

O SPT é uma perturbação enquadrada na classe dos traumas e transtornos relacionados com o stress identificada no Manual de Diagnóstico e Estatística das

Perturbações Mentais. É caracterizada por sintomas de temor intenso e pavor que são despoletados por acontecimentos tormentosos que representem algum tipo de intimação à integridade física da pessoa (Associação Americana de Psiquiatria (2014), Pereira, 2012).

Os fatores de risco que despoletam o desenvolvimento de sintomas de SPT, são extrínsecos e intrínsecos. Os extrínsecos, estão essencialmente relacionados aos eventos críticos e marcantes da sua situação clínica e aos tratamentos invasores durante o internamento. Os fatores intrínsecos estão associados às memórias reminiscentes após o internamento em UCI's (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Kredentser et al., 2018, Sayde et al., 2020). Orvelius et al., (2016) referencia que 6 meses após o internamento, cerca de 78% dos doentes com alta da UCI's tem recordações do seu internamento. Essas recordações podem surgir sob forma de pesadelos noturnos, memórias impactantes indesejadas alterando significativamente a qualidade do sono e diminuindo a qualidade de vida dos doentes (Lago, 2020).

De uma forma muito objetiva e clara, Oliveira et al., (2021) menciona que não basta garantir a sobrevivência dos doentes internados em UCI's, é necessário mitigar as sequelas que afetam de forma significativa, e causam danos à manutenção da qualidade de vida dos doentes após alta das UCI's.

Assim, o diário em cuidados intensivos surge como estratégia empírica, valiosa, e de baixo custo, que remonta os anos 80's na Dinamarca, e que foi alargada a outros países no norte da Europa como a Suécia, Noruega, Reino Unido, Suíça e Alemanha (Garrouste-Orgeas et al., 2017).

O diário é constituído por uma narrativa de eventos e/ou observações pertinentes, escrita por toda a equipa multidisciplinar, familiares ou visitas e entregue ao doente após a sua alta (Lasiter et al., 2016). Pressupõe de que a memória é um dos maiores preditores de disfunção psicológica após o internamento em UCI's (Garrouste-Orgeas et al., 2017). O diário visa preencher e consolidar as lacunas existentes, diminuir o efeito das memórias intrusivas, desmistificar as memórias traumáticas causadas pelo internamento (Halm, 2019) e definir metas realistas para uma recuperação (Flahault et al., 2022). A construção do diário deve obedecer as *guidelines* existentes para a uniformização da informação contida e para que produza o efeito desejado, devendo este conter detalhes, por ordem cronológica, sobre a hospitalização e os progressos diários da pessoa (Torres L. et al., 2020).

Apesar dos benefícios que o diário tem demonstrado na redução da incidência SPT, atualmente, ainda não existe evidência considerável sobre os seus efeitos e contributos nos

doentes internados nas UCI's, e que permita recomendar sua massificação como estratégia terapêutica. Deste modo, realizamos uma RIL com objetivo analisar a produção científica sobre o efeito do diário no stress pós-traumático nos doentes internados em cuidados intensivos.

1.2. Método

Procedeu-se a uma RIL, com recurso a estudos de investigação publicados entre 2019 e 2024. A revisão integrativa é um método valioso para a enfermagem, na medida em que permite a síntese e análise de diversos estudos relevantes, sustentando a tomada de decisão e melhoria da prática clínica (Mendes et al., 2008).

A RIL foi norteadada pelas 6 etapas metodológicas de Mendes et al. (2008): 1º) definição do tema e determinação da questão de partida; 2º) delinear os critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3º) organização e extração da informação dos artigos elegidos; 4º) avaliação dos estudos; 5º) interpretação dos resultados; 6º) Resumo do conhecimento extraído. Desta forma a questão de partida foi elaborado pela norma PICO: *Qual o efeito do diário (I) no stress pós-traumático (O) nos doentes (P) internados em cuidados intensivos?*

A pesquisa na web foi realizada nos meses abril, maio e junho de 2024, utilizou-se a plataforma EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers). A estratégia de busca incidiu na associação dos seguintes descritores em língua inglesa validados através dos Descritores em Ciências da Saúde para Português do Brasil – DeCS: “Diary” AND “Critical Care” AND “Stress disorders, Post traumatic”.

Foram ainda utilizadas duas bases de dados, nomeadamente a Pubmed e Sciencedirect, recorrendo aos descritores: “Diary”, “ICU”, “stress disorder, post traumatic”.

Na fase inicial, foram definidos como critérios de inclusão para a revisão: artigos publicados entre 2019-2024; com texto integral de acesso livre; escritos no idioma português e inglês, em que os participantes foram doentes críticos com idade superior a 18 anos e que utilizariam o diário como ferramenta para mitigar o SPT em contexto de UCI's. Como critérios de exclusão: o adulto com patologias de foro psiquiátrico ou com demência.

Posteriormente, de modo a ir de encontro aos critérios de inclusão estabelecidos, foram realizadas as seguintes etapas: inclusão/exclusão do artigo através do título e do resumo; por fim, a inclusão/exclusão do artigo pela leitura do texto integral. Foram identificados 478 artigos, dos quais 7 integraram a revisão, como se pode verificar na Figura 1.

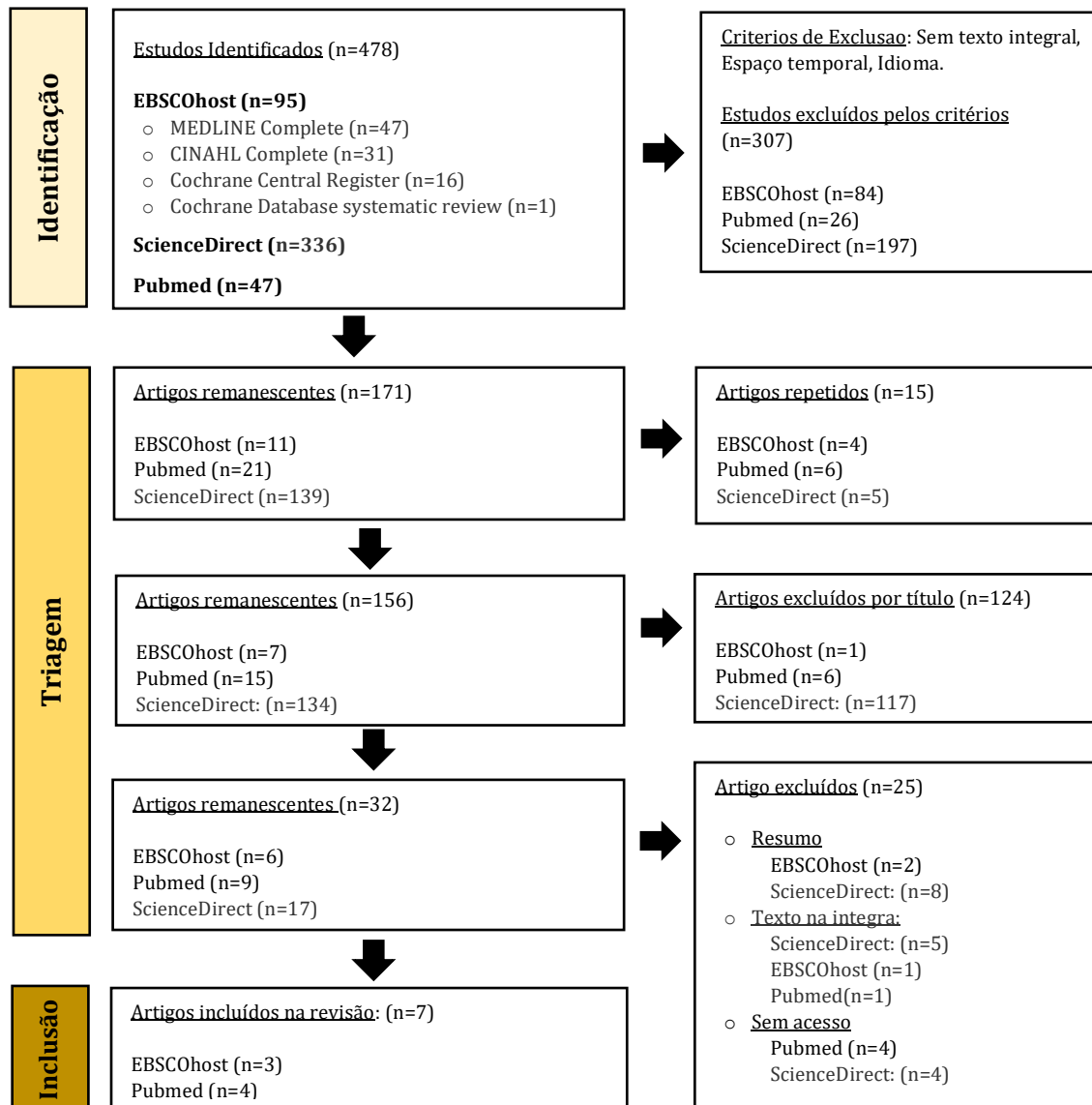


Figura 1 – Método de seleção dos artigos

Fonte: MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

1.3. Resultados

Os 7 estudos que integram a RIL distribuem-se por diferentes tipos de métodos: 4 utilizam metodologia quantitativa (1 estudo exploratório - descritivo e 3 experimental - controlado); e 3 são revisões da literatura. Os estudos que integram a revisão e os principais resultados encontrados estão explanados no quadro 1.

Tabela 1 – Síntese da evidência científica

Título: The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis.					
Autores	País / Ano de Publicação	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Principais Conclusões
Barreto B., Luz M., Rios M., Lopes A., Flores D.	Brasil, 2019	Revisão sistemática literatura	n= 12 artigos	Reavaliar a literatura atual sobre o efeito dos diários de UCI's para os doentes internados e seus familiares. Fornecer uma descrição detalhada da estrutura do diário, a impressão dos profissionais de saúde sobre a escrita dos diários e os comentários dos doentes ao receberem um diário de UCI's.	Os diários de UCI's podem reduzir o risco de depressão, os efeitos negativos dos tratamentos efetuados em cuidados intensivos e na qualidade de vida dos doentes. O diário de UCI's foi associado a um menor risco de depressão e a uma melhor qualidade de vida, sem uma diminuição na ansiedade ou na perturbação de stress pós-traumático (PSPT).

Título: Effect of na ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation.					
Autores	País / Ano de Publicação	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Principais Conclusões
Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Vinatier, I., Rigaud, J., Thieulot-Rolin, N., Mercier, E.,	França, 2019	Estudo quantitativo,	Grupo de intervenção n=355 que tiveram o diário preenchido	Avaliar o efeito de um diário de UCI's nas consequências	O uso do diário de UCI's não reduziu significativamente a percentagem de sintomas

Rouget, A., Grand, H., Lesieur, O., Tamion, F., Hamidfar, R., Renault, A., Parmentier-Decrucq, E., Monseau, Y., Argaud, L., Bretonnière, C., Lautrette, A., Badié, J., Boulet, E., & Timsit, J.		experimental, controlado	Grupo de Controlo n=354 tiveram o cuidado usual de UCI's sem o preenchimento do diário	psicológicas após 3 meses do internamento na UCI's.	significativos de SPT após 3 meses do internamento em UCI's. Os resultados sugerem que o diário não modificou as consequências psicológicas de um internamento em UCI's.
---	--	--------------------------	--	---	--

Título: Intensive care unit diaries, part 2: impact of diaries and follow-up consultation on post-intensive care syndrome.					
Autores	País / Ano de Publicação	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Principais Conclusões
Halm, M.	Estados Unidos, 2019	Revisão sistemática da literatura	n=11 artigos	Perceber se a implementação de diários de UCI's e/ou consulta de acompanhamento reduzem a ansiedade, depressão, stress pós-traumático transtorno de stress pós-traumático, deficiências físicas/cognitivas e se melhoraram a qualidade de vida dos doentes sobreviventes à doença crítica.	Os diários nas UCI's têm um efeito positivo no doente crítico ao nível da ansiedade, depressão e qualidade de vida, evidenciando um potencial efeito positivo relacionado com o stress pós-traumático manifestado pelo doente crítico. Num dos ensaios clínicos, o diário juntamente com a psico educação e acompanhamento de follow-up, melhoraram a depressão e o stress pós-traumático.

Título: Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological morbidity associated with critical illness

Autores	País / Ano de Publicação	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Principais Conclusões
Sayde, G.; Stefanescu, A.; Conrad E.; Nielsen N.; Hammer R.	Estados Unidos, 2020	Estudo quantitativo, experimental, controlado	Grupo de intervenção (uso do diário e psicoeducação à cabeceira do doente) n=5 Grupo de controlo (uso de psicoeducação à cabeceira do doente) n=8	Avaliar a eficácia do uso do diário e psicoeducação em comparação com apenas o uso de educação à cabeceira do leito do doente na redução do stress pós-traumático em doentes após internamento em Unidade de cuidado intensivos	Não houve benefício no uso de um diário na (UCI's) em comparação com o uso da educação à cabeceira do leito do doente na redução do stress pós-traumático. O grupo de controlo apresentou uma redução significativa nos sintomas de stress pós-traumático, hiperexcitação e depressão 4 semanas após a alta comparativamente ao grupo de intervenção. O feedback dos doentes e das famílias relativamente ao uso do diário foi valioso, uma vez que referem ter ajudado no processo de recuperação. Suspeitam que o verdadeiro benefício dos diários de UCI's não está simplesmente em criá-los inicialmente, mas em usá-los para terapia de exposição progressiva em ambiente ambulatorio.

Título: Effect of relatives' intensive care unit diaries on post traumatic stress in patients and relatives (DRIP-study): A mixed methods study					
Autores	País / Ano de Publicação	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Principais Conclusões
Nielsen A.; Angel S.; Egerod I.	Dinamarca, 2020	Método quantitativo exploratório-descritivo	n= 11 familiares n= 10 doentes internados em UCI's	Explorar a relação entre o sofrimento psicológico e a partilha do diário entre doentes e familiares, investigando: 1) o uso do diário, 2) a perceção do diário e 3) os sintomas de stress psicológico.	Os doentes que rececionaram o diário de forma positiva, estava relacionado à frequência de leitura e partilha do diário com os seus familiares. Apesar de o diário escrito por familiares não prevenir o stress pós-traumático, alguns doentes consideram-no valioso para dar sentido à sua doença crítica e ao seu tempo na UCI's.

Título: The Effect of Intensive Care Unit Diaries on Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression					
Autores	País / Ano de Publicação	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Principais Conclusões
Gazzato A.; Scquizzato T.; Imbriaco, G.; Negro, A.; Garrido M.; Landoni G.; Zangrillo A.; Borghi G.;	2022	Revisão sistemática da literatura	n= 7 estudos incluídos	Investigar os efeitos dos diários de UCI's no SPT, depressão e ansiedade de doentes internados na UCI's.	Foram encontradas evidências para apoiar a eficácia dos diários de UCI's na redução do stress pós-traumático. O uso do diário de cuidados intensivos está associado a uma redução do stress pós-traumático em cerca de 28% em comparação com os cuidados padrão.

Título: The effect of nurse-initiated diary intervention on posttraumatic stress disorder and recall of memories in ICU survivors: a randomized controlled trial.					
Autores	País / Ano de Publicação	Tipo de estudo	Participantes	Objetivos	Principais Conclusões
Rashidi E.; Razban F.; Asadi N.	Irão, 2024	Estudo quantitativo experimental, controlado	n=28 participantes	Estudar o efeito da intervenção do uso do diário iniciada por enfermeiros no stress pós-traumático e na evocação de memórias enquanto doente de UCI's.	Os resultados mostraram que o diário iniciado por enfermeiros foi eficaz na redução do stress pós-traumático e na recordação clara de memórias dos doentes admitidos em UCI's. Sugerem este tipo de intervenção para reduzir o stress pós-traumático nestes doentes.

1.4. Discussão

Tendo em conta a multiplicidade de situações complexas nas UCI's, são vários os potenciais agentes de stress que podem pôr em causa o bem-estar físico e psicológico dos doentes em estado crítico (Travers A.,2010). Muitos destes doentes, têm memórias confusas ou assustadoras do período de internamento, pelo que o uso dos diários pode-os ajudar e às suas famílias no processo de recuperação, ajudando a preencher lacunas e atribuir significado às suas memórias (Pattison et al., 2019). Tendo em conta que, como referido no enquadramento conceptual, um dos fatores de risco para o desenvolvimento de SPT são os fatores extrínsecos ao internamento, o diário vai desmistificar o que foi cada procedimento e qual a sua importância, bem como a função de cada equipamento que faz parte da monitorização e vigilância do doente internado em UCI's (Garrouste-Orgeas M. et al., 2014).

Os estudos realizados para avaliar a efetividade do diário em UCI revelam resultados diversos. De forma geral, a evidência aponta para benefícios relevantes, embora variáveis, na mitigação das consequências psicológicas do internamento. Halm (2019) identificou melhorias em indicadores como ansiedade, depressão e qualidade de vida, associadas à utilização do diário, em consonância com Barreto et al. (2019), que destacou o seu papel na redução dos efeitos negativos dos tratamentos implementados. De forma complementar, Rashidi et al. (2024) demonstraram a efetividade do diário na diminuição dos sintomas de stress pós-traumático (SPT). Já o estudo de Nielsen et al. (2020) sobressaiu que a perceção positiva dos doentes relativamente ao diário estava associada à frequência com que este era lido e partilhado com os familiares. Embora a utilização do diário por familiares não mostre prevenir o desenvolvimento de SPT, alguns doentes consideraram-no uma ferramenta valiosa para dar significado à sua doença crítica e ao tempo de internamento na UCI.

Além disso, alguns doentes descrevem o diário como um ato personalizado de atenção e carinho, especialmente quando transmite mensagens encorajadoras dos familiares e profissionais de saúde durante o período de internamento (Glimelius Petersson et al., 2018). Na mesma linha de pensamento, Rashidi et al. (2024), acentua o papel fundamental dos enfermeiros ao iniciarem o diário, uma vez que fornecem informação objetiva e real aos doentes, excluem experiências irreais e atribuem sequência aos eventos que ocorreram na UCI's, melhorando a perceção de memórias. Gazzato et al. (2022) afirmam que os doentes ao relacionar os sonhos com a narrativa e fotografias no diário da UCI, podem distinguir entre realidade e imaginação. Ao determinar se algumas memórias são

interpretações erradas do que aconteceu, pode permitir que os doentes compreendam seus medos e sintomas, atenuando possíveis danos psicológicos. O seu estudo afirma que o uso de diários na UCI's está associado a uma diminuição da ocorrência do stress pós-traumático nos doentes após a alta da UCI de cerca de 28% em comparação com os cuidados padrão.

Contudo o estudo de Garrouste-Orgeas et al. (2019), salientou que o uso do diário de UCI's não reduziu significativamente a percentagem de sintomas significativos de SPT após 3 meses do internamento em UCI's, nem modificou as consequências psicológicas de um internamento em UCI's. Segundo Flahault et al. (2022), este efeito contrário no que diz respeito aos diários de UCI's, tem a ver com a preparação prévia do doente em receber o diário, ou seja, é necessário realizar um "briefing" do diário com o doente, e prepara-lo para o receber e partilhá-lo.

Cerca de 20% dos doentes e familiares referem que não desejam ler o diário e que este só devia ser uma estratégia a adotar para quem expresse interesse em tal (Glimelius Petersson et al. (2018). Nielsen et al. (2020) acrescenta que, cada pessoa é dotada da sua individualidade, tendo por isso diferentes necessidades, e se há quem queira reconstruir a história, há quem prefira seguir em frente e considere que a experiência de reviver o percurso em UCI's é dotada de demasiadas emoções dolorosas. Sayde et al. (2020), enfatiza que o verdadeiro benefício dos diários de UCI's não está simplesmente em criá-los inicialmente, mas em usá-los para terapia de exposição progressiva em ambiente ambulatorio se o doente assim o entender. Ou ainda, utilizar outras estratégias, que aliadas ao diário, potenciam o seu efeito, nomeadamente a sua análise e discussão com os familiares na consulta de *follow up*, a visita às UCI's como parte integrante da consulta (Kredentser M. et al., 2018) e a psicoeducação (Garrouste-Orgeas et al., 2019). Recentemente, Gazzato A. et al. (2022) salienta que é necessário avaliar e identificar apropriadamente quais são as pessoas que beneficiam do diário para evitar o agravamento da disfunção psicológica.

Em termos de evidência científica, os resultados a que tivemos acesso apontam tanto para benefícios como para desafios associados ao uso do diário em contexto de cuidados intensivos. Embora os diários possam desempenhar um papel preventivo, encorajar a resiliência e promover a recuperação dos doentes internados em UCI, subsistem dúvidas quanto à abordagem mais adequada, à sua real eficácia e à identificação dos doentes que efetivamente poderão beneficiar desta intervenção.

A principal limitação deste estudo foi o número reduzido de estudos a que tivemos acesso. Torna-se imperativo a realização de mais estudos que tornem os resultados mais

representativos, tanto na população mundial, como adaptados à população portuguesa, para que esta intervenção seja disseminada e assim recomendada como estratégia terapêutica.

Implicações para a prática clínica

Os resultados obtidos, sugerem que o diário poderá ser uma ferramenta útil para o acompanhamento do doente e da família após o internamento em UCI's. Poder-se-ia equacionar, a possibilidade de criar um grupo de trabalho multidisciplinar nas UCIs destinado a construir diretrizes e normas orientadoras que guiem os profissionais de saúde, familiares e amigos na realização do diário em cuidados intensivos e posteriormente a sua implementação.

1.5. Nota Conclusiva

Os cuidados intensivos per si, incorporam uma realidade em que os avanços tecnológicos e a perícia técnica se sobrepõem ao cuidado, à pessoa na sua plenitude, incluindo relações interpessoais e individualização dos cuidados, sendo urgente a sua humanização. A implementação do diário é uma estratégia catalisadora, integrante da humanização dos cuidados, cujo benefício é mitigar os efeitos que advêm do internamento em UCI's e que as suas consequências psicológicas, nomeadamente o SPT são evidentes. Não é claro como os diários podem intervir nos sintomas prevalentes e preditivos de memórias traumáticas delirantes, como também o seu poder em substituir delírios por narrativas factuais, e conseqüentemente produzir efeito no SPT. No entanto, é uma estratégia apreciada pelo doente, não só pela partilha das emoções dos familiares e amigos decorrentes do processo de saúde/doença, como também pela valorização da atenção e da personalização dos cuidados da equipa de saúde ao dedicarem tempo no registo e narrativa da sua história nos cuidados intensivos.

Contudo, apesar de ser uma estratégia reconhecida com agrado pelos doentes, alguns consideram os diários geradores de stress e sofrimento ao relembrar todo o processo de internamento em UCI's, pelo que é fundamental o acompanhamento individualizado e personalizado após a alta hospitalar.

É importante salientar que, para otimizar o efeito do diário, é desejável que este esteja integrado juntamente com outras estratégias, nomeadamente a psicoeducação, a consulta de *follow up*, e mecanismos semelhantes, uma vez que é considerado um momento inestimável para discutir a recuperação física, emocional e psicológica dos doentes. Além disso, permite uma visão holística sobre sua doença à medida que vai lendo sobre sua experiência, ajudando assim a formar uma memória construtiva.

Apesar dos profissionais de saúde estarem sensibilizados para com as consequências psicológicas resultantes de um internamento em UCI's, tanto para a pessoa internada como para os seus familiares, os dados da sua prevalência revelam que é uma área que carece de uma maior e melhor intervenção por parte dos mesmos.

Deste modo, este estudo para além de contribuir para a divulgação da temática como estratégia inovadora, tornou também claro, que as necessidades psicológicas e os sintomas de SPT dos sobreviventes das UCI's após a alta são crónicos e prevalentes, e merecem esforços aprimorados em prevenção, educação, tratamento e acesso aos cuidados.

2. Desenvolvimento de Competências Científicas e Académicas Através do Trabalho de Investigação no Mestrado

O desenvolvimento do trabalho de investigação intitulado “Diário como ferramenta para Mitigar o Stress Pós-traumático em doentes de Cuidados intensivos”, constitui um contributo essencial para a consolidação das competências exigidas para a obtenção do grau de Mestre em EMC-PSC. Esta consolidação vai de encontro com os objetivos definidos no artigo 15º do Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, que estabelece o perfil de competências do grau de mestre, nomeadamente no que se refere à aquisição de conhecimentos altamente especializados, à capacidade de intervenção crítica em contextos complexos e imprevisíveis, e à produção e aplicação de conhecimento inovador com impacto na qualidade dos cuidados.

A realização desta RIL exigiu o desenvolvimento de capacidades metodológicas, desde a formulação da pergunta de investigação, à análise crítica e sistematizada da evidencia científica mais atual, até à síntese e discussão dos resultados. Esta exigência metodológica, fomentou o pensamento crítico reflexivo, competência nuclear do grau de mestre, permitindo consolidar e transformar o conhecimento teórico existente em saber científico aplicável, com potencial impacto na eficácia e segurança dos cuidados prestados

à PSC. Este percurso investigativo, permitiu-me aprofundar o domínio científico na área da humanização dos cuidados intensivos, nomeadamente no reconhecimento da PSPT, como fenómenos emergentes na PSC e suas famílias, e na identificação de estratégias inovadoras para a sua prevenção e mitigação.

O trabalho revelou-se igualmente estruturante no desenvolvimento de competências éticas, técnicas e culturais, ao promover a reflexão crítica sobre a dimensão emocional vivida pela PSC e respetiva família, durante o internamento em UCI, bem como o papel do enfermeiro na promoção de cuidados integrados, sensíveis e humanizados, com repercussões significativas na qualidade de vida após alta hospitalar.

Além disso, a partilha dos resultados da RIL com a equipa da UCIP, através do webinar “Escrever para Curar: O Diário como ferramenta para mitigar o Stress Pós-traumático em doentes de cuidados intensivos”, evidenciou o potencial do conhecimento científico enquanto catalisador de mudança. Esta apresentação promoveu o pensamento crítico, e inspirou a discussão em torno de abordagens centradas na pessoa e na sua singularidade, reforçando a importância de estratégias diferenciadoras e humanizadoras que valorizam a experiência do doente e da sua família.

Este processo, conduzido de forma autónoma e sustentado em evidência científica robusta, possibilitou a consolidação de competências avançadas de investigação e intervenção clínica, destacando-se a capacidade de atuar estrategicamente em contextos complexos e em constante evolução. Trata-se assim, de um contributo significativo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, promovendo a melhoria contínua da prática especializada centrada na PSC.

Importa, no entanto, reforçar que este é um caminho em construção. A necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a experiência vivida pela PSC durante o internamento em UCI permanece atual e pertinente. Investigar este fenómeno nos diversos contextos, mantendo uma abordagem metodológica centrada na filosofia das essências, permitirá identificar novas singularidades, os aspetos comuns da vivência, ampliando o entendimento do cuidado humanizado e contribuindo para uma prática mais sensível, ética e personalizada. Neste sentido, destaca-se que a RIL desenvolvida no âmbito do mestrado foi submetida a uma revista científica da área da saúde, tendo sido aceite e publicada, facto que reforça a relevância, rigor metodológico e contributo científico do estudo para a área da enfermagem especializada (ANEXO XI).

Conclusão

A Enfermagem, enquanto ciência humanista e disciplina do cuidar, acompanha de forma transversal a pessoa ao longo do ciclo vital, numa perspetiva holística e multicultural. A sua intervenção visa não apenas a promoção da saúde e a prevenção da doença, mas também o apoio à readaptação funcional e psicossocial perante processos de transição, muitas vezes marcados por alterações súbitas ou progressivas no estado de saúde. Neste sentido, torna-se essencial garantir a satisfação das necessidades humanas fundamentais e promover a autonomia nas atividades da vida diária, através da implementação de estratégias de readaptação ajustadas à pessoa cuidada. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central na promoção de transições saudáveis, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade, como é o caso da PSC.

Foi com base neste enquadramento ético e profissional que delinee os meus objetivos ao longo dos ENP, integrados no curso de Mestrado em EMC com área de especialização em Enfermagem à PSC. A complexidade e exigência dos contextos clínicos experienciados — nomeadamente o SUMC, a Unidade de UCIP e a Equipa de EEH — exigiram de mim um posicionamento ativo, responsável e reflexivo, que orientasse a aquisição e consolidação de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, fundamentais ao exercício especializado.

Este percurso, simultaneamente desafiante e enriquecedor, constituiu-se como um processo formativo exigente e profundamente transformador. A articulação entre teoria e prática, vivida diariamente em ambientes clínicos de elevada complexidade, potenciou a aplicação crítica dos conhecimentos adquiridos, a tomada de decisões baseadas na evidência e nos princípios ético-legais, bem como a integração de saberes em contextos multidisciplinares e frequentemente marcados pela incerteza.

Cuidar da pessoa e da sua família/cuidador num momento em que a sua vida se encontra ameaçada e em risco iminente de falência orgânica, implicou o desenvolvimento de competências clínicas de elevada complexidade e tecnicidade. A realidade experienciada consolidou a consciência da necessidade imperiosa de uma qualificação avançada, para que os cuidados prestados à PSC sejam não só exímios, mas também sensíveis e humanizados.

A prática especializada permitiu-me desenvolver capacidades como a identificação de prioridades e focos de instabilidade, a implementação de cuidados diferenciados de suporte vital, a gestão rigorosa de protocolos terapêuticos, a construção de uma relação

terapêutica eficaz em contextos adversos, e a prevenção de complicações associadas aos cuidados de enfermagem. Paralelamente, este percurso proporcionou um aprofundamento significativo do meu autoconhecimento, da minha autonomia e da minha identidade profissional.

Neste contexto, a realização da RIL não surgiu como um mero exercício académico, mas como um elemento estruturante do meu percurso formativo. O estudo centrado na utilização do diário em cuidados intensivos como estratégia terapêutica e humanizadora reforçou o compromisso com uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e orientada para a excelência. A análise crítica da literatura permitiu-me não só aprofundar o conhecimento sobre uma intervenção emergente, como também reconhecer a importância da subjetividade da experiência da doença crítica, valorizando o ser humano na sua totalidade. A pertinência, inovação e potencial impacto deste trabalho na saúde da PSC e respetiva família foram reconhecidos, tendo resultado na sua publicação numa revista científica internacional, o que reforça a sua relevância enquanto contributo para o avanço da prática e da investigação em Enfermagem.

A construção deste relatório representa, por isso, um testemunho do desenvolvimento das competências previstas para o grau de mestre — ao permitir integrar conhecimento de forma crítica, aplicar metodologias de investigação, refletir sobre contextos complexos e comunicar de forma clara e fundamentada com diferentes interlocutores. Este processo reforçou ainda a importância de uma aprendizagem contínua, autónoma e orientada para a melhoria da qualidade dos cuidados. Importa, contudo, reconhecer que a concretização deste percurso não esteve isenta de dificuldades. A conciliação entre as exigências do desenvolvimento do RENP, o exercício profissional e os compromissos familiares constituíram um desafio significativo, exigindo uma gestão rigorosa de prioridades e um elevado grau de resiliência pessoal. Para além disso, a duração limitada do ENP na UCIP, embora enriquecedora, não permitiu implementar de forma prática e sustentada a estratégia do diário de UCI, o que constituiu um constrangimento face ao potencial transformador da intervenção estudada.

Encerro esta exigente caminhada com a oportunidade de refletir profundamente sobre o cuidar em Enfermagem à PSC e sobre o papel transformador do EE na promoção de cuidados seguros, éticos e humanizados. Sinto que mais uma etapa foi superada, com a consciência de que o verdadeiro crescimento se dá no processo — nas curvas do caminho — e não apenas na meta. Afinal, como alguém disse, “a felicidade não está no fim da jornada, mas em cada curva do caminho que percorremos para a alcançar”.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos – versão 2024* (REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Almeida, A. M. G. (2010). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliário* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/10507>
- Almeida, M. C. B., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Stress dos doentes nos cuidados intensivos. *Revista Referência, II série, (7)*, 79–88. <https://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-7988.pdf>
- American College of Surgeons, Committee on Trauma. (2009). *ATLS®: Advanced Trauma Life Support® student course manual* (8th ed.). American College of Surgeons.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Antunes, S. I. R. (2022). *Capacitar a pessoa em situação crítica no processo de transição saúde-doença: Intervenção terapêutica de enfermagem* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comun. <http://hdl.handle.net/10400.26/43577>
- Antunes, S., Mendes, A., & Silva, E. (2021). Intervenções de enfermagem que capacitam a pessoa em situação crítica: Revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios, 8*, 374–382. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382>
- Assembleia da República. (2012). *Lei n.º 25/2012, de 16 de julho: Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e cria o Registo Nacional do Testamento Vital* (Diário da República, 1.ª série, n.º 136). Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308>

- Assembleia da República. (2014). *Lei n.º 15/2014, de 21 de março: Consolidação dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde* (Diário da República, n.º 57/2014, Série I). Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1.ª série, n.º 169. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5.ª ed.). https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2014). *Manual de Medicina Intensiva* (p. 13). Atheneu.
- Azevedo, P. M. D. S. (2020). *Doente crítico: Contributos de um programa sistematizado de Enfermagem de Reabilitação* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/133433/2/457941.pdf>
- Barreto, B. D. R., Luz, M. T., Costa, D. L. M., Oliveira, J. D. S., & Silva, R. S. (2019). The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23, Article 411. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2678-0>
- Barreto, L. (2017). *Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas de cuidados em enfermagem* [Relatório de mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE%20anexo%20do%20relat%C3%B3rio%20de%20mestrado.pdf>
- Barros, F. R. B. (2019). Adesão ao *bundle* de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Cuidarte*, 10(2), e746. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.746>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). Oxford University Press.
- Benson, J. C., Madhavan, A. A., Cutsforth-Gregory, J. K., Johnson, D. R., & Carr, C. M. (2023). *The Monro-Kellie doctrine: A review and call for revision*. *American Journal of Neuroradiology*, 44(1), 2–6. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A7721>

- Carvalho, G. L., & Aleixo, M. A. (2021). *Perturbação de stress pós-traumático após internamento em unidade de cuidados intensivos* (pp. 1–4). Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45368/1/TRABALHO%20FINAL%20DEBORA%20ANDRADE.pdf>
- Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: Current trends and future directions. *Critical Care Nurse*, 25(3), 16–28. <https://doi.org/10.4037/ccn2005.25.3.16>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Aspen. <http://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Correia, S. (2020). Stress e burnout. In J. Pinho (Ed.), *Enfermagem em cuidados intensivos* (1.ª ed., pp. 48–56). Lidel.
- Conselho de Ministros. (2011). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/2011, de 25 de janeiro: Aprova a aplicação do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa* (Diário da República, 1.ª série, n.º 17). <https://dre.tretas.org/dre/278988>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Versão Beta 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cruz, J., & Martins, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência - Série IV*, 20, e18035. <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Cuzco, C., Delgado-Hito, P., Marin-Pérez, R., Núñez-Delgado, A., Romero-García, M., Martínez-Momblan, M. A., Martínez-Estalella, G., & Castro, P. (2022). Transitions and empowerment theory: A framework for nursing interventions during intensive care unit patient transition. *Enfermería Intensiva*, 34(3), 138–147. <https://doi.org/10.1016/j.en.2022.10.003>
- Direção-Geral da Saúde. (2010, 22 de junho). *Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO: Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI)*. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2010, 6 de outubro). *Orientação n.º 007/2010: Guia geral de orientação para a elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde*.

Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2011, 19 de maio). *Norma n.º 17/2011: Escala de Braden — avaliação do risco de úlceras de pressão (versão adulto e pediátrica)*. Departamento da Qualidade na Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/05/norma_017_2011_braden.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 002/2015. Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-06032015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017, 13 de julho). *Norma n.º 015/2017: Abordagem, diagnóstico e tratamento do doente com acidente vascular cerebral agudo (versão 1.0)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/07/Norma-015_2017_AVC.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017, 8 de fevereiro). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (versão 1.0)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/02/Norma-001_2017-Transicao-de-cuidados.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos 2018: Relatório anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatório-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019, 9 de dezembro). *Norma n.º 008/2019: Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (versão 1.0)*. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030: Saúde Sustentável – de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022 (corrigida a 29/03/2023) – “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação* (pp. 1–20). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma clínica n.º 022/2015 de 16/12/2015, atualizada a 29/08/2022 – “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central* (pp. 1–17). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022
- Direção-Geral da Saúde. (2022, 19 de dezembro). *Norma n.º 017/2022: Notificação e gestão de incidentes de segurança do doente* (versão 1.0). Departamento da Qualidade na Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022, 29 de agosto). *Norma n.º 019/2015, atualizada: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical* (versão atualizada). Departamento da Qualidade na Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/08/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Eaton, T. L., McPeake, J., Rogan, J., Johnson, A., & Boehm, L. M. (2019). Caring for survivors of critical illness: Current practices and the role of the nurse in intensive care unit aftercare. *American Journal of Critical Care*, 28(6), 481–485. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019885>
- Ermida, F. C. D. N. R. (2018). *Via Verde Coronária no Coração de Portugal* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório da UBI. <https://hdl.handle.net/10400.6/6175>
- Esperança, S. I. L. E. de S. (2024). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com hipertensão intracraniana* [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/cca041f6-5708-42ed-8ea4-1e7a5e4e693e/download>

- Flahault, C., Vioulac, C., Fasse, L., Bailly, S., Timsit, J.-F., & Garrouste-Orgeas, M. (2022). “A story with gaps”: An interpretative phenomenological analysis of ICU survivors’ experience. *PLoS ONE*, *17*(3), e0264310. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264310>
- Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., Badie, J., Bazire, A., Bige, N., Boulet, E., Bouadma, L., Bretonnière, C., Floccard, B., Gaffinel, A., Forceville, X., Grand, H., Halidfar, R., Hamzaoui, O., Jourdain, M., & Timsit, J. (2017). The ICU-diary study: Prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, *18*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2283-y>
- Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Vinatier, I., Rigaud, J., Thieulot-Rolin, N., Mercier, E., Rouget, A., Grand, H., Lesieur, O., Tamion, F., Hamidfar, R., Renault, A., Parmentier-Decrucq, E., Monseau, Y., Argaud, L., Bretonnière, C., Lautrette, A., Badié, J., Boulet, E., & Timsit, J. (2019). Effect of an ICU diary on posttraumatic stress disorder symptoms among patients receiving mechanical ventilation: A randomized clinical trial. *JAMA*, *322*(3), 229–239. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.9058>
- Garrouste-Orgeas, M., Perier, A., Mouricou, P., Grégoire, C., Bruel, C., & Laurent, A. (2014). Writing in and reading ICU diaries: Qualitative study of families’ experience in the ICU. *PLOS ONE*, *9*(10), e110146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>
- Gaspar, M. P. G. (2022). *Relatório crítico: Desenvolvimento de competências em enfermagem à pessoa em situação crítica – A participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do doente crítico* (Dissertação de Mestrado, Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica). Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.8/7636>
- Gazzato, A., Scquizzato, T., Imbriaco, G., Negro, A., Garrido, M., Landoni, G., Zangrillo, A., & Borghi, G. (2022). The effect of intensive care unit diaries on posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *41*(5), 292–300. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000539>
- Glimelius Petersson, C., Ringdal, M., Apelqvist, G., & Bergbom, I. (2018). Diaries and memories following an ICU stay: A 2-month follow-up study. *Nursing in Critical Care*, *23*(6), 299–307. <https://doi.org/10.1111/nicc.12162>

- Godinho, C. S. S. L. (2020). *A aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes* [Tese de doutoramento, Universidade Europeia]. Repositório Comum – RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/36677>
- Gomes, J. (2021). *Precauções básicas do controlo de infeção: Contributos para a melhoria das práticas em contexto de pré-hospitalar* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/3714d81a-d4c1-474a-a672-d73f3d6d971b>
- Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular [GEMAV]. (2017). *Guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis*. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 37(Supl 1), 1–191. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>
- Halm, M. (2019). Intensive care unit diaries, part 2: Impact of diaries and follow-up consultation on post-intensive care syndrome. *American Journal of Critical Care*, 28(6), 488–493. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019491>
- Hardin, S. R. (2012). Engaging families to participate in care of older critical care patients. *Critical Care Nurse*, 32(3), 35–40. <https://doi.org/10.4037/ccn2012407>
- Hendriks, M. M. C., Janssen, F. A. M., te Pas, M. E., Kox, I. H. J. M., van de Berg, P. J. E. J., Buise, M. P., & de Bie, A. J. R. (2019). *Post-ICU care after a long intensive care admission: A Dutch inventory study*. *Netherlands Journal of Critical Care*, 27(5), 190–195. <https://www.researchgate.net/publication/336242276> Post-ICU care after a long intensive care admission a Dutch inventory study
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). *Protocolo SIV-PCR adulto*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção (Manual TAS)* (M. Oliveira, L. Meira, M. Valente, R. Catarino, S. Cunha, B. Brito, & B. Borges, Eds.; 1.^a ed.). INEM. [http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf](http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema integrado de emergência médica* (Versão 2.0, 1.^a ed.). INEM. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716978545.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. INEM.

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *História do INEM*. Recuperado de <https://www.inem.pt/category/inem/oinem/historia-do-inem/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020, 16 de janeiro). *INEM renova e completa equipa de Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos*. INEM. <https://www.inem.pt/2020/01/16/inem-renova-e-completa-equipa-de-comissao-de-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Relatório de atividades e contas 2020*. INEM. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-de-Atividades-e-Contas-INEM-2020_Homologado.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022a). *Relatório de meios de emergência médica – atualização 2021* (p. 18). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022b, 28 de dezembro). *iTeams INEM: Uma realidade cada vez mais presente no socorro em Portugal*. <https://www.inem.pt/2022/12/28/iteams-inem-uma-realidade-cada-vez-mais-presente-no-socorro-em-portugal/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *Relatório Anual de Gestão e Atividades: 2023* (p. ...). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/08/Relatorio-de-Atividades-e-Gestao-INEM-2023-1.pdf>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2013). *Despacho n.º 14341/2013: Orientações para manutenção do potencial dador em morte cerebral*. Diário da República, 2.ª série, n.º 218. https://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Transplantacao/Despacho_14341_2013.pdf
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson. ISBN 978-84-458-0365-3
- Kredentser, M., Blouw, M., Marten, N., Sareen, J., Bienvenu, O. J., Ryu, J., Beatie, B., Logsetty, S., Graff, L., Eggertson, S., Sweatman, S., Debroni, B., Cianflone, N., Arora, R., Zarychanski, R., & Olafson, K. (2018). Preventing posttraumatic stress in ICU survivors: A single-center pilot randomized controlled trial of ICU diaries and psychoeducation. *Critical Care Medicine*, 46 (12), 1914–1922. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003367>

- Lago, M. L. (2020). A síndrome pós-UCI do Covid-19. *Irmãs Hospitaleiras*.
<https://irmashospitaleiras.pt/noticias/ler/75-a-sindrome-pos-uci-do-covid19>
- Lasiter, S., Oles, S., Mundell, J., London, S., & Khan, B. (2016). Critical care follow-up clinics: A scoping review of interventions and outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, 30 (4), 227–237. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000219>
- Lenaghan, N. A. (2019). Transitional care and empowerment of the older adult. *Geriatric Nursing*, 40(2), 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.07.005>
- Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care: Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(5), 294–302. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.003>
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4540>
repositorio.ipv.pt+9repositorio.ipv.pt+9repositorio.ipv.pt+9
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: Emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–65). Springer Publishing Company. Recuperado de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Recuperado em 12 de fevereiro de 2022, de https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos – desalojar o desassossego que vive em si*. LUSODIDACTA – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença crítica na vivência da família: Estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 1), 182–189. <https://www.scielo.br/j/reben/a/wKBQX5trfTQwszQ89ftw9Jd/?lang=pt>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Integrative review: A research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Governo de Portugal. [https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Cuidados Intensivos/Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Nacional%20das%20UCI%202013.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Cuidados%20Intensivos/Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20Nacional%20das%20UCI%202013.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014, de 22 de dezembro* (Diário da República, 2.ª série, n.º 153). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. (2018). *Regulamento n.º 429/2018, de 6 de julho: Aprova a organização e funcionamento das unidades de cuidados intensivos*. Diário da República, 2.ª série, n.º 129. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115555158>
- Ministério da Saúde. (2021). *Despacho n.º 9390/2021, de 22 de setembro* (Diário da República, 2.ª série, n.º 187). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Ministério da Saúde. (2022c). *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Diário da República, 2.ª série, n.º 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Relatório – Estratégia Multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infeção: antes e durante a pandemia de COVID-19 (2009-2019 e 2020-2022)*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controle-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/campanha-de-precaucoes-basicas/relatorios/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal.aspx>

- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: Cuidar para a cura. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 147–152. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Nielsen, A., Angel, S., & Egerod, I. (2020). Effect of relatives' intensive care unit diaries on post-traumatic stress in patients and relatives (DRIP study): A mixed methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 62, 102951. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102951>
- Oliveira, R. C. de, Martins, A. D., & de Almeida, A. P. C. (2021). Registos de memória: Um estudo acerca de aspectos cognitivos pós-internação em UTI. *Ciência & Cognição*, 26(1), 40–50. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1292897>
- Oliveira, S. N. de, Martini, J. G., Caravaca-Morera, J. A., Prado, M. L. do, Canever, B. P., Bortolato Major, C., & Knih, N. da S. (2024). Debriefing, espaço dialógico para o desenvolvimento do pensamento reflexivo na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45, e20230041. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230041.pt>
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática* (Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem* (2.ª ed.). Conselho Jurisdicional. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade--emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 03/CE/MCEEMC – Inclusão de familiares no transporte pré-hospitalar do doente crítico* (p. 3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20610/parecer-n%C2%BA-03_ce_mceemc_familia-no-transporte-pre-hospitalar-do-doente_anonimiza.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 366/2018: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica* (Diário da República, 2.ª série, n.º 75, pp. 16656–16660). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e crónica* (Diário da República n.º 135/2018, Série II, pp. 19359–19370). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115555158>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019: Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* (Diário da República, 2.ª série, n.º 184). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Diário da República n.º 26/2019, Série II, pp. 4744–4750). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer n.º 04/2021: Exercício profissional de enfermeiros nas ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) e nos serviços de urgência básica (SUB)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer_n%C2%BA-04_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf
- Ordem dos Médicos. (1994). *Critérios clínicos para diagnóstico de morte cerebral* (reproduzido em Moura, P. et al., 2013). *Acta Médica Portuguesa*, 26(5), 611–617. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2194>
- Orvelius, L., Teixeira-Pinto, A., Lobo, C., Costa-Pereira, A., & Granja, C. (2016). The role of memories on health-related quality of life after intensive care unit care: An unforgettable controversy? *Patient Related Outcome Measures*, 7, 63–70. <https://doi.org/10.2147/PROM.S89555>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pattison, N., O’Gara, G., Lucas, C., Gull, K., Thomas, K., & Dolan, S. (2019). Filling the gaps: A mixed-methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.10.005>
- Pereira, A. R. G. M. F. (2012). *Trauma e perturbação de stress pós-traumático* [Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/2296>
- Pereira, M. S. M., Guedes, H. M., Oliveira, L. M., & Martins, J. C. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, 13(IV), 93–102. <https://doi.org/10.12707/RIV16079>
- Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de medicina intensiva* (1.ª ed.). Lisboa: Edições Lidel.
- Proença, M., & Agnolo, C. M. (2011). Internação em unidade de terapia intensiva: perceção de pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 279–286. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010>
- Rabin, F. D. G. G. (2017). *Perspetiva especializada em enfermagem na abordagem do doente crítico: Da urgência aos cuidados intensivos cardiorácicos* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny]. Repositório Científico da Universidade da Madeira. <http://hdl.handle.net/10400.26/20989>
- Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., & Walsh, T. (2013). Intensive care survivors’ experiences of ward-based care: Meleis’ theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2123–2133. <https://doi.org/10.1111/jocn.12194>
- Rashidi, E., Razban, F., & Asadi, N. (2024). The effect of nurse-initiated diary intervention on posttraumatic stress disorder and recall of memories in ICU survivors: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24, Article 5581. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05581-x>

- República Portuguesa. (2006). *Lei n.º 27/2006, de 3 de julho: Lei de bases da proteção civil*. Diário da República, 1.ª série, n.º 126. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
- República Portuguesa. (2018, 16 de agosto). *Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto: Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República, 1.ª série, n.º 157. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Rogan, J., Zielke, M., Drumright, K., & Boehm, L. M. (2020). Institutional challenges and solutions to evidence-based, patient-centered practice: Implementing ICU diaries. *Critical Care Nurse, 40*(5), 47–56. <https://doi.org/10.4037/ccn2020891>
- Ronco, C., Bellomo, R., Kellum, J., & Ricci, Z. (2019). *Critical care nephrology* (3rd ed.). Elsevier.
- Rosen, D. S., & Macdonald, R. L. (2005). Subarachnoid hemorrhage grading scales: A systematic review. *Neurocritical Care, 2*(2), 110–118. <https://doi.org/10.1385/NCC:2:2:110>
- Saiote, E. C. G. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos* [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/2613>
- Santos, B., Sá, F., Pessan, J., Criveralo, L., Bergamo, L., Gimenez, V., & Plantier, G. (2019). Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 72*(3), 566–570. Recuperado em 12 de fevereiro de 2022, de <https://www.scielo.br/j/reben/a/S6CTSqv6CX3WhvsbZcrffPr/?format=pdf&lang=pt>
- Sayde, G., Stefanescu, A., Conrad, E., Nielsen, N., & Hammer, R. (2020). Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological morbidity associated with critical illness. *General Hospital Psychiatry, 66*, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.017>
- Schneider, F., Silva, L., Soder, R., Silva, S., & Oliveski, C. (2019). Modelos de gestão e estilos de liderança em enfermagem no serviço hospitalar e na atenção básica. In Atena

- Editora (Ed.), *O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem* (Vol. 3, pp. 162–176). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.69519120317>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547->
- Serviço Nacional de Saúde. (2022, 17 de outubro). *STOP Infecção Hospitalar 2.0: iniciativa da DGS, Fundação Calouste Gulbenkian e IHI para reduzir infeções hospitalares*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/10/17/stop-infecao-hospitalar-2-0-2/>
- Silva, C., Sá, F., & Leal, M. T. (2019). Continuidade de cuidados à pessoa com enfarte agudo do miocárdio: Revisão integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 59–71. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i1.156>
- Silva, D. M., & Silva, E. M. (2004). *O ensino clínico na formação em enfermagem*. *Millenium – Journal of Education, Technologies and Health*, (30), 113–122. Instituto Politécnico de Viseu. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>
- Stelfox, H. T., Leigh, J. P., Dodek, P. M., Turgeon, A. F., Forster, A. J., Lamontagne, F., ... Fowler, R. A. (2017). A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. *Intensive Care Medicine*, 43(10), 1485–1494. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4910-1>
- Teixeira, L. O., Pinto, C. B., Carvalho, A. L., Teixeira, A. I. C. P., & Augusto, M. C. B. (2021). Supervisão no indicador de prática clínica: a prática baseada na evidência no contexto do paciente cirúrgico. *RevSALUS*, 3(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v3i2.49>
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). *Initial assessment and treatment with the airway, breathing, circulation, disability, exposure (ABCDE) approach*. *International Journal of General Medicine*, 5, 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>
- Thomas, N. (2019). *Renal nursing: Care and management of people with kidney disease* (5th ed.). Wiley Blackwell.
- Torres, L., Nelson, F., & West, G. (2020). Exploring the effects of a nurse-initiated diary intervention on post-critical care posttraumatic stress disorder. *American Journal of Nursing*, 120(5), 24–33. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000662804.81454.66>

- Travers, A. (2010). Sedation in the ICU. *South African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 16(1), 14–18. <https://journals.co.za/doi/pdf/10.10520/EJC73718>
- Wahlin, I. (2017). Empowerment in critical care – A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 164–174. <https://doi.org/10.1111/scs.12331>
- World Health Organization. (2020). *Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334307>
- Zrelak, P. A., Eigsti, J., Fetzick, A., Gebhardt, A., Moran, C., Moyer, M., & Yahya, G. (2020). *Evidence-Based Review: Nursing Care of Adults with Severe Traumatic Brain Injury* (1.^a ed.) [Revisão baseada em evidência]. American Association of Neuroscience Nurses. https://aann.org/uploads/Publications/CPGs/AANN20_sTBI_EBR.pdf

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de participação no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24



 **IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24**

 11 E 12 DE OUTUBRO  AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Cristiana Araujo

participou no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24
que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

Certificado n.º 2217 / 2024



ANEXO II - Certificado de palestrante no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24



 **IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24**

 11 E 12 DE OUTUBRO  AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Cristiana Araujo

palestrou no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24
que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE

Certificado n.º 2217 /2024

ANEXO III - Certificado de apresentação de poster no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24



 **IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24**

 11 E 12 DE OUTUBRO  AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Cristiana Araújo; Tiago Alves; Filipe Fernandes; Isabel Araújo

apresentaram o poster "Efeitos do Diário no Stress Pós-Traumático em Doentes de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Integrativa" no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24 que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.^a Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

Certificado n.º 2468/2024



ANEXO IV - Certificado de apresentação de poster no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24



 **IV CONGRESSO INTERNACIONAL
CRITICAL CARE
CESPU'24**

 11 E 12 DE OUTUBRO  AUDITÓRIO DA ESSVA

CERTIFICADO

Certifica-se que,

**Cristiana Araújo; Sónia Martins; Nuno Fonseca; Nuno Araújo;
Tiago Alves**

apresentaram o poster "Proposta de Clinical Pathway para a Gestão da Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI)" no IV Congresso Internacional Critical Care - CESPU'24 que decorreu nos dias 11 e 12 de outubro de 2024 no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.



Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da ESSVA

CERTIFICADO Nº 2475/2024

 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE

ANEXO V - Certificado de participação no 1ª Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico

 **SPEDC**
SOCIADA PORTUGUESA DE
ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO

enfermagem
doente crítico
1º CONGRESSO
INTERNACIONAL
8-9 NOV 2024
aveiro

CERTIFICADO

Certifica-se que

CRISTIANA SOFIA MACHADO DE ARAUJO

com o cartão de cidadão nº 12624517 7ZW4, participou como **Congressista**, na modalidade **Presencial**, no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica


Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC


Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora


Eládio Cardoso

ANEXO VI- Certificado de participação no 2ª Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano



ANEXO VII- Certificado de apresentação de poster no 2ª Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano



ANEXO VIII- Certificado de apresentação de poster no 2^a Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano



ANEXO IX- Certificado de aproveitamento no curso de Formação Via Verde AVC

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



INEM

Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei nº14/2017 de 26 de janeiro.

Via Verde AVC - Edição 2022

Certifica-se que

Cristiana Araujo

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde AVC - Edição 2022 em 6 de março de 2025 , com a duração de 2 horas.

O Departamento de Formação em Emergência Médica



(Teresa Pinto)

Certificado n.º.Vu0Sb81uEg
Válido até



Mod.INEM 454.1

ANEXO X- Certificado de aproveitamento no curso de Formação Via Verde Coronária

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



INEM

Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro.

Via Verde Coronária - Edição 2023

Certifica-se que

Cristiana Araujo

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde Coronária.

em 6 de março de 2025 , com a duração de 1 hora.

O Departamento de Formação em Emergência Médica



(Teresa Pinto)

Certificado n.º. btlz6M1qM6
Válido até



Mod.INEM 454.1

ANEXO XI- Artigo publicado em revista científica: “Diário como ferramenta para mitigar o stress pós-traumático em doentes de cuidados intensivos: Revisão integrativa”

Artigo de revisão | Review Article

Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em doentes de Cuidados Intensivos: Revisão Integrativa

Diary as a Tool to Mitigate Post-Traumatic Stress in Intensive Care Patients: An Integrative Review

Cristiana Araújo¹, Tiago Alves^{2*}, Isabel Araújo¹, Filipe Fernandes¹

¹Serviço de Urgência Básica, Unidade Local de Saúde Médio Ave – Unidade de Santo Tirso, Vila Nova de Famalicão, Portugal

²Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal

*Autor correspondente/Corresponding author: tiago.alves@ipsn.cespu.pt

Recebida/Received: 09-12-2024; Revista/Revised: 22-04-2025; Aceite/Accepted: 19-05-2025

Resumo

Introdução: O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) pode contribuir para o desenvolvimento de *Perturbações de Stress Pós-Traumático* (PSPT) em doentes críticos. A utilização de *Diários* em UCIs tem sido proposta como uma ferramenta promissora para mitigar esses efeitos e melhorar a recuperação emocional dos doentes e suas famílias.

Objetivo: Analisar a literatura recente sobre a implementação dos *Diários* nas UCIs como ferramenta para mitigar a PSPT, identificando a sua viabilidade e impacto no bem-estar psicológico dos doentes e seus familiares. **Material e Métodos:** Revisão integrativa da literatura, seguindo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI). A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL e Cochrane, incluindo estudos publicados entre 2019 e 2024. Os critérios de inclusão abrangeram doentes críticos com idade superior a 18 anos e sem patologias psiquiátricas prévias. **Resultados:** Os *Diários* reduzem os sintomas de PSPT quando combinados com intervenções complementares. Promovem maior clareza nas memórias dos doentes sobre o período de internamento. Contudo, os *Diários* mostraram-se insuficientes na redução dos níveis de ansiedade dos familiares. **Conclusão:** Os *Diários* mostram-se eficazes na mitigação da PSPT e na organização das memórias dos doentes, especialmente, quando integrados em programas estruturados de cuidados pós-alta. Pesquisas futuras devem padronizar a implementação desta intervenção e explorar o seu impacto a longo prazo.

Palavras-chave: Diário; Cuidados Críticos, Perturbações de stress pós-traumático.

Abstract

Introduction: The Intensive Care Unit (ICU) environment may sometimes contribute to the development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in critically ill patients. The use of ICU *Diaries* has been proposed as a promising tool to mitigate these effects and enhance patients' emotional recovery. **Objective:** To analyse recent scientific literature on the impact of ICU *Diaries* as a tool to mitigate PTSD, identifying their feasibility and impact on patients' psychological well-being. **Material and Methods:** An integrative literature review following the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology. The search was conducted in the PubMed, CINAHL, and Cochrane databases, including studies published between 2019 and 2024. Inclusion criteria comprised critically ill patients over 18 years old with no prior psychiatric disorders; studies involving patients with previous psychiatric conditions or dementia were excluded. **Results:** ICU *Diaries* appear to reduce PTSD symptoms when combined with complementary interventions. They improve the organisation of hospitalisation memories, reducing memory fragmentation. However, the benefits for family members were limited, particularly in reducing anxiety levels, and study findings were inconsistent. The review identified methodological limitations, such as small sample sizes, lack of blinding, and short follow-up periods, which compromise the clinical applicability of the findings. Furthermore, variability in outcome assessment methods and selection bias hinder direct comparisons between studies. **Conclusion:** ICU *Diaries* appear to be a promising strategy for mitigating PTSD and improving patients' memory organisation, but methodological heterogeneity compromises their clinical applicability. Future studies should establish clear protocols, assess long-term impact, and consider the cost-effectiveness of the intervention.

Keywords: Diary; Critical care; Stress disorders, post-traumatic.

1. INTRODUÇÃO

O avanço científico e tecnológico na área da saúde tem influenciado diretamente as Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), que se destacam como áreas cruciais no tratamento de doentes críticos. Nessas unidades, são prestados cuidados altamente especializados por profissionais capacitados, utilizando tecnologias sofisticadas para diagnosticar e tratar condições graves, com protocolos rigorosos para promover a recuperação dos doentes (Ministério-da-Saúde, 2013). No entanto, o ambiente de UCIs é frequentemente descrito como hostil e stressante, caracterizado por luz artificial, ruídos constantes, falta de privacidade e procedimentos invasivos, fatores que contribuem para um ambiente emocionalmente desgastante (Correia, 2020).

Doentes internados em UCIs enfrentam uma série de desafios físicos e psicológicos, incluindo alterações no ciclo sono-vigília, delírios, limitações de comunicação e perda de autonomia. Essas condições muitas vezes resultam em memórias traumáticas associadas ao internamento, o que pode desencadear a *Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)* (Carvalho, 2021). O PSPT é uma condição psicológica que ocorre após a exposição a um evento traumático, caracterizada por sintomas como medo intenso, pesadelos, e memórias intrusivas, afetando significativamente a qualidade de vida do doente após a alta hospitalar (Associação-Americana-de-Psiquiatria, 2014).

Neste contexto, a intervenção com Diários nas UCIs tem surgido como uma estratégia empírica de baixo custo para mitigar os efeitos psicológicos negativos associados ao internamento. Introduzido pela primeira vez na Dinamarca na década de 80, o uso de Diários tem-se expandido para outros países da Europa, como Suécia, Noruega e Reino Unido (Garrouste-Orgeas et al., 2017). Esta intervenção consiste na criação de um registo escrito ao longo do internamento, elaborado por profissionais de saúde e, em alguns casos, por familiares. Após a alta hospitalar, o Diário é entregue ao doente, permitindo-lhe reconstruir a narrativa do internamento, reduzindo a fragmentação das memórias e promovendo uma melhor compreensão da sua experiência (Lasiter et al., 2016).

Embora existam estudos que apontem benefícios no uso do Diário para reduzir os sintomas de PSPT, ainda há controvérsias sobre a sua efetividade. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar a literatura recente sobre a implementação dos Diários nas UCIs como ferramenta para mitigar a PSPT, identificando a sua viabilidade e impacto no bem-estar psicológico dos doentes e seus familiares.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo seguiu a metodologia de revisão integrativa da literatura. O processo de construção percorreu, assim, seis etapas metodológicas: 1) identificação do tema e formulação da questão de pesquisa, 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão, 3) pesquisa e seleção dos estudos, 4) avaliação dos artigos incluídos, 5) interpretação dos resultados, e 6) síntese do conhecimento extraído (Aromataris et al., 2024).

A questão de partida foi elaborada de acordo com a estrutura PICO (Doente, Intervenção, Comparação e Outcome), sendo definida da seguinte forma: *Qual é o efeito do uso de*

1. INTRODUCTION

Scientific and technological advances in healthcare have significantly impacted Intensive Care Units (ICUs), which play a vital role in the treatment of critically ill patients. These units provide highly specialized care by trained professionals using sophisticated technologies to diagnose and treat severe conditions, with strict protocols to promote patient recovery (Ministério-da-Saúde, 2013). However, the ICU environment is often described as hostile and stressful, characterized by artificial lighting, constant noise, lack of privacy, and invasive procedures—factors that contribute to an emotionally draining setting (Correia, 2020).

Patients admitted to ICUs face a series of physical and psychological challenges, including disturbances in the sleep-wake cycle, delirium, communication limitations, and loss of autonomy. These conditions often result in traumatic memories associated with hospitalization, which may trigger Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Carvalho, 2021). PTSD is a psychological condition that occurs after exposure to a traumatic event, characterized by symptoms such as intense fear, nightmares, and intrusive memories, significantly affecting the patient's quality of life after hospital discharge (Associação-Americana-de-Psiquiatria, 2014).

In this context, the use of ICU Diaries has emerged as a low-cost empirical strategy to mitigate the psychological effects associated with hospitalization. First introduced in Denmark in the 1980s, the use of Diaries has expanded to other European countries such as Sweden, Norway, and the United Kingdom (Garrouste-Orgeas et al., 2017). This intervention consists of a written record kept during the hospital stay, prepared by healthcare professionals and, in some cases, by family members. After discharge, the diary is handed over to the patients, allowing them to reconstruct the narrative of their stay, reduce memory fragmentation, and gain a better understanding of their experience (Lasiter et al., 2016).

Although several studies highlight the benefits of using Diaries in reducing PTSD symptoms, there is still controversy regarding their effectiveness. Therefore, this study aims to analyze recent literature on the implementation of ICU Diaries as a tool to mitigate PTSD, identifying their feasibility and impact on the psychological well-being of patients and their families.

2. MATERIALS AND METHODS

This study followed the integrative literature review methodology. The process comprised six methodological stages: 1) identification of the topic and formulation of the research question, 2) definition of inclusion and exclusion criteria, 3) search and selection of studies, 4) evaluation of the included articles, 5) interpretation of the results, and 6) synthesis of the extracted knowledge (Aromataris et al., 2024).

The research question was developed according to the PICO structure (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) and defined as follows: *What is the effect of the use of Diaries (I) on the development of post-traumatic stress (O) in critically ill patients (P) admitted to Intensive Care Units (ICUs)?* No comparison variable was included due to the integrative nature of the study.

The inclusion criteria were: (1) studies published between

Artigo de revisão | Review Article

Diários (D) no desenvolvimento de stress pós-traumático (O) em doentes críticos (P) internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)? Contudo, não foram incluídas variáveis de comparação nesta pesquisa, dado o carácter integrativo do estudo.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (1) estudos publicados entre 2019 e 2024; (2) artigos disponibilizados em texto completo e de acesso livre; (3) estudos escritos nos idiomas português ou inglês; e (4) estudos que envolvessem doentes críticos com idade superior a 18 anos, nos quais o Diário fosse utilizado como ferramenta para mitigar o PSPT no contexto de UCIs. Foram excluídos estudos que envolveram adultos com patologias psiquiátricas prévias ou com demência, dado o potencial viés na interpretação dos resultados relacionados ao PSPT. Esta exclusão justifica-se pela elevada probabilidade de confundimento, uma vez que estas condições podem alterar significativamente a perceção e interpretação da experiência de internamento, bem como a resposta emocional subsequente, comprometendo a validade da associação entre o uso de Diários e os sintomas de PSPT.

A pesquisa foi realizada em bases de dados PubMed, ScienceDirect, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina. Utilizou-se a plataforma EBSCOhost para a pesquisa de artigos. A estratégia de pesquisa, incluiu a combinação dos seguintes descritores validados em inglês: "Diary", "Critical Care" e "Stress Disorders Post-Traumatic", utilizando o operador booleano "AND". A pesquisa foi realizada entre abril e junho de 2024.

A seleção dos artigos foi realizada em duas fases independentes. Na primeira, dois revisores analisaram títulos e resumos dos estudos identificados, excluindo os que não atendiam aos critérios de inclusão. Na segunda fase, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra para avaliar a elegibilidade, qualidade metodológica e relevância dos resultados. Em caso de discordância, um terceiro revisor foi consultado para decisão final. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos seguiu as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e está representado na Figura 1 (Fluxograma PRISMA) (Page et al., 2021).

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada utilizando as ferramentas recomendadas pelo JBI, de acordo com o desenho metodológico de cada estudo. No caso de estudos mistos, dado que a JBI não disponibiliza uma checklist específica para a sua avaliação, foram utilizadas checklists distintas, adequadas a cada desenho metodológico (Aromataris et al., 2015; Lockwood et al., 2015; Moola et al., 2020; Tufanaru et al., 2020). O nível de evidência foi atribuído adotando as orientações da JBI Levels of Evidence (Joanna-Briggs-Institute, 2014).

A extração de dados foi realizada com base num formulário, fazendo referência às características da amostra, tipo de intervenção e principais resultados. A análise foi realizada de forma descritiva e narrativa, categorizando os estudos conforme a força da evidência e identificando tendências e lacunas na literatura.

2019 and 2024; (2) full-text, open-access articles; (3) studies published in English or Portuguese; and (4) studies involving critically ill patients over 18 years of age where Diaries were used as a tool to mitigate PTSD in the ICU context. Studies involving adults with prior psychiatric conditions or dementia were excluded, due to potential bias in interpreting PTSD-related outcomes. The high likelihood of confounding justifies this exclusion, as these conditions may significantly alter the perception and interpretation of the hospitalization experience and the emotional response, compromising the validity of the association between diary use and PTSD symptoms.

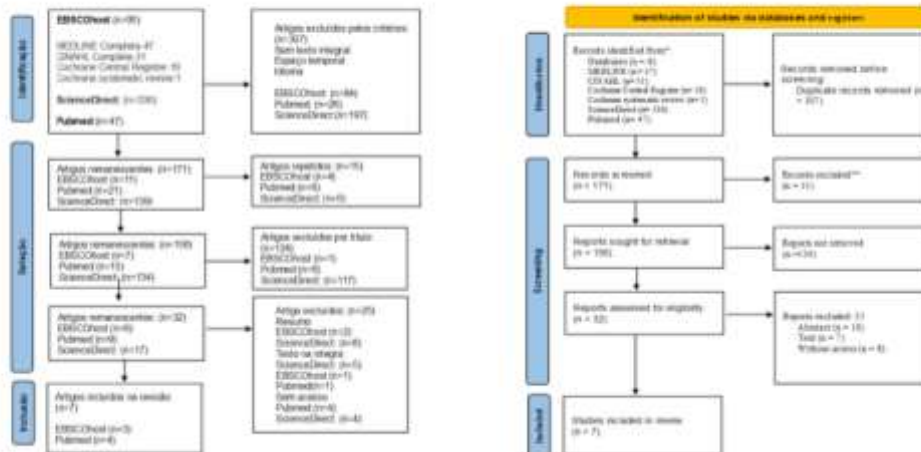
The search was conducted in the following databases: PubMed, ScienceDirect, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library Information Science & Technology Abstracts, and MedicLatina. Articles were searched using the EBSCOhost platform. The search strategy included the combination of the following validated English descriptors: "Diary", "Critical Care", and "Stress Disorders Post-Traumatic", using the Boolean operator "AND". The search took place between April and June 2024.

Study selection was carried out in two independent phases. In the first phase, two reviewers assessed titles and abstracts of the identified studies, excluding those that did not meet the inclusion criteria. In the second phase, pre-selected articles were read in full to assess eligibility, methodological quality, and relevance of the findings. In case of disagreement, a third reviewer was consulted to reach a final decision. The process of identifying, screening, assessing eligibility, and including studies followed the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) guidelines, as illustrated in Figure 1 (PRISMA Flowchart) (Page et al., 2021).

The methodological quality of the studies was assessed using tools recommended by the Joanna Briggs Institute (JBI), according to the methodological design of each study. For mixed-methods studies, since JBI does not provide a specific checklist, distinct checklists tailored to each study design were used (Aromataris et al., 2015; Lockwood et al., 2015; Moola et al., 2020; Tufanaru et al., 2020). The level of evidence was assigned based on the JBI Levels of Evidence guidelines (Joanna-Briggs-Institute, 2014).

Data extraction was based on a form referring to sample characteristics, type of intervention, and main findings. The analysis was conducted descriptively and narratively, categorizing studies according to the strength of evidence and identifying trends and gaps in the literature.

Artigo de revisão | Review Article



Figura/Figure 1: Método de seleção dos artigos/Article selection process.

3. RESULTADOS

Na presente revisão, foram incluídos 7 estudos que analisaram o impacto do uso de Diários em UCIs sobre diferentes resultados psicológicos, com foco na PSPT. Os estudos apresentam uma variedade de metodologias, tamanhos amostrais e países de origem, conforme resumido no quadro 1.

3. RESULTS

This review included seven studies that examined the impact of ICU diary use on various psychological outcomes, with a focus on PTSD. The studies employed a range of methodologies, sample sizes, and countries of origin, as summarized in Table 1.

Tabela/Table 1: Características dos Estudos/Study characteristics.

Título do Estudo/ Study Title	Autores/ Authors	Ano/ Year	País/ Country	Tipo de Estudo/ Study Type
The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis	Barrato B, Luz M, Ross M, Lopes A, Rizem D	2019	Brasil/ Brazil	Revisão sistemática/ Systematic review
Effect of an ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation	Garrouste-Opgies M, Falahati C, Vinatier L, Rigaud JI, Theoulou-Robin N, Mercier L, et al.	2019	Frância/ France	Experimental controlado/ Controlled experimental
Intensive care unit Diaries part 2: impact of diaries and follow-up consultation on post-intensive care syndrome	Hahn, 2019	2019	EUA	Revisão sistemática/ Systematic review
Implementing an ICU diary program at a large academic medical center	Seyde G, Stefanescu A, Conrad E, Nielsen N, Hammer B	2020	EUA	Experimental controlado/ Controlled experimental
Effect of relatives' ICU diaries on post-traumatic stress in patients and relatives (DRP-study)	Nielsen A, Angel S, Egerod J	2021	Dinamarca/ Denmark	Exploratório-descritivo/ Exploratory-descriptive
The Effect of Intensive Care Unit Diaries on PTSD, Anxiety and Depression	Guzzato A, Squizzato T, Imbricco G, Negro A, Garrido M, Lendrano G, et al.	2022	Internacional/ International	Revisão sistemática/ Systematic review
The effect of nurse-initiated diary intervention on PTSD and recall of memories in ICU survivors	Rachidi E, Raftan F, Auali N	2024	Irão/ Iraq	Experimental controlado/ Controlled experimental

3.1. QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

A avaliação crítica da qualidade metodológica, realizada segundo as diretrizes do JBI, demonstrou que quatro dos sete estudos apresentaram alta qualidade metodológica, enquanto os demais apresentaram risco moderado de viés, principalmente devido ao reduzido tamanho da amostra, ausência de cegamento e falta de seguimento de longo prazo.

O quadro 2 sintetiza a qualidade metodológica dos

3.1 METHODOLOGICAL QUALITY OF THE STUDIES

The critical appraisal of methodological quality, conducted according to JBI guidelines, revealed that four of the seven studies demonstrated high methodological quality. In contrast, the remaining studies presented a moderate risk of bias. This was mainly due to small sample sizes, lack of blinding, and absence of long-term follow-up.

Table 2 summarizes the methodological quality of the

Artigo de revisão | Review Article

estudos, com base na aplicação do JBI Critical Appraisal Checklist (Aromataris et al., 2015; Lockwood et al., 2015; Moola et al., 2020; Tufanaru et al., 2020) e o nível de evidência atribuído adotando as orientações da JBI Levels of Evidence. (Joanna-Briggs-Institute, 2014)

Os estudos incluídos analisaram o impacto dos Diários de UCIs em diversos desfechos psicológicos, com foco principal na PSPT, bem como na clareza das memórias dos doentes e nos efeitos sobre os familiares. Os resultados estão organizados de acordo com as áreas-chave de análise.

studies, based on the application of the JBI Critical Appraisal Checklist (Aromataris et al., 2015; Lockwood et al., 2015; Moola et al., 2020; Tufanaru et al., 2020), and the level of evidence assigned according to the JBI Levels of Evidence (Joanna-Briggs-Institute, 2014).

The included studies analyzed the impact of ICU Diaries on various psychological outcomes, with a primary focus on PTSD, as well as the clarity of patients' memories and the effects on relatives. The results are organized according to key areas of analysis.

Tabella/Tabla 2: Avaliação da Qualidade Metodológica e Nível de Evidência dos Estudos/Assessment of methodological quality and level of evidence of the studies.

Autores/ Authors	Checklist	Pontuação/ Score	Nível de Evidência/ Level of Evidence
Barreto B, Luz M, Riss M, Lopes A, Flores D.	JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews	8/11	Nível 1.b - Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo/ Level 1.b - Systematic review of RCTs and other study designs
Garroute-Orgeas M, Flahault C, Vinatier I, Rigaud JR, Thieslot-Rotin N, Mercier E, et al.	JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials (RCT)	10/13	Nível 1.c - RCT/ Level 1.c - RCT
Halm, 2019	JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews	9/11	Nível 1.b - Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo/ Level 1.b - Systematic review of RCTs and other study designs
Sayde G, Stefanescu A, Conrad E, Nielsen N, Hammer II	JBI Critical Appraisal Checklist for RCT	10/13	Nível 1.c - RCT/ Level 1.c - RCT
Gazato A, Squizzato T, Imbricco G, Negro A, Garrido M, Landolfi G, et al.	JBI Critical Appraisal Checklist for RCT	10/13	Nível 1.a - Revisão sistemática de RCTs/ Level 1.a - Systematic review of RCTs
Rashidi E, Razban F, Asadi N	JBI Critical Appraisal Checklist for RCT	11/13	Nível 1.c - RCT/ Level 1.c - RCT
Nielsen A, Angel S, Egerod I	JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies	8/11	Nível 3.e - Estudo observacional sem grupo de controle/ Level 3.e - Observational study without control group
	JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research	7/10	

3.2. IMPACTO NOS SINTOMAS DE PSPT

Os Diários de UCIs demonstraram uma eficácia variável na redução dos sintomas de PSPT. Em três dos sete estudos selecionados, os doentes que utilizaram Diários apresentaram uma redução significativa nos sintomas de PSPT em comparação com os doentes que constituem os grupos de controle.

Barreto et al. (2019) relataram uma redução significativa do risco de depressão com a utilização de Diários de UCI (Risco relativo (RR) = 0,41; Intervalo de confiança (IC) 95%: 0,23-0,75), bem como uma melhoria de 10,3 pontos na subescala "General Health" do Short Form-36 (SF-36) (IC 95%: 0,79-19,8). Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de PSPT ou de ansiedade.

Garroute-Orgeas et al. (2019), num ensaio clínico randomizado multicêntrico com 657 doentes, não identificaram diferenças estatisticamente significativas na presença de sintomas de PSPT (29,9% vs 34,3%; p = 0,39), nas subescalas da IES-R (Impact of Event Scale - Revised) (mediana de 12 vs 13; p = 0,38), nem nos sintomas de ansiedade ou depressão.

Sayde et al. (2020) verificaram, de forma inversa, que o grupo controle apresentou uma maior redução dos sintomas de PSPT (IES-R: -12,5 vs -2; p = 0,035) e de depressão (Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8): -3,5 vs +1,0; p = 0,049), o que sugere que a intervenção isolada com Diários pode não ser

3.2 IMPACT ON PTSD SYMPTOMS

ICU Diaries showed variable effectiveness in reducing PTSD symptoms. In three of the seven selected studies, patients who used Diaries experienced a significant reduction in PTSD symptoms compared to those in control groups.

Barreto et al. (2019) reported a significant reduction in depression risk with the use of ICU Diaries (Relative Risk (RR) = 0.41; 95% Confidence Interval (CI): 0.23-0.75), as well as a 10.3-point improvement on the "General Health" subscale of the Short Form-36 (SF-36) (95% CI: 0.79-19.8). However, no statistically significant differences were observed in PTSD or anxiety symptoms.

Garroute-Orgeas et al. (2019), in a multicentre randomized clinical trial with 657 patients, found no statistically significant differences in the presence of PTSD symptoms (29.9% vs 34.3%; p = 0.39), in the Impact of Event Scale - Revised (IES-R) subscales (median 12 vs 13; p = 0.38), or in anxiety and depression symptoms.

Conversely, Sayde et al. (2020) found that the control group exhibited a greater reduction in PTSD symptoms (IES-R: -12.5 vs -2; p = 0.035) and in depression (Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8): -3.5 vs +1.0; p = 0.049), suggesting that diary use alone may not be sufficient in specific contexts.

Rashidi et al. (2024), in an RCT involving 56 patients,

suficiente em determinados contextos.

Rashidi et al. (2024), num RCT com 56 doentes, demonstraram que a intervenção com *Diário* de UCI iniciado por enfermeiros reduziu significativamente os sintomas de PSPT em todas as subescalas do IES-R ($p < 0,0001$). Além disso, os doentes do grupo intervenção apresentaram maior memória do internamento na UCI e menor frequência de sintomas como medo inexplicável após a alta ($p = 0,024$).

Gazzato et al. (2022), numa meta-análise de 7 RCTs com 854 doentes, identificaram uma redução significativa da taxa de sintomas de PSPT nos doentes que receberam um *Diário* de UCI (18% vs 25%; RR = 0,73; IC 95%: 0,57–0,94; $p = 0,02$). Embora tenha-se verificado uma tendência de redução dos sintomas de depressão ($p = 0,06$) e ansiedade ($p = 0,26$), estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Halm (2019), numa revisão de evidência que incluiu 11 estudos, concluiu que os *Diários* de UCI apresentam um efeito potencialmente positivo na redução dos sintomas de PSPT, ansiedade e depressão, bem como na melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde. Contudo, os resultados foram inconsistentes entre os estudos.

Nielsen et al. (2021) observaram uma redução significativa de 26.3% na prevalência de PSPT em familiares (IC95%: 4.9–52.2%), mas sem impacto estatisticamente significativo nos doentes.

Conforme resumido no quadro 3, os resultados sobre a redução dos sintomas de PSPT variaram entre os estudos, alguns com resultados mais robustos quando os *Diários* foram combinados com consultas de *follow-up* e intervenções psicoeducacionais.

demonstrated that nurse-initiated ICU diary interventions significantly reduced PTSD symptoms across all IES-R subscales ($p < 0.0001$). Furthermore, patients in the intervention group reported greater memory recall of their ICU stay and fewer symptoms, such as unexplained fear, after discharge ($p = 0.024$).

Gazzato et al. (2022), in a meta-analysis of seven randomized controlled trials (RCTs) involving 854 patients, found a significant reduction in PTSD symptom rates among patients who received the ICU Diary (18% vs 25%; RR = 0.73; 95% CI: 0.57–0.94; $p = 0.02$). Although there was a trend toward reduced symptoms of depression ($p = 0.06$) and anxiety ($p = 0.26$), these differences were not statistically significant.

Halm (2019), in a review of evidence including 11 studies, concluded that ICU *Diaries* may have a positive effect on reducing PTSD, anxiety, and depression symptoms, and on improving health-related quality of life. However, results were inconsistent across studies.

Nielsen et al. (2021) observed a significant 26.3% reduction in PTSD prevalence among relatives (95% CI: 4.9–52.2%), though no statistically significant effect was found for patients.

As summarized in Table 3, the results regarding PTSD symptom reduction varied across studies, with more robust outcomes observed when *Diaries* were combined with follow-up consultations and psychoeducational interventions.

Tabela/Table 3: Resumo dos estudos que avaliaram o impacto nos sintomas de PSPT nos doentes após internamento em UCI/Summary of studies evaluating the impact on PTSD symptoms in patients after ICU admission.

Estudo/ Study	Intervenção/ Intervention	Participantes / Participants	Valores estatísticos/ Statistical Values	Redução dos Sintomas de PSPT/ PTSD Symptom Reduction
Barreto et al. (2019)	Diários de UCI escritos por profissionais de saúde ou familiares/	6 de 12 estudos/ studies	RR = 0,41 (IC95%: 0,33–0,75) para depressão; +10,3 pts SF-36 GH/	Redução da depressão e melhoria da qualidade de vida; sem redução significativa de PSPT/ Reduction in depression and improvement in quality of life; no significant PTSD reduction
Garmouste-Orgeas et al. (2019)	Diários de UCI com consulta de follow-up/	657 participantes/ participants	$p = 0,39$ (diferença PTSD: 29,9% vs 34,3%)/	Não significativo para PSPT/ Not significant for PTSD
Halm (2019)	Diários de UCI com follow-up e psicoeducação/	11 estudos/ studies	Sem dados estatísticos agregados/ No aggregated statistical data	Efeito potencialmente positivo/ Potentially positive effect.
Sayde et al. (2020)	Diários implementados em centro académico/	35 participantes/ participants	Δ IES-R: -12,5 vs -2; $p = 0,035$ /	Grupo controlo teve maior redução de PSPT/ The control group had greater PTSD reduction
Nielsen et al. (2021)	Diários partilhados entre doentes e familiares/	75 participantes/ participants	$\Delta = -11,2\%$; IC 95%: -15,7% a 46,8%	Redução leve na ansiedade, sem impacto significativo no PSPT/Slight reduction in anxiety; no significant impact on PTSD
Gazzato et al. (2022)	Diários de UCI escritos por profissionais de saúde ou familiares/	7 estudos/ studies	RR = 0,73 (IC95%: 0,57–0,94); $p = 0,02$	Redução estatisticamente significativa/ Statistically significant reduction
Rashidi et al. (2024)	Diários iniciados por enfermeiros/	56 participantes/ participants	IES-R total: 0,34 vs 0,84; $p < 0,0001$	Redução estatisticamente significativa/ Statistically significant reduction

Legenda/Legend: RR risco relativo; IC95% – intervalo de confiança a 95%; Δ IES-R – variação na pontuação da Impact of Event Scale – Revised; p – valor de significância estatística/ RR: relative risk; 95% CI: 95% confidence interval; Δ IES-R – change in Impact of Event Scale – Revised score; p – p -value (statistical significance).

Artigo de revisão | Review Article

3.3. MEMÓRIAS DA UCI E CLAREZA DAS EXPERIÊNCIAS

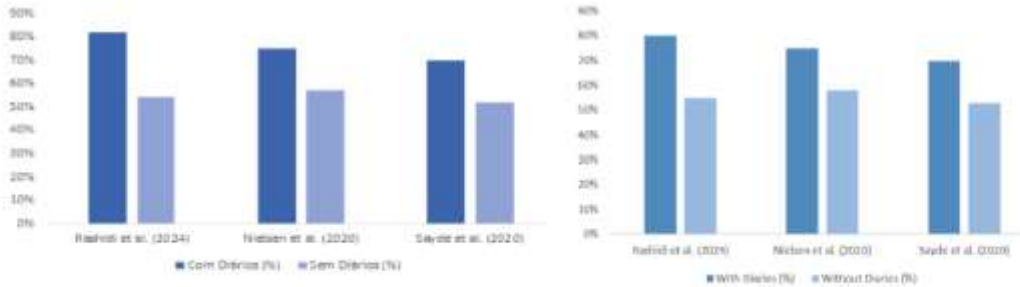
Além da redução dos sintomas de PSPT, a clareza das memórias dos doentes sobre a sua experiência na UCI foi outro resultado analisado. Os doentes que recorreram aos Diários relataram uma melhor organização das suas memórias e menor incidência de memórias perturbadoras em comparação com aqueles que não receberam a intervenção. Rashidi et al. (2024) salientaram que, cerca de 80% dos doentes no grupo de intervenção, lembraram-se mais claramente do seu internamento na UCI, em contraste com aproximadamente 55% no grupo controle. Esse padrão foi observado noutros estudos incluídos (Nielsen et al., 2021; Sayde et al., 2020), que relataram melhorias semelhantes na clareza das memórias.

Estes resultados são representados no Gráfico 1, que ilustra a diferença percentual na clareza das memórias entre os grupos que utilizaram e não utilizaram Diários

3.3 ICU MEMORIES AND CLARITY OF EXPERIENCES

In addition to the reduction of PTSD symptoms, the clarity of patients' memories regarding their ICU experience was another assessed outcome. Patients who used Diaries reported better organization of their memories and a lower incidence of disturbing recollections when compared to those who did not receive the intervention. Rashidi et al. (2024) highlighted that approximately 80% of patients in the intervention group recalled their ICU stay more clearly, in contrast to around 55% in the control group. This pattern was also observed in other included studies (Nielsen et al., 2021; Sayde et al., 2020), which reported similar improvements in memory clarity.

These results are illustrated in Figure 2, which shows the percentage difference in memory clarity between groups who used and did not use Diaries.



Gráfico/Graphic 1: Comparação percentual da clareza das memórias entre doentes com e sem intervenção de Diários/Percentage comparison of memory clarity between patients with and without the Diary intervention

3.4. IMPACTO NOS FAMILIARES

Os resultados sobre o impacto dos Diários nos familiares dos doentes foram menos expressivos. Embora alguns estudos (Barreto et al., 2019; Garrouste-Orgeas et al., 2019; Nielsen et al., 2021) tenham salientado tendências de redução nos níveis de ansiedade, apenas Nielsen et al. (2021) demonstraram uma redução estatisticamente significativa de 26.3% na prevalência de PSPT em familiares (IC95%: 4.9–52.2%). O quadro 4 resume os resultados sobre os familiares, destacando a ausência de resultados significativos na maioria dos estudos incluídos.

3.4 IMPACT ON FAMILY MEMBERS

Findings regarding the impact of Diaries on patients' relatives were less prominent. Although some studies (Barreto et al., 2019; Garrouste-Orgeas et al., 2019; Nielsen et al., 2021) identified trends toward reduced anxiety levels, only Nielsen et al. (2021) demonstrated a statistically significant 26.3% reduction in PTSD prevalence among relatives (95% CI: 4.9–52.2%). Table 4 summarizes the findings related to family members, highlighting the lack of significant results in most included studies.

Tabela/Table 4: Resumo dos Estudos que Avaliaram o Impacto nos Familiares/Summary of studies evaluating the impact on family members.

Estudo/ Study	Intervenção/ Intervention	Participantes / Participants	Redução de Ansiedade e PSPT/ Reduction in Anxiety and PTSD
Barreto et al. (2019)	Diários de UCI escritos por profissionais de saúde ou familiares/ ICU Diaries written by healthcare professionals or relatives	6 de 12 estudos / 6 out of 12 studies	Leve redução de ansiedade, sem impacto significativo no PSPT/ Slight reduction in anxiety, no significant impact on PTSD
Garrouste-Orgeas et al. (2019)	Diários de UCI com consulta de follow-up/	50 familiares/ 50 family members	Leve redução de ansiedade sem efeito estatisticamente significativo no PSPT em familiares/ Slight reduction in anxiety, no statistically significant effect on PTSD in relatives
Halm (2019)	Diários de UCI com follow-up e psicoeducação/	35 familiares/ 35 family members	Resultados mistos, sem evidência significativa/ Mixed results, no significant evidence
Sayde et al. (2020)	Diários implementados em centro académico/	45	Não avaliou familiares diretamente/ Did not assess family members directly

Nielsen et al. (2021)	Diários compartilhados entre doentes e familiares/	40	Redução estatisticamente significativa dos sintomas de PSPT/ Statistically significant reduction in PTSD symptoms
Gazzato et al. (2022)	Diários de UCI escritos por profissionais de saúde ou familiares/	7 estudos/ 7 studies	Não avaliou familiares diretamente/ Did not assess family members directly

3.5. EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS DE PSPT AO LONGO DO TEMPO

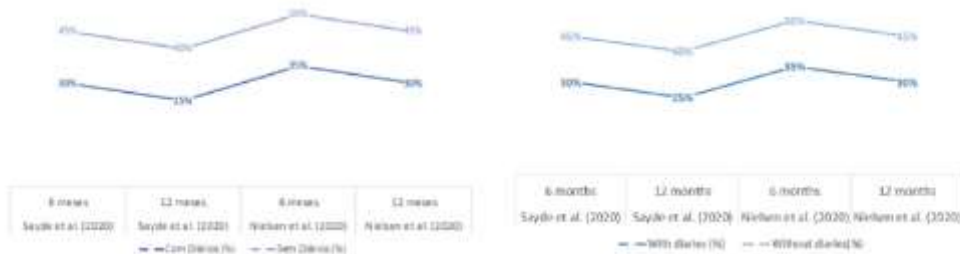
Os estudos incluídos nesta revisão analisaram a evolução dos sintomas de PSPT em doentes críticos em UCIs ao longo de diferentes períodos, nomeadamente aos 6 e 12 meses após o internamento. Como ilustrado no Gráfico 2, os doentes que utilizaram *Diários* apresentaram uma redução mais acentuada dos sintomas de PSPT em comparação com os que não utilizaram.

Os estudos de (Nielsen et al., 2021) e (Sayde et al., 2020) demonstraram que 30% a 35% dos doentes que usaram *Diários*, ainda apresentavam sintomas de PSPT ao fim de 6 meses após o internamento, em contraste com 45% a 50% de doentes no grupo de controlo. Evidenciou-se que ao fim de 12 meses após o internamento, os mesmos estudos, demonstraram que a percentagem de doentes com PSPT no grupo de doentes com *Diários* reduziu para 25% a 30%, enquanto no grupo doentes sem *Diários* essa percentagem manteve-se mais elevada, variando entre 40% a 45%. Esta redução progressiva nos sintomas sugere que os *Diários* promovem uma recuperação emocional eficaz a curto e longo prazo.

3.5 PROGRESSION OF PTSD SYMPTOMS OVER TIME

The studies included in this review analyzed the evolution of PTSD symptoms in critically ill ICU patients over various follow-up periods, particularly at 6 and 12-month post-admission. As illustrated in Figure 3, patients who used *Diaries* showed a more pronounced reduction in PTSD symptoms compared to those who did not.

Studies by Nielsen et al. (2021) and Sayde et al. (2020) demonstrated that 30% to 35% of patients who used *Diaries* still experienced PTSD symptoms six months after ICU admission, in contrast to 45% to 50% in the control group. After twelve months, the same studies showed that the percentage of patients with PTSD in the Diary group dropped to 25% to 30%, while the percentage in the control group remained higher, ranging from 40% to 45%. This progressive reduction in symptoms suggests that *Diaries* may support effective emotional recovery in both the short and long term.



Gráfico/Graphic 2: Comparação percentual da idade das memórias entre doentes com e sem intervenção de Diários/Percentage of PTSD symptoms over time in patients who used Diaries vs. those who did not.

4. DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão indicam que os *Diários* implementados nas UCIs constituem uma ferramenta relevante para mitigar os sintomas de PSPT em doentes e familiares. Quatro dos sete estudos incluídos apresentaram alta qualidade metodológica, conferindo robustez às evidências analisadas.

O uso de *Diários*, especialmente quando associado a intervenções complementares, como consultas de follow-up e psicoeducação, demonstrou estar significativamente relacionado com a redução dos sintomas de PSPT (Gazzato et al., 2022; Halm, 2019; Rashidi et al., 2024). Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados reforçam essa evidência, sugerindo que os *Diários*, isoladamente, não são suficientes para garantir uma recuperação psicológica, mas que a sua eficácia é potencializada quando integrados num programa estruturado de acompanhamento pós-alta (Barreto et al., 2019).

4. DISCUSSION

Therefore, future studies should explore strategies to enable the implementation of *Diaries*, considering not only their psychological benefits but also their sustainability in different clinical contexts (Barreto et al., 2019; Halm, 2019).

Given this variability, there is a need for a protocol to guide the use of ICU *Diaries*. It is essential to clearly define who should write the diary, how frequently it should be updated, and the appropriate times for delivering it to the patient. Standardizing these practices may improve consistency in results and maximize the benefits of this intervention. Additionally, the implementation of ICU *Diaries* involves consideration of the associated economic and institutional challenges. The lack of professional time, the absence of standardized training, and the lack of institutional recognition of their clinical utility may hinder adoption. Furthermore, the

Artigo de revisão | Review Article

Outro benefício identificado foi a melhoria na clareza das memórias entre os doentes que utilizaram os *Diários*. Rashidi et al. (2024) demonstraram que a intervenção com *Diários* aumentou significativamente a recordação clara do internamento e reduziu os sintomas de PSPT. Nielsen et al. (2021), embora sem redução significativa nos sintomas de PSPT nos doentes, referiram que o *Diário* ajudou os doentes a reorganizar as suas memórias e a compreender melhor a experiência vivida na UCI.

A revisão sistemática de Halm (2019) corrobora esses resultados, sugerindo que a reestruturação cognitiva proporcionada pelos *Diários* pode exercer um efeito terapêutico significativo na recuperação emocional dos doentes.

Contudo, a eficácia dos *Diários* não foi consistente em todos os estudos. Sayde et al. (2020), num ensaio clínico randomizado, não identificaram impacto significativo na redução dos sintomas de PSPT entre os doentes que utilizaram os *Diários*. Essa discrepância pode estar relacionada a fatores contextuais, como variações na implementação da intervenção, grau de envolvimento dos doentes e familiares, a diferenças metodológicas entre os estudos, incluindo tempo de acompanhamento e as escalas de avaliação utilizadas.

O impacto dos *Diários* nos familiares foi pouco evidente na maioria dos estudos. No entanto, Nielsen et al. (2021) demonstraram uma redução estatisticamente significativa dos sintomas de PSPT nos familiares. Vários participantes relataram benefícios subjetivos, como uma melhor compreensão do processo de internamento e uma sensação de conexão com o doente. Estes resultados podem estar relacionados com o nível de envolvimento dos familiares na escrita e consulta dos *Diários*, uma vez que muitos não participaram ativamente na sua elaboração.

A implementação dos *Diários* nas UCIs enfrenta desafios práticos, incluindo barreiras logísticas e adesão dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros. A resistência dos profissionais pode estar associada ao aumento da carga de trabalho, com a escrita e gestão dos *Diários*. Os fatores culturais influenciam a aceitação da intervenção, pois alguns doentes e familiares podem não se sentir confortáveis em documentar e reviver experiências traumáticas. Assim, futuros trabalhos, devem explorar estratégias para viabilizar a implementação dos *Diários*, considerando não apenas os benefícios psicológicos, mas também sua sustentabilidade nos diferentes contextos clínicos (Barreto et al., 2019; Halm, 2019).

Diante desta variabilidade, destaca-se a necessidade de um protocolo para o uso dos *Diários* nas UCIs. É fundamental definir claramente quem deve escrever o *Diário*, a frequência com que deve ser atualizado e os momentos adequados para sua entrega ao doente. A padronização dessas práticas pode melhorar a consistência dos resultados e maximizar os benefícios dessa intervenção. Adicionalmente, a implementação dos *Diários* nas UCIs implica considerar os desafios económicos e institucionais associados. A escassez de tempo dos profissionais, a inexistência de formação padronizada e a falta de reconhecimento institucional da sua utilidade clínica podem comprometer a sua adoção. Acresce que o tempo necessário à redação, revisão e mediação dos *Diários* representa um custo indireto para as organizações. A análise do custo-efetividade é essencial para

time required for writing, reviewing, and mediating *Diaries* represents an indirect cost for healthcare organizations. Cost-effectiveness analysis is crucial in supporting clinical and administrative decisions, especially in settings with limited resources.

4.1 STUDY LIMITATIONS

Despite promising results, this review identified methodological limitations in the analyzed studies. Some investigations had small sample sizes and short follow-up periods, which may compromise the external validity of the results. Furthermore, heterogeneity in PTSD assessment methods and applied interventions makes direct comparison between studies difficult. Additionally, the inclusion criteria, which were restricted to open-access studies published in Portuguese or English, limited the scope of the reviewed evidence. This decision may have excluded relevant studies published in other languages or with restricted access, thus partially limiting the scope of the findings.

4.2 IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

The implementation of ICU *Diaries* can be considered a valuable strategy to reduce PTSD symptoms and improve memory clarity in patients and their families. However, to maximize their effectiveness, it is recommended that the intervention be integrated into broader psychological follow-up programs and follow-up consultations. The active involvement of healthcare professionals, especially nurses, in updating and facilitating the use of *Diaries* is essential to ensure their effectiveness. Standardized strategies for implementing the intervention, along with a structured approach to diary delivery to patients and their families, should also be considered.

5. CONCLUSIONS

The results of this review show that ICU *Diaries* are a promising tool for mitigating PTSD symptoms in patients and families. However, their effectiveness depends on integration with other psychological support strategies and the standardization of their use. Although some studies show significant benefits in memory clarity and emotional recovery for patients, inconsistent results highlight the need to consider contextual factors, such as how the intervention is implemented and the level of involvement from family members and healthcare professionals. Additionally, professional adherence and logistical barriers present challenges that must be overcome to ensure the sustainability of this clinical practice.

Future research should not only deepen the analysis of diary effectiveness but also address the economic and institutional challenges associated with its implementation, including financial feasibility, required human resources, and the integration of this practice into ICU organizational policies. Evaluating cost-effectiveness is crucial to support policy and administrative decisions, especially in the context of increasing pressure on healthcare systems' financial and human resources.

sustentar decisões clínicas e administrativas, sobretudo num cenário de recursos limitados.

4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar dos resultados promissores, esta revisão identificou limitações metodológicas nos estudos analisados. Algumas investigações apresentaram amostras reduzidas e tempo de seguimento curto, o que pode comprometer a validade externa dos resultados. Além disso, a heterogeneidade nos métodos de avaliação do PSPT e das intervenções aplicadas dificulta a comparação direta entre os estudos. Adicionalmente, os critérios de inclusão baseados apenas em estudos com acesso livre e publicados em português ou inglês limitaram a abrangência da evidência analisada. Esta decisão poderá ter excluído investigações relevantes publicadas em outros idiomas ou de acesso restrito, condicionando parcialmente a abrangência dos resultados.

4.2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A implementação dos *Diários* nas UCIs pode ser considerada uma estratégia útil para reduzir os sintomas de PSPT e melhorar a clareza das memórias dos doentes e seus familiares. No entanto, para maximizar a sua eficácia, recomenda-se que a intervenção seja integrada a programas mais amplos de acompanhamento psicológico e consultas de *follow-up*. O envolvimento ativo dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, na atualização e mediação do uso dos *Diários* é essencial para garantir sua efetividade. Assim como, estratégias padronizadas para a implementação da intervenção e uma abordagem estruturada para a entrega dos *Diários* aos doentes e familiares devem ser consideradas.

5. CONCLUSÕES

Os resultados desta revisão evidenciam que os *Diários* em UCIs são uma ferramenta promissora para a mitigação dos sintomas de PSPT em doentes e familiares. No entanto, a sua eficácia depende da integração com outras estratégias de apoio psicológico e da padronização da sua utilização. Embora alguns estudos demonstrem benefícios significativos na clareza das memórias e na recuperação emocional dos doentes, a inconsistência dos resultados sugere a necessidade de considerar fatores contextuais, como a forma de implementação da intervenção e o grau de envolvimento dos familiares e profissionais de saúde. Além disso, a adesão dos profissionais e as barreiras logísticas representam desafios que devem ser superados para garantir a sustentabilidade desta prática clínica.

Futuras investigações deverão, além de aprofundar a eficácia dos *Diários*, contemplar os desafios económicos e institucionais associados à sua implementação, nomeadamente a viabilidade financeira, os recursos humanos necessários e a integração desta prática nas políticas organizacionais das UCIs. A avaliação do custo-efetividade é fundamental para sustentar decisões políticas e administrativas, sobretudo num cenário de crescente pressão sobre os recursos financeiros e humanos dos sistemas de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conceptualisation: CA, TA; Data Collection: CA; Formal Analysis: CA, TA, IA, FF; Supervision, Software: TA, IA, FF; Writing – original draft: CA, TA; Writing – review and editing: CA, TA, IA, FF. All authors read and approved the final published version of the manuscript.

Artigo de revisão | Review Article

CONTRIBUIÇÕES AUTORAIS

Conceptualização: CA, TA; Investigação (obtenção dos dados): CA; Análise formal: CA, TA, IA, FF; Supervisão, Software: TA, IA, FF; redação - preparação do draft original, CA, TA; redação - revisão e edição: CA, TA, IA, FF. Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCES

- Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H and Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc* **13**:132-140, 2015
- Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B and Jordan Z. *JBI Manual for Evidence Synthesis*, (JBI ed), 2024
- Associação-Americana-de-Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V, (Artemed ed), 2014
- Barreto BB, Luz M, Rios MNO, Lopes AA and Gusmao-Flores D. The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care* **23**:411, 2019
- Carvalho GAM. Perturbação de Stress Pós-Traumático Após Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. 2021
- Correia S. Stress e Burnout, in *Enfermagem em cuidados intensivos* (Lidel – Edições Técnicas L ed) pp 48-56, Lisboa, 2020
- Garrouste-Orgeas M, Flahault C, Fasse L, Ruckly S, Amdjar-Badidi N, Argaud L, Badié J, Bazire A, Bige N, Boulet E, Bouadma L, Bretonnière C, Floccard B, Gaffinel A, de Forceville X, Grand H, Halidfar R, Hamzaoui O, Jourdain M, Jost PH, Kipnis E, Large A, Lautrette A, Lesieur O, Maxime V, Mercier E, Mira JP, Monseau Y, Parmentier-Decrucq E, Rigaud JP, Rouget A, Santoli F, Simon G, Tamion F, Thieulot-Rolin N, Thirion M, Valade S, Vinatier I, Vioulac C, Bailly S and Timsit JF. The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials* **18**:542, 2017
- Garrouste-Orgeas M, Flahault C, Vinatier I, Rigaud JP, Thieulot-Rolin N, Mercier E, Rouget A, Grand H, Lesieur O, Tamion F, Hamidfar R, Renault A, Parmentier-Decrucq E, Monseau Y, Argaud L, Bretonnière C, Lautrette A, Badié J, Boulet E, Floccard B, Forceville X, Kipnis E, Soufir L, Valade S, Bige N, Gaffinel A, Hamzaoui O, Simon G, Thirion M, Bouadma L, Large A, Mira JP, Amdjar-Badidi N, Jourdain M, Jost PH, Maxime V, Santoli F, Ruckly S, Vioulac C, Leborgne MA, Bellalou L, Fasse L, Misset B, Bailly S and Timsit JF. Effect of an ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Randomized Clinical Trial. *Jama* **322**:229-239, 2019
- Gazzato A, Scquizzato T, Imbriaco G, Negro A, Caballo Garrido MC, Landoni G, Zangrillo A and Borghi G. The Effect of Intensive Care Unit Diaries on Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Dimensions of critical care nursing* **41**(5):256-263, 2022
- Halm MA. Intensive Care Unit Diaries, Part 2: Impact of Diaries and Follow-up Consultation on Post-Intensive Care Syndrome. *Am J Crit Care* **28**:488-492, 2019
- Joanna-Briggs-Institute. JBI Levels of Evidence: Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation 2014
- Lasiter S, Oles SK, Mundell J, London S and Khan B. Critical Care Follow-up Clinics: A Scoping Review of Interventions and Outcomes. *Clin Nurse Spec* **30**:227-237, 2016
- Lockwood C, Munn Z and Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc* **13**:179-187, 2015
- Ministério-da-Saúde. Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos, (Saúde Md ed), Governo de Portugal, Lisboa, 2013
- Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sifetcu R, Currie M, Qureshi R, , Mattis P, Lisy K and Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk in *JBI Manual for Evidence Synthesis* (JBI ed), 2020
- Nielsen AH, Angel S and Egerod I. Effect of relatives' intensive care unit diaries on post traumatic stress in patients and relatives (DRIP-study): A mixed methods study. *Intensive and Critical Care Nursing* **62**:102951, 2021
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Ghanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P and Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj* **372**:n71, 2021
- Rashidi E, Razban F and Asadi N. The effect of nurse-initiated diary intervention on posttraumatic stress disorder and recall of memories in ICU survivors: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* **24**:158, 2024
- Sayde GE, Stefanescu A, Conrad E, Nielsen N and Hammer R. Implementing an intensive care unit (ICU) diary program at a large academic medical center: Results from a randomized control trial evaluating psychological morbidity associated with critical illness. *General Hospital Psychiatry* **66**:96-102, 2020
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J and Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness, in *JBI Manual for Evidence Synthesis* (JBI ed), 2020

APÊNDICES

APÊNDICE I - 3º ciclo de Webinars SMI: "Escrever para Curar: Diário como Ferramenta para Mitigar o Stress Pós-Traumático em doentes de Cuidados Intensivos"



 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE

 **ULS
BRAGA**

3º Ciclo de Webinars
Serviço de Medicina
Intensiva de Braga

Cristiana Araújo

6 de Junho 2026

Escrever para curar:
Diário como Ferramenta para
Mitigar o Stress Pós-
Traumático em doentes de
Cuidados Intensivos
Revisão Integrativa da Literatura

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

 **CESPU**
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO AVE

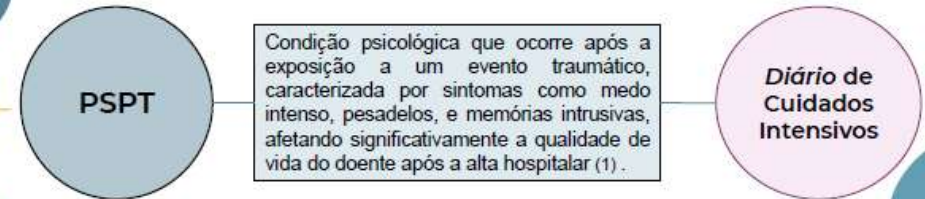


Sumário		
01 Contextualização	02 Objetivos	03 Métodos
04 Resultados	05 Discussão	06 Conclusões
07 Referências Bibliográficas		

01 Contextualização



01 Contextualização



(1)(American Psychiatric Association,2014);

01 Contextualização

Diário de Cuidados Intensivos



Narrativa de eventos e/ou observações pertinentes, escrita por toda a equipa multidisciplinar, familiares e visitas e entregue ao doente após a sua alta.
(Lasiter et al., 2016)



Deve conter detalhes, por ordem cronológica, sobre a hospitalização e os progressos diários do doente.

(Torres L. et al., 2020)



Objetivo: preencher e consolidar as lacunas existentes, diminuir o efeito das memórias intrusivas, desmistificar as memórias traumáticas causadas pelo internamento.

(Halm, 2019)

01 Contextualização

DOES IT
REALLY
WORK?

Embora existam estudos que apontem benefícios no uso do *Diário* para reduzir os sintomas de PSPT, ainda há controvérsias sobre a sua efetividade.

02 Objetivos

02 Objetivos

Analisar a literatura recente sobre a implementação dos *Diários* nas UCIs como ferramenta para mitigar a PSPT, identificando a sua viabilidade e impacto no bem-estar psicológico dos doentes e seus familiares.

03 Métodos

03 Métodos

Qual o efeito do diário (I) no stress pós-traumático (O) no doente (P) internado em cuidados intensivos?

Pesquisa: Abril, Maio, Junho de 2024

Critérios de Inclusão

Critérios de Exclusão

EBSCOhost

DeCS: "Diary" AND "Critical Care"
AND "Stress disorders, Post traumatic"

Pubmed ; Sciencedirect

Palavras-chave: "Diary", "ICU", "stress disorder, post traumatic"



04 Resultados

Título do Estudo	Autores	Ano	País	Tipo de Estudo
1. The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis	Barreto B, Luz M, Rios M, Lopes A, Flores D	2019	Brasil	Revisão sistemática
2. Effect of an ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation	Garrouste-Orgeas M, Flahault C, Vinatier I, Rigaud JP, Thieulot-Rolin N, Mercier E, et al.	2019	França	Experimental controlado
3. Intensive care unit Diaries part 2: impact of diaries and follow-up consultation on post-intensive care syndrome	Halm, 2019	2019	EUA	Revisão sistemática
4. Implementing an ICU diary program at a large academic medical center	Sayde G, Stefanescu A, Conrad E, Nielsen N, Hammer R	2020	EUA	Experimental controlado
5. Effect of relatives' ICU diaries on post-traumatic stress in patients and relatives (DRIP-study)	Nielsen A, Angel S, Egerod I	2021	Dinamarca	Exploratório-descritivo
6. The Effect of Intensive Care Unit Diaries on PTSD, Anxiety and Depression	Gazzato A, Scquizzato T, Imbriaco G, Negro A, Garrido M, Landoni G, et al	2022	Internacional	Revisão sistemática
7. The effect of nurse-initiated diary intervention on PTSD and recall of memories in ICU survivors	Rashidi E, Razban F, Asadi N	2024	Irão	Experimental controlado



05 Discussão

Art.1;Art.2;

(Barreto B. et al.,2019); (Orgeas M., et al., 2019)

Art.3; Art.4; Art.5;

(Halm, M., 2019); (Sayde, G. et al.,2020);
(Nielsen A. et al.,2020)

Diário com impacto
no PSPT



Art. 6; e Art.7;

(Gazzato A. et al.,2024); Rashidi E. et al., 2024)

Diário reduz o PSPT



- ✓ Percecionado como ferramenta valiosa; (Art.4; Art.5)
- ✓ Humanização de cuidados UCI's; (Art.2; Art.4; Art.5)
- ✓ Mitigação dos efeitos negativos das UCI's; (Art.1)
- ✓ Qualidade de vida Pós UCI's; (Art.1; Art.3)
- ✓ Redução do risco depressão; (Art.1)
- ✓ Redução de níveis de ansiedade nos doentes e familiares (Art.1; Art.2; Art.5)
- ✓ Desmistificar as memórias traumáticas; (Art.1; Art.5)
- ✓ Benéfico associado a outras terapias. (Art.3)

Em cerca de 28% em comparação com cuidados padrão. (Art.6)
Também eficaz na evocação de memórias claras dos doentes internados na UCI. (Art.7)

05 Discussão

Limitação

Os estudos apresentam amostras de dimensão reduzida, e períodos de acompanhamento limitados.

A heterogeneidade nos métodos de avaliação do PSPT e das intervenções aplicadas dificulta a comparação direta entre estudos.

O envolvimento ativo dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, é essencial para garantir a efetividade dos diários.

Integração dos diários em programas mais amplos de acompanhamento psicológico e consultas de *follow-up*.

Implicações prática clínica

Realização de mais estudos de forma a tornar os resultados mais representativos, e para que os diários sejam disseminados e assim recomendados como estratégia terapêutica.



06

Conclusão



06 Conclusão

Potencial e os Desafios

Ferramenta promissora para a mitigação dos sintomas de PSPT em doentes e familiares.

A sua eficácia depende da integração com outras estratégias de apoio psicológico e da padronização da sua utilização.

A adesão dos profissionais e as barreiras logísticas representam desafios que devem ser superados para garantir a sustentabilidade desta prática clínica.



Humanização Reconhecida

Permitem a partilha e o vínculo emocional dos familiares e amigos ao longo do processo de saúde/doença.

Evidencia a valorização dos cuidados personalizados, através do tempo dedicado pelos profissionais ao registo da história do doente em contexto de cuidados intensivos.

06 Conclusão

Perspetivas Futuras

Os Diários, enquanto prática emergente em Portugal, evidenciam a persistência dos sintomas de PSPT após a alta das UCIs, sublinhando a necessidade de estratégias mais eficazes de apoio psicológico e acesso a cuidados de saúde mental.

Futuras investigações devem explorar não só a eficácia dos Diários, mas também os desafios económicos e institucionais da sua implementação nas UCIs.



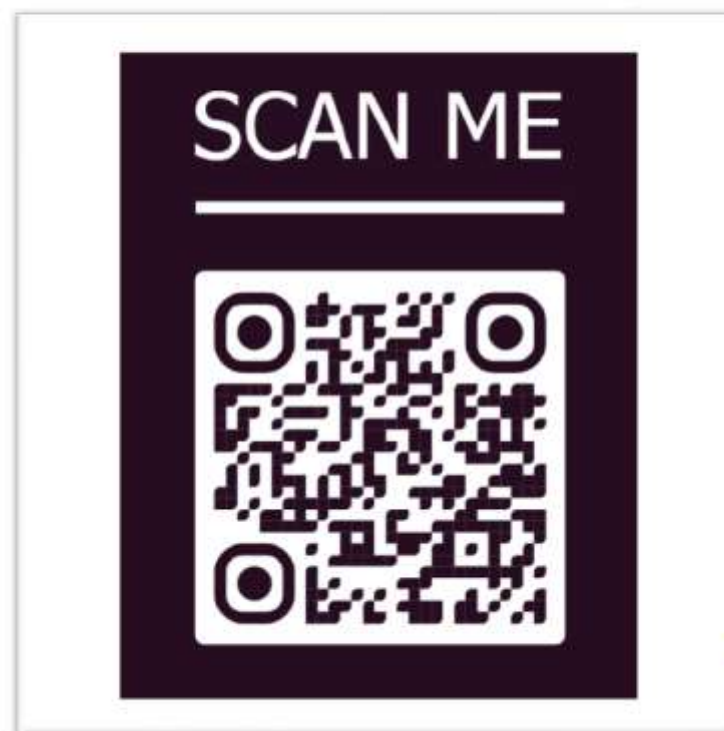
Óbrigado!

*“Olhar é uma coisa
Ver o que se olha é outra coisa
Compreender o que se vê é uma terceira coisa
Aprender do que se compreende é algo diferente
Porém, agir de acordo com o que se aprende
É o que realmente interessa”*

Benjamin Pucket

crisaraujo9@hotmail.com

Referências Bibliográficas



APÊNDICE II - Sessão de Formação SUMC



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Cuidados Ao Cateter Venoso Central

Prevenção e Controlo de Infecções

Realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na
Área de Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
CESPU-ESSVA



REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Cuidados Ao Cateter Venoso Central



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Objetivo Geral:

Uniformizar os Cuidados de Enfermagem Relativamente a Colocação e Manutenção do Cateter Venoso Central.

Objetivos Específicos:

Capacitar os Enfermeiros para os Cuidados de Enfermagem na Colocação e Manutenção do Cateter Venoso Central;

Uniformizar os Cuidados de Enfermagem Conforme as Guidelines e as Bundles Mais Actuais;

Reduzir o Número de Infecções Associado Aos Cuidados de Saúde.

Realizado por:

Cristiana Araújo | Daniel Firmino | Mariana Machado | Nuno Silva

Sob Supervisão:

Gabriel Costa | João Morais | Luís Oliveira | Pedro Fernandes

Realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | CESPU-ESSVA.

Cuidados Ao Cateter Venoso Central UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE



1. Contextualização Teórica
2. Feixes de Intervenções | Colocação
3. Feixes de Intervenções | Manutenção
4. Vias de Administração
5. Conclusão
6. Referencias Bibliográficas

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Cuidados Ao Cateter Venoso Central Contextualização Teórica



Cuidados Ao Cateter Venoso Central



Infeções Associadas Aos Cuidados De Saúde

- Problema de âmbito global, apresentando-se como um dos maiores riscos associados à hospitalização;
- São universalmente reconhecidas como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde e de segurança da pessoa;
- Situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea

- Surge com frequência e representa custos e taxas de mortalidade mais elevadas;
- Pode ter várias causas e está normalmente associado a um dispositivo vascular como o Cateter Venoso Central.

Cuidados Ao Cateter Venoso Central



Cateter Venoso Central (CVC)

- Dispositivo Médico para Acesso à Corrente Sanguínea;
- Apresenta Riscos Associados à sua Inserção e Manutenção.

Cuidados de Enfermagem

- Baseados em Recomendações Nacionais e Internacionais.

Feixes de Intervenções

- Conjunto de Medidas Baseadas na Melhor Evidência Científica;
- Criados com o Objetivo de:
 - Reduzir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;
 - Garantir Intervenções Uniformizadas em Todas As Unidades de Cuidados.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Colocação



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Garantir Treino e Competência na Avaliação e Colocação
do Cateter Venoso Central

- Antes da Colocação do Cateter Venoso Central:
 - Avaliar e Registrar a Necessidade da sua Utilização;
 - Selecionar o Cateter Venoso Central adequado a Situação.
- A Colocação do Cateter Venoso Central Deve:
 - Ser Realizada ou Monitorizada por Profissional de Saúde com Treino e Competência Específica, Realizando-se Avaliação Periódica de Conhecimentos e Adesão às Boas Práticas.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Colocação



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Higiene das Mãos

- Antes do Contacto com o Local de Punção;
- Higiene das Mãos e Antebraços Pelo Método de Fricção Com SABA ou Lavagem com Sabão antisséptico cumprindo a técnica de preparação pré-cirúrgica preconizada pela OMS;
- Desenvolver Estratégias Educativas, de Monitorização e de Reporte da Adesão à Higiene das Mãos Como Estratégia Multimoda de Melhoria.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU

Peter Pronovost¹, Dale Needham, Sean Berenholtz, David Sinopoli, Haitao Chu, Sara Cosgrove, Bryan Sexton, Robert Hyzy, Robert Welsh, Gary Roth, Joseph Bander, John Kepros, Christine Goeschel

Affiliations + expand

PMID: 17192537 DOI: 10.1056/NEJMoa061115

Taxa de infeção 2,7/1000 dias de cateter para 0/1000 dias de cateter ($P \leq 0,05$) aos 3 meses após a implementação, mantendo-se sustentada até aos 18 meses.

Aseptic insertion of central venous lines to reduce bacteraemia

Central Line Associated Bacteraemia in NSW Intensive Care Units (CLAB ICU) Collaborative; Anthony R Burrell, Mary-Louise McLaws, Margherita Mungo, Eda Calabria, Annette C Pantle, Robert Herkes

PMID: 21644871 DOI: 10.5694/j.1326-5377.2011.1903109.x

Ao longo dos 18 meses da intervenção, redução significativa na taxa de infeção, passando de 3,0 por 1000 dias de cateter para 1,2 por 1000 dias de cateter.

CVCs inseridos por clínicos que não cumpriram o pacote do clínico tiveram 1,62 vezes mais probabilidade de estar associados a infeção.

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central

Uniformizar a Implementação do "Feixe de Intervenções" Para A Prevenção de Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) Relacionada Com o CVC, de Acordo Com a Evidência Disponível.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Colocação



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Colocação



Antissepsia da Pele com Clorhexidina a 2% em Álcool

- Friccionar a pele com CHD a 2% com álcool de acordo com instruções do fabricante e deixar secar antes da punção. Em pele não íntegra, utilizar solução antisséptica aquosa garantindo tempos de secagem de pelo menos 2 minutos;
- Em caso de punção guiada por ecografia, assegurar que a sonda e o cabo do ecógrafo, previamente descontaminados, estejam cobertos por capa estéril. Deve ser usado um gel condutivo estéril;
- Em caso de alergia à CHD, substituir por iodóforos com álcool ou álcool a 70%;
- Durante a colocação do CVC, se a técnica asséptica for comprometida, a mesma deverá ser restabelecida;
- Perante um CVC implantado de emergência sem cumprimento dos requisitos citados, ou em ambientes com deficientes condições de assepsia, deve ser ponderado a sua substituição dentro de 48h.

Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Colocação



Evitar Acesso Femoral

- Selecionar como local de colocação, a veia jugular ou veia subclávia, de forma a minimizar o risco de infeção;
- Sempre que o risco de complicações versus benefício de prevenção de infeção o permita, deve privilegiar-se o acesso subclávio;
- O local de colocação selecionado não deve estar contaminado ou potencialmente contaminado (i.e., pele queimada ou infetada, região inguinal ou adjacente a ferida cirúrgica ou traqueostomia).



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Manutenção



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Manutenção

Avaliação de Remoção do Cateter Venoso Central

- Avaliar a Necessidade Diária:
 - Realização de Verificação Diária.
- Remover de Imediato se Desnecessário:
 - Usar Lembretes e Formulários Diários;
 - Incluir no Briefing Diário.
- Inspeção do Local:
 - Remover Cateter Venoso Central na Presença de Sinais de Infecção.
- Documentação:
 - Registrar Tempo de Permanência e Motivo da Manutenção Diariamente.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Manutenção

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Higiene das Mãos

- Antes da Manipulação do Cateter Venoso Central:
 - Lavar as Mãos;
 - Utilizar Técnica Non-Touch nos Pontos de Acesso.
- Monitorização e Educação:
 - Observar Práticas;
 - Fornecer Feedback;
 - Implementar Programas Educativos.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Manutenção

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Técnica Asséptica na Manipulação do Cateter Venoso Central

- Antes da Conexão/Perfusão:
 - Usar Técnica Asséptica Para Qualquer Conexão, Perfusão ou Aspiração.
- Manutenção do Local de Inserção:
 - Limpar com Clorexidina 2% em Álcool ou conforme normas do fabricante.
- Documentar:
 - Registrar o tempo de permanência e o motivo da manutenção diariamente.
- Trocar Penso:
 - Se sujo, com sangue ou descolado;
 - Penso de Compressa: 48h | Penso Transparente: 7 dias.

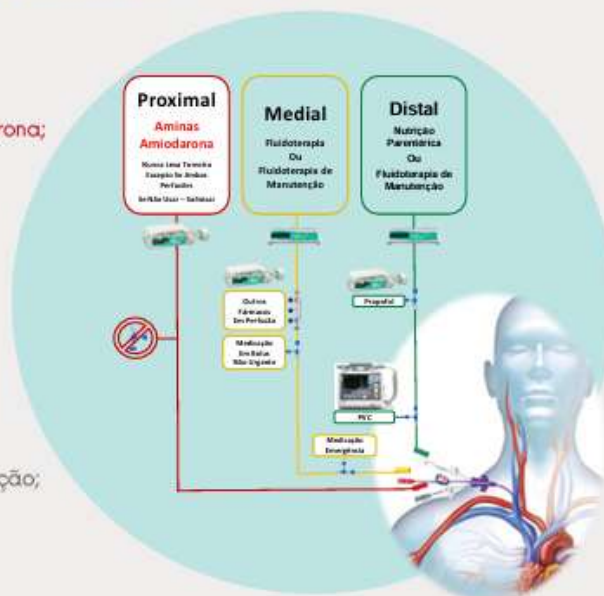


Cuidados Ao Cateter Venoso Central Vias de Administração



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Vias de Administração

- Via Proximal:
 - Utilizada para a Perfusão de Aminas e/ou Amiodarona;
 - **Nunca Leva Tomeira** – Evitando Flush de Aminas;
 - Se não usar, salinizar.
- Via Medial:
 - Fluidoterapia ou Fluidoterapia de Manutenção;
 - Outros Fármacos em Perfusão;
 - Medicação em Bólus Não Urgente;
 - Medicação Emergente.
- Via Distal:
 - Nutrição Parentérica ou Fluidoterapia de Manutenção;
 - Sensor de Pressão Venosa Periférica;
 - Propofol.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Manutenção

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Técnica Asséptica no Penso do Cateter Venoso Central

- Antes da Conexão/Perfusão:
 - Usar Técnica Asséptica Para Qualquer Conexão, Perfusão ou Aspiração.
- Descontaminar Pontos de Acesso:
 - Usar Clorexidina 2% em Álcool ou Álcool 70% por 15 Segundos;
 - Deixar Secar Antes de Conectar.
- Medidas Adicionais:
 - Manter Pontos de Acesso Ocluídos e Usar Tampas Novas e Estéreis;
 - Preferir Conectores com Septo Dividido;
 - Substituir prolongamentos, torneiras e conectores a cada 96 horas;
 - Limpar Bombas e Seringas Perfusoras a Cada 24 Horas;
 - Trocar Perfusões:
 - Hemoderivados: 12h | Emulsões lipídicas: 24 | Propofol: 6-12h.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Feixes de Intervenções | Manutenção

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO AVE

Treino e Competência

- Profissionais Treinados:
 - Garantir que Apenas os Profissionais Treinados Manipulam o CVC.
- Avaliação Periódica:
 - Verificar Conhecimentos e Adesão às Boas Práticas.
- Programa Educativo Contínuo:
 - Implementar Treino Com Simulação e Feedback.



Cuidados Ao Cateter Venoso Central Conclusão

A Implementação de Guidelines e Bundles Baseados em Evidência Relativamente aos Cuidados ao CVC é Essencial para Reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

A Formação Contínua da Equipa de Enfermagem, é Fundamental para Garantir a Correta Inserção, Manipulação e Manutenção do CVC, Prevenindo Complicações e Garantindo a Qualidade dos Cuidados Prestados.

A Adesão Consistente às Melhores Práticas é Vital para Enfrentar esta Problemática e Melhorar os Desfechos Clínicos.

Cuidados Ao Cateter Venoso Central UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

Referencias Bibliográficas

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017). Medidas de prevenção de infeção relacionada à assistência à saúde (2a ed.). Brasília: Autor. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4https://portaldeboaspraticas.fiocruz.br/biblioteca/medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude/>
- Borges, L. C., Sousa, T. B., & Spolidoro, F. B. (2018). Atuação do enfermeiro frente ao risco de infeção com cateter venoso central na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem em Evidência*, 2(1), 1-14. Disponível em http://repositorio.unifafibe.com.br/8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/45/2018_LCB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Burrell, A. R., McLaws, M. L., Mungo, M., Calabria, E., Pantle, A. C., & Herkes, R. (2011). Aseptic insertion of central venous lines to reduce bacteraemia. *The Medical Journal of Australia*, 194(11), 583-587. <https://doi.org/10.5694/j1326-5377.2011.tb03109.x>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). Checklist for prevention of central line-associated bloodstream infections. Baseado nas diretrizes de prevenção de infeções relacionadas a cateteres intravasculares. Recuperado de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma 022/2015: Feixe de intervenções de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgspt/directizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015.pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos - 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Infeções e resistências aos antimicrobianos 2018: Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018. Disponível em <http://www.anscentrum-in-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatório-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Cuidados Ao Cateter Venoso Central UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

Referencias Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma clínica 022/2015: "Feixe de intervenções" para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central (Atualizada em 29 de agosto de 2022). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgspt>
- Eggimann, P., & Pittet, D. (2002). Overview of catheter-related infections with special emphasis on prevention based on educational programs. *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 8(5), 295-309. <https://doi.org/10.1046/j1469-0691.2002.00467.x>
- Graça, Ana Lúcia - Infeção associada ao cateter venoso central: do conhecimento à prática. *Nursing: Ano*, 26, N.º 290 (abr.-dez, 2014), p. 5-9
- Gomes, S. M. L., Martins, M. D. da S., & Alves, M. J. G. (2021). Índice de qualidade na manutenção do cateter venoso central num serviço de medicina intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-8. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/24480/1/REF_oct2021_e20181_port%20%205col.pdf
- Hadzić, S., Golik, D., Smajić, J., Sijerčić, S., Umihanić, S., & Umihanić, S. (2014). Complications Related to Insertion and Use of Central Venous Catheters (CVC). *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 68(5), 300-303. <https://doi.org/10.5455/medarh.2014.68.300-303>
- Oliveira, F. T., Stepp, M. A., Silva, L. D., Frederico, M., & Duarte, S. C. (2016). Comportamento da equipe multiprofissional frente ao Bundle do cateter venoso central na terapia intensiva. *Esc Anna Nery*, 20(1), 55-62. doi:10.5935/14148145.20160008
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/568/porto-2_padrões-qualidade-emc_rev.pdf
- Padilha Fortunati, C. F. (2017). Impacto de dois bundles na infeção relacionada a cateter central em pacientes críticos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2951. doi:10.1590/1518-8345.2190.2951

Cuidados Ao Cateter Venoso Central UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

Referencias Bibliográficas

Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Bomp; Goeschel C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England journal of medicine*, 355(26), 2725-2732. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061115>

APÊNDICE III - Poster SE



CUIDADOS COM O CATETER VENOSO CENTRAL

Feixes de Intervenção | Colocação:

- Garantir Treino e Competência na Avaliação e Colocação do CVC;
- Realizar Higiene das Mãos;
- Usar Barreira de Proteção Máxima;
- Realizar Antissepsia da Pele com Clorexidina a 2% em Álcool;
- Evitar Acesso Femoral.

Feixes de Intervenção | Manutenção

- Avaliar Diariamente a Possibilidade de Remoção do CVC;
- Realizar Higiene das Mãos Antes de Manipular o CVC;
- Descontaminar Pontos de Acesso - Fricção da Porta de Acesso no CVC com Clorexidina ou Álcool a 70%;
- Manusear CVC com Equipamentos Estéreis;
- Usar Técnica Asséptica na Realização do Penso:
 - Substituir imediatamente pensos que se encontrem repassados ou não aderentes;
 - Substituir Pensos Com Técnica Asséptica, utilizando luvas limpas ou estéreis:
 - Pensos com compressas a cada 48h;
 - Penso Impermeável a cada 7 dias;
- Mudar Sistemas de Perfusão, com intervalo mínimo de 4 dias e máximo de 7 dias;
- Mudar Sistemas de Perfusão de Produtos Sanguíneos ou Lipídicos a cada 24 horas;
- Mudar Sistema de Perfusão de Propofol a cada 6/12h ou sempre que o frasco terminar;
- Desenvolver Treino e Competência na Manutenção do CVC.

**A Implementação de Guidelines e Bundles Baseados em Evidência Relativamente aos Cuidados ao CVC
é Essencial para Reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.**

Realizado por:

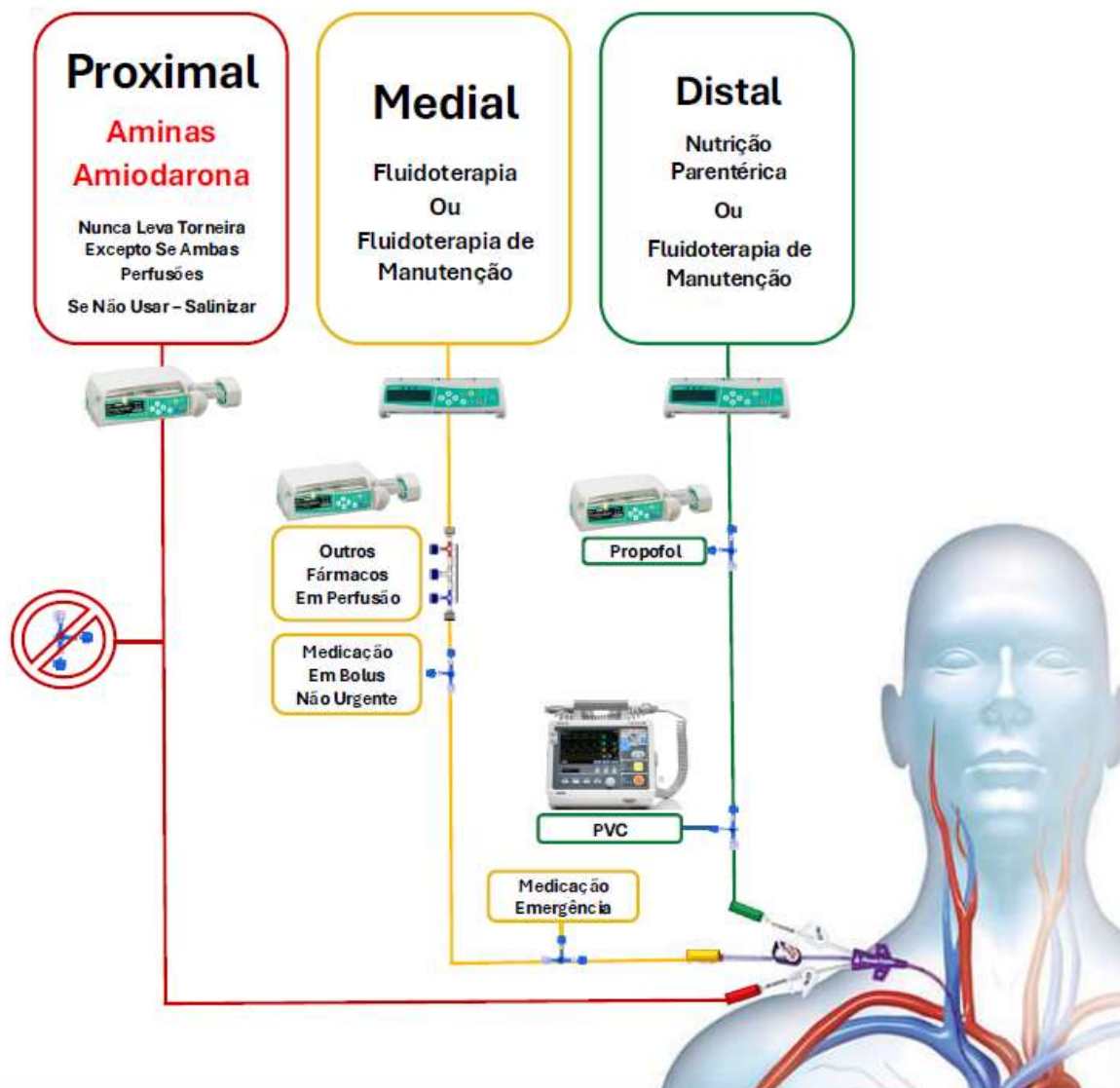
Cristiana Araújo | Daniel Firmino | Mariana Machado | Nuno Silva

Sob Supervisão:

Gabriel Costa | João Morais | Luís Oliveira | Pedro Fernandes

Realizado no Âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | CESPU-ESSVA

CUIDADOS COM O CATETER VENOSO CENTRAL



Realizado por:

Cristiana Araújo | Daniel Firmino | Mariana Machado | Nuno Silva

Sob Supervisão:

Gabriel Costa | João Morais | Luís Oliveira | Pedro Fernandes

Realizado no Âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | CESPU-ESSVA