



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis

Orientação: Professora Doutora Guida Maria Marques da Silva Amaral

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, abril de 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis

Orientação: Professora Doutora Guida Maria Marques da Silva Amaral

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, abril de 2024

Mais do que máquinas, precisamos de humanidade.

(Charles Chaplin, 1940)

A ti, Rato.

AGRADECIMENTOS

O trilho percorrido nesta caminhada demonstrou-se sinuoso e cheio de obstáculos. Contudo, a resiliência demonstrada, permitiu expulsar a palavra “desistência” neste percurso.

Apesar de ser impossível enumerar todos os que contribuíram para a concretização desta jornada, cabe-me fazer alguns agradecimentos.

À Professora Doutora Guida Amaral pela constante disponibilidade e rapidez perante a procura de soluções para os obstáculos.

À minha Enfermeira, Cláudia pela humildade e partilha de conhecimentos durante todo o estágio.

A todos os meus amigos e familiares pela paciência e compreensão da minha ausência.

Aos meus pais, pelo seu amparo e abrigo durante esta dura caminhada.

À minha mulher, Raquel e aos meus filhos, Simão e Luísa, pelo auxílio e força transmitida durante estes longos meses. Peço perdão pelo corpo presente, mas mente ausente.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Médico – Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e tem como objetivo descrever a aquisição das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e as competências de mestre durante o percurso de Mestrado e o estágio final.

A Ventilação Não Invasiva é um método de ventilação com pressão, sem recorrer ao tubo oro traqueal. Normalmente, está associada à Pessoa em Situação Crítica e surge a necessidade de estabelecer intervenções de Enfermagem dirigidas para combater constrangimentos provocados por este tipo de ventilação e promover a qualidade e segurança dos cuidados. Cabe aos enfermeiros, saber reconhecer a sua utilidade, correta aplicabilidade, otimização e posterior monitorização.

O Modelo de Sinergia é direcionado para colmatar as necessidades do doente crítico através das características do enfermeiro. O Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido segundo a metodologia de projeto permitiu identificar uma necessidade do serviço. De forma a dar resposta a essa necessidade procedeu-se à implementação de uma instrução de trabalho baseada numa Scoping Review acerca da temática.

O desenvolvimento de atividades em estágio permitiu adquirir e desenvolver competências que abordamos de forma reflexiva neste relatório.

Palavras-chave: Ventilação Não Invasiva, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Metodologia de projeto, Competências.

ABSTRACT

This report appears within the scope of the Masters in Surgical and Medical Nursing: The Critically Ill Person and aims to enunciate and describe the acquisition of common and specific competencies of a nurse specializing in Surgical and Medical Nursing: the Critically Ill Person and the Masters competencies during the Masters pathway and the final internship.

The Non-Invasive Ventilation is a method of pressurised ventilation without the use of endotracheal tube. Normally, it is associated with the Critically Ill Patient raising the need to establish Nursing interventions to minimize or eradicate the constraints caused by this type of ventilation and promote the safety and quality of care. It is the nurse's responsibility to recognize its usefulness, correct applicability, optimization and subsequent monitoring.

The Sinergy Model works is aimed at meeting the needs of the Critically Ill person through the nurse skills and knowledge. The Intervention on the Ward Project developed according to the project methodology, allow to identify needs for improvement in the ward. In order to fulfill this need a work instruction based on a Scoping Review on the subject was implemented.

The development of activities during the internship allowed us to acquire and develop competences that we address in a reflective way in this report.

Key-Words: Non-Invasive Ventilation (NIV), Medical Surgical Nursing, Critically Ill Patient, Project Methodology, Skills.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AACN - American Association of Critical-Care Nurses

BiPAP – Pressão Positiva de dois níveis nas Vias Aéreas

DGS – Direção Geral da Saúde

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

EPAP – *Expiratory Positive Airway Pressure*

FiO₂ – Fração Oxigénio Inspirado

IPAP – *Inspiratory Positive Airway Pressure*

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio

PCR – Paragem Cardio Respiratória

PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

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

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SO – Serviço de Observação

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULPPCIRA – Unidade Local de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TÉORICO	21
1.1. MODELO DE SINERGIA DA AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES	21
1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	29
1.2.1. Ventilação Não Invasiva	29
1.2.2. As intervenções de enfermagem à Pessoa com VNI: contributos para uma prática especializada	33
2. ESTÁGIO FINAL EM SERVIÇO DE URGÊNCIA	42
2.1 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	42
3.PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	47
3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	48
3.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	55
3.3 PLANEAMENTO	56
3.4 EXECUÇÃO	58
3.5 AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	59

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS	63
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	65
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO – CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	82
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
BIBLIOGRAFIA	91
APÊNDICES.....	97
ANEXOS.....	119

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Análise SWOT	98
Apêndice II - Pedido de autorização para a elaboração do Projeto de Intervenção Profissional ao Conselho de Administração	100
Apêndice III - Resumo em português e inglês da Scoping Review “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva	104
Apêndice IV - Instrução de trabalho “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”	107

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Certificado de presença no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023	120
Anexo II - Certificado de 3º prémio como autor do poster “Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester” no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023	122
Anexo III - Certificado de aproveitamento no curso “Suporte Básico de Vida”	124
Anexo IV - Certificado de aproveitamento no curso “International Trauma Life Support”	126
Anexo V - Certificado de aproveitamento no curso “Suporte Avançado de Vida”	128
Anexo VI - Certificado de presença no E-learning essencial: Cough Assist	131
Anexo VII - Certificado de presença no E-learning essencial – Oxigenoterapia	133
Anexo VIII - Certificado de presença no E-learning essencial – Ventilação Não Invasiva	135
Anexo IX - Certificado de presença no webinar “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe”	137
Anexo X - Certificado de presença no curso “Seminário Online Transporte Aéreo do Doente Crítico – Do Resgate ao Handover”	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1: Processo do Modelo de Sinergia	22
Figura nº2: Níveis de Resultados do Modelo de Sinergia	23
Figura nº3: Esquema das modalidades ventilatórias	32

ÍNDICES DE TABELAS

Tabela 1 – Características do contínuo saúde-doença do doente	25
Tabela 2 – Características do enfermeiro em função das necessidades do doente	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Frequência de respostas do número de anos de experiência profissional	50
Gráfico 2 – Frequência de respostas do número de anos no SU	50
Gráfico 3 – Frequência de respostas sobre o Mestrado/especialidade em Enfermagem	51
Gráfico 4 – Frequência de respostas sobre a área de formação do Mestrado	51
Gráfico 5 – Frequência de respostas sobre a formação na área da VNI	52
Gráfico 6 – Frequência de respostas sobre número de vezes que presta cuidados à Pessoa Sob VNI	52
Gráfico 7 – Frequência de respostas acerca da pertinência de uma formação sobre as Intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI	53
Gráfico 8 – Frequência de respostas acerca dos conhecimentos acerca das intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI	53
Gráfico 9 – Frequência de respostas acerca da criação de uma instrução de trabalho sobre as intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI	53
Gráfico 10 – Frequência de respostas sobre a importância da formação para o aumento da segurança e qualidade dos cuidados prestados	54
Gráfico 11 – Frequência de respostas acerca do conhecimento de «guidelines» sobre VNI	54
Gráfico 12 – Frequência de respostas da avaliação dos formadores	60
Gráfico 13 – Frequência de respostas dos conteúdos programáticos	60
Gráfico 14 – Frequência de respostas da qualidade da formação.....	61

INTRODUÇÃO

No âmbito do sétimo curso em associação do Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), foi-nos proposto a realização de um relatório final acerca da prática desenvolvida durante o estágio final.

“O Relatório é um trabalho de descrição de reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição/entidade acolhedora, o qual será alvo de prova pública perante um júri.” (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde, 2017 p.2).

Este relatório final apenas diz respeito ao estágio final, uma vez que foi obtida creditação no estágio do primeiro ano do curso, por exercer atividade profissional no âmbito de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), o que também facilitou a aquisição de algumas competências. O estágio final da especialidade, abordado neste relatório, foi desenvolvido em Serviço de Urgência (SU) de nível II médico-cirúrgica, tendo a duração total de 336 horas. Como vem descrito no Regulamento do estágio final de relatório do Mestrado em Enfermagem, o “Estágio Final é realizado em instituições/entidades acolhedoras que devem possuir as características indispensáveis ao aprofundamento e desenvolvimento de competências especializadas do mestrando.” (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde, 2017 p.2). Durante o estágio está prevista a aquisição das competências clínicas especializadas na área da EMC-PSC e a conceção e implementação de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS).

Sendo a área de especialização deste Mestrado a EMC-PSC, torna-se importante abordar a denominação de Pessoa em Situação Crítica (PSC), como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19362).

No âmbito do estágio final foi elaborado um PIS sobre a temática denominada de “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, que seguiu a metodologia de projeto. A execução do PIS tem a finalidade de capacitar a equipa de Enfermagem para a utilidade, aplicabilidade e monitorização da Ventilação Não Invasiva (VNI) na PSC. Várias entidades, a nível mundial, desenvolveram um conjunto de boas práticas relativamente a intervenções a prestar à Pessoa sob VNI - European Respiratory

Society/British Thoracic Society/Agency for Clinical Innovation/Agency for Healthcare Research and Quality – que reforçam quais as diretrizes a seguir, com vista à melhoria da qualidade das intervenções prestadas à PSC. Estes documentos vão funcionar como guia de boas práticas e indicações no que diz respeito à PSC sob VNI, fornecendo informações e recomendações na gestão clínica da Pessoa, gestão das interfaces do VNI e cuidados à PSC utilizando protocolos com vista à melhoria da monitorização, segurança e padrões de qualidade da prestação de cuidados (Agency for Clinical Innovation, 2023). A elaboração do PIS é associado aos padrões de qualidade especializados em EMC-PSC no enunciado descritivo da promoção da saúde, em que demonstra que o enfermeiro especialista em EMC-PSC promove o “fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.12), e a “avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica.” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.12).

A prática de cuidados a este tipo de Pessoas carece de um documento orientador para uniformizar este tipo de cuidados, baseados em evidência científica recente e «*guidelines*» atualizadas. A escolha desta temática aconteceu devido a uma necessidade do serviço, porque apesar de ser uma temática estudada, esta tem sido alvo de constantes atualizações. Esta necessidade constante de atualização demonstrou ser uma motivação para explorar a temática.

Para encontrar evidência disponível sobre a temática do PIS, foi elaborada uma Scoping Review com o objetivo de responder à pergunta de partida elaborada segundo o acrónimo PCC: Quais as Intervenções de Enfermagem (C) à Pessoa em Situação Crítica (P) sob Ventilação Não Invasiva (C)?

Este PIS baseou-se na metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010), reforçando a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A metodologia de projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.” (Ruivo et al., 2010 p.2). A PSC demonstra incapacidade de reação em determinados momentos, instalando-se o desconforto e o desconhecimento relativamente ao futuro devido à sua instabilidade. As limitações que se instalam na Pessoa devido à sua situação clínica, leva ao enfermeiro a prestar cuidados com o objetivo de colmatar as suas necessidades. Com a finalidade de dar resposta às carências da Pessoa, consideramos que o Modelo de Sinergia da American Association of Critical-Care Nurses (AACN), suporta a temática abordada no PIS e o processo de aquisição das competências, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados

prestados. Este Modelo enquadra-se no PIS por estar diretamente relacionado com a prestação de cuidados na fase aguda/cuidados à PSC. Assim, é efetuada a interligação das características do enfermeiro EMC-PSC e/ou enfermeiro prestador de cuidados à Pessoa em UCI, com as necessidades e características da Pessoa (AACN, 2013).

Com vista à obtenção do grau de mestre, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, capítulo III relativo ao Mestrado, artigo 15.º, é necessário segundo a alínea a), “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão;” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006 p.2246), de acordo a alínea b) “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compressão e de resolução de problemas;” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006 p.2246), e de que forma aplica esses conhecimentos, como descrito na alínea c) “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006 p.2246). Segundo o mesmo Artigo, “o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006 p.2246), que acontece na especialização na PSC dentro da Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Quanto ao processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, podemos averiguar segundo o Artigo 2º do Capítulo I, do Regulamento nº140/2019, âmbito e finalidade, que,

“A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4745).

Quanto às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, estas podem ser consultadas no Regulamento nº429/2018 relativo a essas competências, publicadas em Diário da República, no Nº135 de 16 de Julho de 2018. O enfermeiro especialista em EMC-PSC

“1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19363-19364).

Neste relatório serão especificadas as atividades desenvolvidas de forma a atingir as competências. Para além disso, o estágio preconiza o desenvolvimento do PIS e a elaboração

da Scoping Review baseada em evidência científica recente, permitindo atingir as competências clínicas especializadas.

Desta forma, foram estabelecidos para este relatório um objetivo principal e quatro objetivos específicos:

- Objetivo principal:

- Descrever a aquisição de competências de mestre, comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC;

- Objetivos específicos:

- Descrever o contexto clínico do estágio;
- Descrever o desenvolvimento do PIS e a sua implementação no serviço em questão;
- Analisar e refletir acerca das atividades desenvolvidas durante a prática clínica;
- Refletir sobre o processo de aquisição das competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC.

Quanto à estrutura deste relatório final, é composta por quatro partes distintas.

O primeiro capítulo diz respeito à seleção e exploração do Modelo de Sinergia, a importância das intervenções de Enfermagem e do enfermeiro e a relação entre o Modelo de Sinergia e a PSC sob VNI.

No segundo capítulo é apresentada a descrição do contexto onde se realizou o estágio final.

No terceiro capítulo é realizada a apresentação e desenvolvimento do PIS com a explicação das etapas da metodologia de projeto.

O quarto capítulo é composto pela análise reflexiva das competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas de EMC-PSC e atividades desenvolvidas de forma a atingir essas competências.

Por fim, tecem-se algumas considerações finais, onde é realizada uma síntese do relatório final, quais as limitações encontradas durante a sua execução e a relação do perfil de mestre com o perfil de especialista.

Este relatório encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, exceto as citações diretas de autores que utilizaram as regras do antigo acordo ortográfico. Todo o relatório final e as referências bibliográficas estão segundo as normas da American Psychological Association, 7.^a edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TÉORICO

Neste capítulo vai ser apresentado e desenvolvido o Modelo de Sinergia da AACN e a importância da sua escolha para fundamentar a temática apresentada no PIS. O aparecimento de teorias de Enfermagem colaboraram para a projeção do conhecimento através do estudo observacional, de relações e experiências (Soares et al., 2014). Os modelos de Enfermagem cooperaram para o desenvolvimento do conhecimento do enfermeiro, contribuindo para os ganhos em saúde.

Abordaremos ainda neste capítulo de forma generalizada a temática da VNI, nomeadamente a história deste tipo de ventilação, indicações, contraindicações, fatores de sucesso e insucesso, complicações, modalidades e interfaces utilizados.

O enfermeiro especialista em EMC-PSC possui um papel fulcral na seleção das intervenções a realizar à PSC sob VNI, demonstrando ser importante a criação de uma lista de intervenções a realizar à PSC funcionando como suporte ao desenvolvimento e implementação do PIS.

1.1. MODELO DE SINERGIA DA AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES

O Modelo de Sinergia, como o próprio nome indica, ao promover a relação entre as características do doente e as competências do enfermeiro emerge uma sinergia entre ambas as partes (Herrington, 2010).

Criado pela AACN, na década de 90, é utilizado para estudos qualitativos e funciona como base para modelos curriculares e reestruturações organizacionais. Este modelo conceptual relaciona as necessidades dos doentes com as competências dos enfermeiros. Ou seja, as competências e características dos enfermeiros para a prestação de cuidados são moldadas conforme as necessidades e características dos doentes (Herrington, 2010). Na mesma linha de pensamento, refere também a AACN (2013 p.1), que a “sinergia resulta quando as necessidades e as características de um paciente, unidade clínica ou sistema são combinadas com as competências de um enfermeiro”.

O Modelo de Sinergia permite cuidar da PSC através do desenvolvimento de competências e projetar cuidados e intervenções (Herrington, 2010), comprovando a utilidade do modelo na prestação de cuidados à PSC.

Quanto à sua estrutura, esta “aparece como uma teia de Modelo de Sinergia AACN, os relacionamentos e interações baseados em conceitos, participantes e resultados são todos apreciados como estando interrelacionados.” (Herrington, 2010 p.4-5). Esta interação necessária entre enfermeiro e doente requer que o profissional de saúde seja proficiente demonstrando múltiplas dimensões de acordo com as carências do doente. Quando essas necessidades e características se compatibilizam, os resultados pretendidos são alcançados. De realçar que quanto mais elaborado é o processo da doença, mais complexas serão as suas necessidades (AACN, 2013). O processo pode ser explicado através do esquema da figura 1:

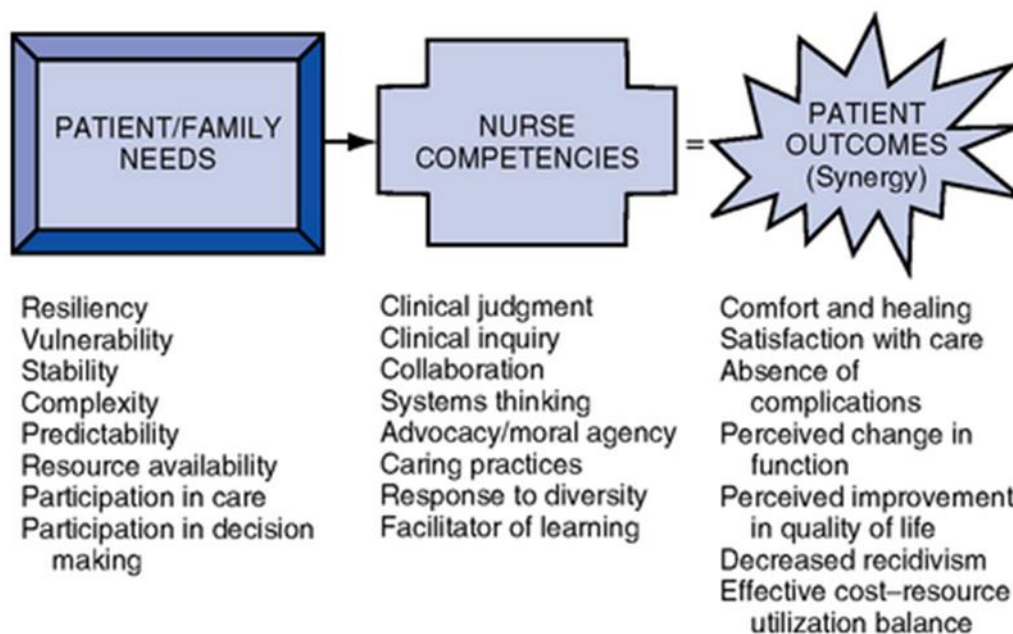


Figura nº1: Processo do Modelo de Sinergia **Fonte:** <https://clinicalgate.com/professional-caring-and-ethical-practice/>

Inicialmente, o processo do Modelo de Sinergia estipulava cinco pressupostos definidos pela AACN:

- “Os doentes são entidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais que se apresentam num estágio de desenvolvimento específico. Todo o doente (corpo, mente e espírito) deve ser considerado;
- O doente, a família e a comunidade contribuem para fornecer um contexto para o relacionamento entre enfermeiro e doente;

- Os doentes podem ser descritos através de várias características. Todas as características estão interligadas e contribuem para cada uma delas, não podendo ser analisadas de forma isolada;
- Da mesma forma, os enfermeiros podem ser descritos por várias dimensões. As interligações das dimensões traçam um perfil do enfermeiro;
- Um objetivo da enfermagem é restaurar o nível ideal de bem-estar definido pelo doente. A morte pode ser um resultado aceitável, em que o objetivo dos cuidados de enfermagem é levar o doente a uma morte tranquila.” (AACN, 2013 p.1).

Para além dos cinco pressupostas, posteriormente, Herrington acrescentou mais quatro, sendo eles:

- “O enfermeiro cria o ambiente para cuidar do doente. O contexto/ambiente de cuidado também afeta o que o enfermeiro pode fazer;
- Existe uma interligação entre as áreas de impacto. A natureza a interligação pode mudar em função da experiência, situação e cenário;
- O enfermeiro pode trabalhar para otimizar os resultados para os doentes, familiares, profissionais de saúde e o sistema/organização de saúde;
- O enfermeiro traz sua experiência para cada situação, incluindo vários níveis de educação/conhecimento e habilidades/experiência.” (Herrington, 2010 p.6).

Neste modelo os resultados possuem três níveis: os derivados do doente, os derivados do enfermeiro e os derivados do sistema de saúde (Curley, 2007). Na figura 2 podemos observar de forma esquematizada o anteriormente descrito.

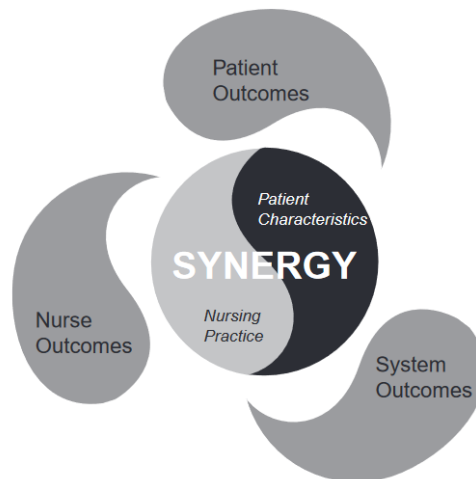


Figure 2.1. The Synergy Model delineates three levels of outcomes: patient outcomes, nurse outcomes, and system outcomes. Used with permission. (Curley, 1998).

Figura nº2: Níveis de Resultados do Modelo de Sinergia **Fonte:** Curley, 2007 p. 26

Neste modelo fica patente a necessidade de avaliar cada elemento como um ser único e com carências diferentes, “cada doente e família, unidade e sistema de saúde é único com capacidade variável de saúde e vulnerabilidade à doença. Cada um fornece um conjunto de

características aos cuidados. Estas características abrangem o contínuo estado saúde-doença.” (AACN, 2013 p.1).

A AACN define como as características do doente alvo de cuidados, as seguintes:

- Resiliência: a capacidade de regressar a um nível restaurativo de funcionamento utilizando mecanismos compensatórios de enfrentamento. A capacidade de se recuperar rapidamente após um insulto;
- Vulnerabilidade: suscetibilidade a fatores de stress reais ou potenciais que podem afetar adversamente os resultados do doente;
- Estabilidade: a capacidade de manter o equilíbrio num estado estacionário;
- Complexidade: o intrincado emaranhado de dois ou mais sistemas (por exemplo, corpo, família, terapias);
- Disponibilidade de recursos: extensão dos recursos (por exemplo, técnicos, fiscais, pessoais, psicológicos e sociais) que o doente/família/comunidade leva para a situação;
- Participação nos cuidados: até que ponto o doente/família se envolve nos aspetos do cuidado;
- Participação na tomada de decisão: até que ponto o doente/família se envolve na tomada de decisões;
- Previsibilidade: característica que permite esperar um certo curso de eventos ou curso de doença. (AACN, 2013).

Estas características ajudam o enfermeiro a reconhecer onde o doente é mais vulnerável (Hardin & Hussey, 2018). A atuação do enfermeiro vai ser de acordo com as características que a Pessoa apresenta. Cada característica é avaliada segundo a escala de Linkert, em que 1 é o nível mais baixo ou em pior estado e o 5 é o nível mais alto ou em melhores condições (Herrington, 2010). A seguinte tabela enumera as necessidades atribuídas ao doente e os três níveis.

Características do doente	Características que espelham o contínuo saúde/doença do doente		
Resiliência	Capacidade para regressar a um nível restaurador da função usando mecanismos compensatórios; Capacidade de recuperar após um insulto.		
	Nível 1 - Resiliência mínima	Nível 3 - Resiliência moderada	Nível 5 - Alta resiliência
Vulnerabilidade	Suscetibilidade a potenciais ou reais fatores de stress que podem afetar os resultados dos doentes		
	Nível 1 - Alta vulnerabilidade	Nível 3 - Vulnerabilidade moderada	Nível 5 - Mínima vulnerabilidade
Estabilidade	Capacidade para manter um estado estacionário de equilíbrio		
	Nível 1 – Instável	Nível 3 – Alguma resposta a terapias	Nível 5 – Estável, baixo risco de morte
Complexidade	A potencial interligação criada por dois ou mais sistemas (corpo, família, terapias)		
	Nível 1 – Dinâmicas complexas	Nível 3 – Dinâmicas moderadas	Nível 5 – Dinâmicas simples
Disponibilidade de recursos	Os recursos que o doente/família/comunidade pode disponibilizar para a situação		
	Nível 1 – Poucos recursos	Nível 3 – Recursos moderados	Nível 5 – Muitos recursos
Participação nos cuidados	O envolvimento que o doente e família têm e disponibilizam em relação aos cuidados		
	Nível 1 – Não participa	Nível 3 – Nível moderado de participação	Nível 5 – Participação total
Participação na tomada de decisão	O envolvimento que o doente e a sua família têm e disponibilizam em relação à tomada de decisão		
	Nível 1 – Não participa	Nível 3 – Nível moderado de participação	Nível 5 – Participação total
Previsibilidade	Característica que permite esperar um determinado curso de eventos ou de doença		
	Nível 1 - Imprevisível	Nível 3 – Previsibilidade moderada	Nível 5 – Alta previsibilidade.

Tabela 1 – Características do contínuo saúde-doença do doente **Fonte:** Adaptado de AACN (2013), elaboração própria

Para além das características dos doentes, o modelo definiu as características dos enfermeiros que vão dar resposta às necessidades dos doentes. Essas características criam um perfil do enfermeiro com vista à prestação de cuidados ao doente durante o contínuo saúde/doença. Os cuidados prestados “refletem uma integração de conhecimentos, habilidades, experiências e atitudes necessárias para atender às necessidades dos pacientes e familiares.” (AACN, 2013 p.3). Sendo assim as características dos enfermeiros derivadas das necessidades do doente são as seguintes:

- “Julgamento Clínico: Raciocínio clínico, que inclui tomada de decisão clínica, pensamento crítico e uma compreensão global da situação, juntamente com competências de enfermagem adquiridas através de um processo de integração de conhecimento experiencial formal e informal e diretrizes baseadas em evidências;
- Advogar e agir moral/ético: Trabalhar em nome de terceiros e representar as preocupações do doente/família e da equipa de enfermagem, servindo como um agente moral na identificação e ajudando a resolver questões éticas e clínicas dentro e fora do ambiente clínico;
- Prestação de cuidados: Atividades de enfermagem que criam um ambiente compassivo, de apoio e terapêutico para doentes e profissionais, com o objetivo de promover conforto, recuperação e prevenção de sofrimento desnecessário. Inclui, mas não está limitado a vigilância, envolvimento e capacidade de resposta dos cuidadores, incluindo familiares e profissionais de saúde;
- Colaboração: Trabalhar com outras pessoas (por exemplo, doentes, familiares, profissionais de saúde) de uma forma que promova/encoraje as contribuições de cada pessoa para alcançar objetivos ideais/realistas do doente/família. Envolve trabalho intra e interdisciplinar com colegas e comunidade;
- Pensamento sistémico: Conjunto de conhecimentos e ferramentas que permitem ao enfermeiro gerenciar quaisquer recursos ambientais e sistémicos existentes para o doente/família e equipa, dentro ou entre sistemas de saúde e não-saúde;
- Resposta à diversidade: Sensibilidade para reconhecer, valorizar e incorporar as diferenças na prestação de cuidados. As diferenças podem incluir, mas não estão limitadas a diferenças culturais, crenças espirituais, género, raça, etnia, estilo de vida, status socioeconómico, idade e valores;
- Facilitação na aprendizagem: A capacidade de facilitar a aprendizagem para doentes/famílias, equipa de enfermagem, outros membros da equipa multidisciplinar e comunidade. Inclui facilitação formal e informal da aprendizagem;
- Investigação clínica (Inovadora/avaliadora): O processo contínuo de questionar e avaliar a prática e fornecer uma prática informada. Criando mudanças na prática por meio da utilização de pesquisas e aprendizagem experiencial.” (AACN, 2013 p.4-8).

As características também serão avaliadas segundo a escala de Linkert, em que 1 é o nível mais baixo ou em pior estado e o 5 é o nível mais alto, em melhores condições (Herrington, 2010).

Caraterísticas do enfermeiro	Tabela 2 - Caraterísticas do enfermeiro em função das necessidades do doente		
Julgamento clínico	O julgamento clínico inclui a tomada de decisões clínicas, o pensamento crítico e uma compreensão global da situação.		
	Nível 1 – Colhe dados de nível básico	Nível 3 – Colhe e interpreta dados complexos	Nível 5 – Sintetiza e interpreta dados de múltiplas fontes
Advogar e Agir Moral/Ético	Representa as preocupações do doente/família servindo como um agente moral na identificação e resolução de questões éticas e clínicas		
	Nível 1 - Trabalha em nome do doente	Nível 3 - Trabalha em nome do doente e da família	Nível 5 - Trabalha em nome do doente, da família e da comunidade
Prestação de Cuidados	Atividades de enfermagem que criam um ambiente compassivo, de suporte e terapêutico para doentes e família, com o objetivo de promover conforto e cura, prevenindo sofrimento desnecessário		
	Nível 1 – Concentra-se nas atuais necessidades do doente	Nível 3 – Responde às alterações das necessidades do doente	Nível 5 – Antecipa as necessidades do doente e família
Colaboração/Trabalho em equipa	Trabalhar com outras pessoas (famílias, outros prestadores de cuidados de saúde) de forma a que com o contributo de cada um, o doente/família possa atingir objectivos pretendidos		
	Nível 1 – Aberto a contribuições de vários membros da equipa	Nível 3 – Reconhece e sugere a participação de outros membros	Nível 5 – Procura oportunidades para ensinar, treinar e orientar
Pensamento Sistémico	Conjunto de conhecimentos e ferramentas que permitem ao enfermeiro gerenciar os recursos ambientais e de sistema existentes para o doente/família e para a equipa		
	Nível 1 – Utiliza um conjunto limitado de estratégias	Nível 3 – Desenvolve estratégias baseadas nas necessidades e forças do doente/família	Nível 5 – Desenvolve, integra e aplica uma variedade de estratégias que são impulsionadas pelas necessidades e pontos fortes do doente/família
Resposta à diversidade	A sensibilidade para reconhecer, apreciar e incorporar diferenças na prestação de cuidados		
	Nível 1 – Avalia a diversidade cultural, prestando cuidados baseados no seu próprio sistema de crenças	Nível 3 – Investiga sobre as diferenças culturais e considera o seu impacto nos cuidados	Nível 5 – Responde, antecipa e integra as diferenças culturais no cuidado do doente/família

Facilitação de aprendizagem	Capacidade de facilitar a aprendizagem para a doentes/famílias, outros membros da equipa de saúde e da comunidade de forma formal ou informal		
	Nível 1 – Acompanha os programas educacionais planeados	Nível 3 – Adapta os programas educacionais ao doente/ família	Nível 5 – Modifica ou desenvolve criativamente programas de educação do doente/ família
Investigação Clínica	Processo em que se questionam e avaliam as práticas e prestação de cuidados		
	Nível 1 - Segue padrões e diretrizes	Nível 3 – Questiona a adequação das políticas e diretrizes	Nível 5 – Melhora e individualiza padrões e diretrizes para situações ou populações particulares de doentes

Tabela 2 – Características do enfermeiro em função das necessidades do doente **Fonte:** Adaptado de AACN (2013), elaboração própria

1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

O PIS tem como título “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva” com o objetivo de sistematizar as intervenções autónomas e interdependentes de Enfermagem à PSC sob VNI. A identificação dessas intervenções foi efetuada através da pesquisa em base de dados utilizada para a realização de uma Scoping Review com o mesmo título.

1.2.1. Ventilação Não Invasiva

No ano de 2018 em Portugal, as doenças do foro respiratório foram responsáveis por 11,7% das mortes (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Durante a pandemia pelo vírus SarS-CoV2, o número de mortes causadas por problemas do foro respiratório aumentou, tal como o número médio de óbitos mensal que aumentou 21,9% (Instituto Nacional de Estatística, 2021). A VNI foi utilizada pela primeira vez entre as décadas de 30 e 50 do século passado durante o surto de poliomielite. Inicialmente utilizada como pressão negativa (pulmão de aço), foi mais difundida nos anos seguintes com a introdução do *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) para tratamento do Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono e partir do início do século XX, começou a ser aplicada em emergência pré-hospitalar, salas de emergência hospitalar, serviços de enfermaria e UCI (Pereira et al., 2023). Contudo o maior desafio global à VNI, foi durante a pandemia por COVID-19 devido ao elevado fluxo de doentes a recorrer aos serviços de urgência e à sobrecarga de camas nas UCI (Thomas et al., 2022). A pandemia conduziu a uma utilização mais comum da VNI, tanto por método convencional, como por Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo devido à falta de ventiladores mecânicos invasivos. A sua maior utilização despoletou dúvidas quanto à utilização deste tipo de dispositivo, o que conduziu à necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da VNI (Abe et al., 2023). Desde o COVID-19, a VNI tem então, sido cada vez mais utilizada, tanto no pré, como no pós ventilação mecânica invasiva e no controle de doenças crónicas (Thomas et al., 2022).

A VNI consiste na aplicação de uma pressão positiva a nível pulmonar com recurso a um interface colocado na face sem necessidade recorrer à intubação oro traqueal (Masip, 2021). A VNI é um método que não provoca lesões na via aérea, ao contrário do tubo oro traqueal ou traqueostomia, reduzindo dessa forma o risco de infeção, com custo menor, maior facilidade no desmame e menor mortalidade associada (Pereira et al., 2023).

Os **objetivos** da VNI passam por aumentar a ventilação alveolar para corrigir/aumentar as trocas gasosas sem recorrer a métodos invasivos, melhorar a compliance pulmonar, possibilitar o recrutamento alveolar, aumentar a pressão intratorácica diminuindo o edema pulmonar e a pré-carga, contribuindo desta forma para a melhoria da função cardíaca. Outros

objetivos são a diminuição do trabalho respiratório, repouso dos músculos respiratórios, melhoria das trocas gasosas e diminuição do auto PEEP (Pressão Expiratória Final Positiva) nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Pereira et al., 2023).

Quanto às **indicações** para a realizar VNI, com recomendação alta são a síndrome de hipoventilação por obesidade, doença neuromuscular, deformidades da parede torácica, fisiologia restritiva, insuficiência respiratória aguda hipercápnica devido ao agravamento da DPOC com $\text{pH} < 7,35$ e PaCO_2 elevada ou estável muito grave. A VNI também pode ser considerada em casos como o edema agudo do pulmão, doentes imunodeprimidos com insuficiência respiratória aguda, pneumonia aguda incluindo COVID-19, desmame de doentes sob ventilação mecânica invasiva de alto risco, no pós extubação, na insuficiência respiratória pós operatória e no trauma torácico (Agency for Clinical Innovation, 2023).

No que concerne às **contraindicações**, podem ser divididas entre absolutas e relativas. Quanto às absolutas podemos verificar a necessidade imediata de intubação oro traqueal, Paragem Cardio Respiratoria (PCR) iminente; obstrução das vias aéreas superiores, queimaduras da face, diminuição do nível de consciência em contexto de lesão cerebral traumática aguda grave. As contraindicações relativas são a instabilidade hemodinâmica (hipotensão em pacientes não cardíacos), nível de consciência prejudicada com incapacidade de proteger a via aérea, nível alterado de consciência devido à hipercapnia, cirurgia recente das vias aéreas superiores, secreções abundantes ou vômitos, pneumotórax, lesões faciais, incluindo fratura da base do crânio, cirurgia gastrointestinal superior recente e cirurgia de ressecção transesfenoidal imediata de um tumor hipofisário (Agency for Clinical Innovation, 2023).

Relativamente aos **fatores de sucesso e insucesso**, Yaman et al. (2021) referem que os fatores de sucesso gerais dependem de fatores como o tipo e gravidade da doença, das configurações do ventilador, da escolha das interfaces, local do tratamento, monitorização da técnica e da equipa multidisciplinar que acompanha o doente. Pereira et al. (2023) referem como preditores de sucesso a ausência de pneumonia, doença com menor gravidade, secreções brônquicas escassas, menor idade, colaboração do doente, adaptação e sincronização doente-ventilador. Na Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo o índice de oxigenação respiratória nas primeiras 12 horas é uma ferramenta útil para avaliar o sucesso da técnica, mas ainda de utilidade desconhecida na VNI em específico (Abe et al., 2023). Apesar de todos os fatores mencionados, o controle dos valores gasométricos é o melhor indicativo preditor de sucesso da VNI, permitindo um ajuste dos parâmetros e/ou das modalidades ventilatórias (Yaman et al., 2021), em que por exemplo, uma melhoria da relação PaO_2 (Pressão Parcial de Oxigénio) / FiO_2 (Fração de Oxigénio Inspirado) nas primeiras duas

horas de tratamento, é considerada o melhor preditor de sucesso em relação a todos os outros mencionados anteriormente (Costa et al., 2021; Pereira et al., 2023). Quanto aos preditores de insucesso podemos verificar pressões demasiado elevadas, desenvolvimento de lesões por pressão, desadaptação à máscara, fugas excessivas e má sincronização doente-ventilador. As causas para esse insucesso podem advir do excesso de secreções brônquicas, polipneia, degradação do estado de consciência, agitação e baixa relação PaO₂/FiO₂ (Pinto & Sousa, 2017).

Quanto às **complicações** da VNI, esta demonstra ser uma técnica incómoda e perturbadora. As complicações mais comuns são as lesões por pressão relacionadas com a interface, claustrofobia, ansiedade, desconforto, intolerância, distensão abdominal, aerofagia, risco de vômito e aspiração, obstrução da via aérea, hipotensão, barotrauma, incapacidade de comunicar, nutrição inadequada, aumento da pressão intraocular, secura da mucosa oral e nasal, irritação ocular, fugas não intencionais e assincronia doente-ventilador (Yaman et al., 2021; Agency for Clinical Innovation, 2023). As complicações mais referidas pelos doentes são a claustrofobia, dor devido à pressão excessiva da máscara, mais especificamente a nível da pirâmide nasal e a acumulação de secreções. As complicações mais verificadas pelos enfermeiros são a secura da boca, conjuntivite, agitação, intolerância ao tratamento e zonas/úlceras de pressão (Johnny et al., 2021).

As **modalidades** mais comumente utilizadas durante o tratamento com VNI são o BIPAP (Pressão positiva de dois níveis nas vias aéreas) e o CPAP (Seyfi et al., 2019). Na modalidade CPAP, como o próprio nome indica, funciona apenas com um nível de pressão fixo denominado de PEEP ou EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure). Na modalidade BIPAP, o funcionamento é através da estipulação de dois níveis de pressão. Um nível inspiratório denominado de IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure) e outro nível expiratório denominado de PEEP ou EPAP e a pressão de suporte que corresponde à diferença entre os dois valores (Masip, 2021). Na parametrização desses valores, o IPAP deve ser iniciado com pressões de 8 cmH₂O até ao máximo de 24 cmH₂O, sendo o incremento dos valores com intervalos de 2 cmH₂O. O EPAP deve ter um valor baixo (4 cmH₂O) para reduzir a reinalação de CO₂ (Dióxido de carbono) e o trabalho respiratório pela auto-PEEP. O incremento deve também ser de 2 cmH₂O até um teto máximo de 12cmH₂O (Pinho, 2020). No CPAP deve ser definida uma pressão superior à pressão atmosférica, num valor médio de 10 cmH₂O e com máximo de 12 cmH₂O sob risco de reduzir o retorno venoso e causar hipotensão crítica. Para além do suporte de pressões é parametrizada a FiO₂ para adequar a uma Saturação Periférica de Oxigénio (SpO₂) acima de 92% (Pinho, 2020). A imagem seguinte ajuda a

perceber o fluxo de pressões e volumes em cada uma das modalidades e também no Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo, como informação complementar.

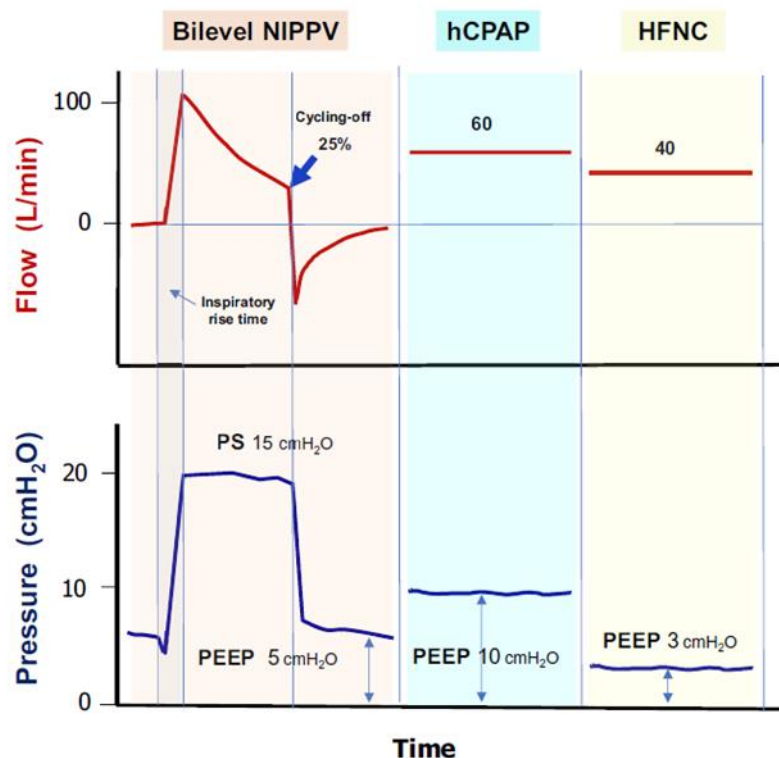


Figura nº3: Esquema das modalidades ventilatórias **Fonte:** Masip, 2021 p.1113

Quanto às **interfaces** disponíveis no mercado são as nasais, faciais, faciais totais, capacetes, peças bucais e almofadas nasais, sendo as faciais e faciais totais, as mais utilizadas em contexto hospitalar e no âmbito da PSC (Pereira et al., 2023). Todo o equipamento necessário para a técnica deve ser confirmado antes do início do tratamento. É necessário um ventilador não invasivo com alarmes, circuito de ventilação preferencialmente duplo (expiratório e inspiratório), válvula expiratória no caso de circuitos simples, máscara facial, guia de tamanhos, porta de oxigénio que deve estar localizada o mais próximo possível do doente no caso do ventilador não possuir oxigénio canalizado, máscara ventilada para eliminar o CO₂ e máscara não ventilada no caso de circuitos duplos/doentes com doenças respiratórias passíveis de contágio como COVID-19 e o filtro antibacteriano (Agency for Clinical Innovation, 2023). A seleção das interfaces é preponderante para o sucesso da VNI. Essa seleção vai influenciar em fatores como a correta selagem da máscara e a pressão aplicada sobre a face. A sua seleção deve ser efetuada tendo em conta a situação clínica, o formato e tamanho da face, a experiência do profissional que seleciona a interface (Agency for Clinical Innovation, 2023), o tempo de utilização e o conforto do doente (Certain, 2022).

1.2.2. As intervenções de enfermagem à Pessoa com VNI: contributos para uma prática especializada

No que toca às intervenções de enfermagem, segundo o ponto 4 do Artigo 4º do REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), os “cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.99). Segundo o ponto 4 do Artigo 9º as intervenções interdependentes são

“as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.102).

De acordo com o mesmo documento e o mesmo Artigo, as intervenções autónomas são

“as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015 p.102).

Segundo a alínea a) do ponto 4 do mesmo Artigo, os enfermeiros segundo as suas qualificações “organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção.” (Ordem dos enfermeiros 2015 p.102). Quanto à colocação em prática destas, “a implementação das intervenções incorporam os melhores resultados da investigação, o que requer uma atualização científica, técnica e humana por parte do enfermeiro.” (Nunes, 2018 p.12).

As intervenções colocadas em prática pelo enfermeiro especialista em EMC-PSC, relacionam-se com os padrões de qualidade especializados em Enfermagem na PSC, mais concretamente nos enunciados descritivos da prevenção de complicações, no bem-estar e o autocuidado e na organização dos cuidados especializados. Nos enunciados descritivos da prevenção de complicações e do bem-estar e o autocuidado o enfermeiro especialista em EMC-PSC, comparativamente ao enfermeiro de cuidados gerais, realça o “rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.13), e também é elemento importante “a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica.” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.13). Quanto à organização dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro especialista em EMC-PSC planeia as intervenções especializadas de Enfermagem para colmatar as necessidades dos cuidados e incorpora os resultados das intervenções especializadas direccionados para o atendimento da PSC (Ordem dos enfermeiros, 2017), demonstrado a

importância das intervenções de enfermagem, atuando como promotoras da qualidade dos cuidados.

A promoção da adaptação da PSC à VNI, deve estar assente nas intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem. A nível não farmacológico a gestão da comunicação, padronização da informação ao doente durante a VNI, promoção do conforto através de recursos materiais e tecnológicos e adequar um ambiente tranquilo/terapêutico para o doente são fatores preponderantes para a restituição de índices relevantes de qualidade em saúde (Rio & Ramos, 2022). O sucesso da técnica depende também de intervenções farmacológicas, que devem ser efetuadas em articulação com a equipa médica do serviço em questão (Rio & Ramos, 2022). Segundo um estudo de Viguria et al. (2017), 76,8% dos enfermeiros demonstram estar junto do doente quando este inicia o tratamento, comprovando a sua capacidade de gestão e suporte da técnica, tal como a prevenção e correção dos efeitos secundários, justificando a importância dos enfermeiros no cumprimento da técnica. A relevância do enfermeiro fica patente em vários momentos da VNI, seja antes, durante ou após a técnica, através da realização das intervenções. Nas intervenções autónomas, segundo evidência científica recente, podemos averiguar quais as mais relevantes e separá-las pelos diferentes períodos para as colocar em prática. Com a finalidade de obter essas intervenções recorreu-se à execução de uma Scoping Review denominada de “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”. Através da elaboração desse artigo, foi dessa forma possível identificar as intervenções autónomas e interdependentes a realizar à PSC.

Relativamente a esse conjunto de intervenções, no período que antecede a técnica, as **intervenções autónomas** a realizar são várias, nomeadamente a solicitação da colaboração do doente, que demonstra ser fulcral para o sucesso da técnica (Caldas, 2022; Cekic et al, 2022; Garcia, 2022). A explicação do procedimento de forma simples, clara, objetiva contribui para o esclarecimento de dúvidas da Pessoa (Caldas, 2022; Cekic et al, 2022). A preparação prévia de material para procedimentos invasivos como a intubação oro traqueal por exemplo, vai ajudar a reduzir tempos de atuação em caso de emergências (Yaman et al., 2021). A preparação do ventilador e de todos os componentes como a traqueia, interface e filtro pela ordem correta deve ser efetuada antes do início da VNI. A aplicação de guias de medição da máscara vai permitir o tamanho adequado e uma adaptação à face sem fugas excessivas (Raurell-Torredà et al., 2019; Yaman et al., 2021; Caldas, 2022), sendo que a seleção deve ser feita tendo em conta o formato da face e a experiência profissional do enfermeiro (Raurell-Torredà et al., 2019; Yaman et al. 2021; Garcia, 2022; Agency for Clinical Innovation, 2023). O próximo passo é o ajuste da interface, sem pressão excessiva, com dois dedos de folga entre o arnês e a face e ajustada simetricamente, preferencialmente feita por dois profissionais

(Raurell-Torredà et al., 2019; Caldas, 2022). O último passo antes de iniciar a técnica deve ser o ajuste dos alarmes (Caldas 2022; Yaman et al., 2021).

Durante a VNI, as intervenções autônomas a ter em conta são a vigilância e otimização da adaptação à interface e arnês (Raurell-Torredà et al., 2019; Yaman et al., 2021; Caldas, 2022), a avaliação da manutenção da prótese dentária vai permitir uma melhor adaptação à máscara, devido ao auxílio que proporciona a manter a “forma” e tonicidade da face (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022; Garcia, 2022). A avaliação de Escala de Glasgow vai permitir efetuar uma avaliação do estado de consciência do doente, preponderante para o sucesso da técnica (Garcia, 2022; Caldas, 2022;). No que toca à mucosa oral nasal e ocular, promover a hidratação oral, gerir a higiene oral/nasal e ocular e efetuar essa vigilância demonstram ser intervenções importantes durante a VNI (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022; Garcia, 2022). A hidratação dos lábios deve ser efetuada com pomadas hidratantes hidrossolúveis/vaselina (Caldas, 2022; Garcia, 2022) e realizar a hidratação via oral. A nível ocular deve ser executada através da aplicação de lágrimas artificiais ou soro fisiológico (Caldas, 2022; Garcia 2022). A falta de hidratação a nível ocular, aumenta o risco de desenvolvimento de conjuntivites, devendo por isso, ser efetuada a vigilância de sinais de irritação ocular (Yaman et al. 2021; Caldas, 2022). A aspiração de secreções e o incentivo de tosse vão auxiliar a manter a via aérea permeável (Pinto & Sousa, 2016; Yaman et al., 2021; Caldas, 2022; Cekic et al., 2022; Garcia, 2022). Já a monitorização do status respiratório e a promoção e treino da sincronia doente – ventilador, vão permitir uma ventilação eficaz (Pinto & Sousa, 2016; Raurell-Torredà et al., 2019; Yaman et al., 2021; Caldas, 2022; Garcia, 2022; Agency for Clinical Innovation, 2023; Pereira et al., 2023). Para comprovar essa eficácia, o enfermeiro deve vigiar a ventilação (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022), através do despiste de complicações como a dispneia e o desconforto torácico (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019; Yaman et al., 2021; Caldas, 2022; Agency for Clinical Innovation, 2023). A avaliação da capacidade de adesão ao procedimento permite avaliar o efeito da ventilação e a tolerância do doente à VNI (Caldas, 2022). A monitorização e vigilância dos parâmetros do ventilador, garante que o cumprimento dos valores prescritos (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022). Deve-se instruir e treinar o doente para a remoção da interface em situações de emergência, como por exemplo, vômito espontâneo (Caldas, 2022). Quanto à pele e integridade cutânea deve ser efetuada uma avaliação da integridade cutânea e manter a pele limpa e seca (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022; Agency for Clinical Innovation, 2023). A aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados contribui para a diminuição da humidade da pele, reduz as zonas de pressão e promove a hidratação (Caldas, 2022; Oliveira Costa et al., 2022). A aplicação de placas hidrocolóides ou de poliuretano ajuda também a prevenir lesões cutâneas, funcionando como barreira protetora e promovendo uma melhor adaptação à máscara (Caldas, 2022; Garcia,

2022; Agency for Clinical Innovation, 2023). Os enfermeiros são também responsáveis pelo controlo dos sinais vitais como a frequência respiratória, pressão sanguínea, frequência cardíaca, dor, SpO₂ e temperatura corporal, sendo estes valores indicativos da estabilidade/instabilidade hemodinâmica dos doentes (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022; Cekic et al., 2022; Garcia, 2022). Devido à máscara na face, a capacidade de comunicar encontra-se comprometida (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022). A impossibilidade de comunicar por forma verbal pode desencadear sentimentos de stress, ansiedade, desconforto, medo e solidão. É necessário um conjunto de intervenções para combater tais sentimentos, tais como a promoção do conforto do doente (Caldas, 2022; Cekic et al., 2022; Fernandes, 2022), gerir o ambiente (Caldas, 2022), encorajar a expressão de emoções (Caldas, 2022; Cekic et al., 2022; Garcia, 2022) e manter a escuta ativa assentando na relação de confiança entre o enfermeiro e o doente (Caldas, 2022). No que concerne à alimentação, as intervenções direcionadas para garantir uma nutrição adequada são a avaliação da necessidade de sonda naso gástrica (Caldas, 2022), vigiar a alimentação e os problemas decorrentes da mesma, prevenindo o risco de vômito e posterior pneumonia de aspiração (Yaman et al., 2021; Caldas, 2022). Nas intervenções relacionadas com o aumento da dependência da Pessoa, o auxílio no posicionamento e realização do levante para cadeirão vão permitir uma maior expansão torácica e prevenir a dependência elevada a nível motor (Camilo, 2018; Caldas, 2022; Garcia, 2022). Na gestão das interfaces deve ser efetuada uma rotatividade das interfaces sempre que se verifique o desenvolvimento de zonas de pressão e sempre que se encontrem sujas ou danificadas (Raurell-Torredà et al., 2019; Caldas, 2022). A substituição do filtro antiviral/antibacteriano de 24 em 24 horas ou em SOS garante a permanência da eficácia da filtragem (Pinto & Sousa, 2016; Caldas, 2022; Fernandes, 2022; Garcia, 2022; Agency for Clinical Innovation, 2023) e por fim, gerir as fugas indesejadas, devendo permanecer em valores ideais de até 25l/min (Caldas, 2022). Quanto ao sono, deve ser efetuada uma vigilância do sono e prevenir insónias, que é vista como uma das principais complicações da VNI (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019; Yaman et al., 2021). Ainda relativamente às intervenções autónomas, devem ser promovidas pausas na VNI e gerir as interrupções do tratamento, que devem coincidir com os períodos para alimentação, hidratação, cuidados de higiene, técnicas de mobilização de secreções e ser efetuadas de acordo com a tolerância do doente (Piraino, 2019; Caldas, 2022; Garcia, 2022; Agency for Clinical Innovation, 2023). Outras intervenções prendem-se com o auxílio no desmame do ventilador, sendo a VNI utilizada no pós-extubação de ventilação mecânica invasiva (Rochweg et al., 2017; Reis et al., 2019; Seyfi et al., 2019; Pereira et al., 2023) e no caso do desmame se iniciar nas primeiras 48 a 72 horas após o início da técnica, demonstra ser um preditor de sucesso (Fernandes, 2022).

Quanto às **intervenções interdependentes** de Enfermagem antes de iniciar a VNI, a programação dos parâmetros deve ser efetuada, evitando pressões demasiado elevadas, iniciando com valores baixos e aumentando gradualmente, dentro dos valores aceitáveis para o doente (Pinto & Sousa, 2017; Yaman et al., 2021; Caldas, 2022). Deve ainda proceder-se à humedificação do circuito para reduzir a desidratação das mucosas (Raurell-Torredà et al., 2019; Caldas, 2022).

Durante a técnica, a nível respiratório deve ser efetuada uma gestão da oxigenoterapia através do ajuste da FiO₂ nos valores ideais e garantir o seu fornecimento (Caldas, 2022; Agency for Clinical Innovation, 2023). A avaliação dos valores gasométricos e posterior adequação dos parâmetros do ventilador é essencial sempre que a VNI demonstra ser o tratamento adequado e a melhor forma de avaliar a resposta à técnica sendo decisiva para a estabilidade hemodinâmica do doente crítico sob VNI (Cekic et al., 2022; Fernandes, 2022). Uma leitura da SpO₂ pode induzir ao erro, sendo mais fiável o valor da PaO₂ do sangue arterial, tendo a característica de ser preditivo da necessidade de intubação oro traqueal e ventilação mecânica invasiva (Abe et al., 2023). No caso de doentes agitados, o enfermeiro deve gerir a agitação e analgesia, em colaboração com a equipa médica e ponderar a necessidade de intervenção farmacológica, caso a via não farmacológica não surta efeito (Fernandes, 2022).

Por fim serão apresentadas as intervenções interdependentes durante a parte final da técnica ou após o seu término. A referenciação para cinesiterapia respiratória ou “cough assist” deve ser efetuada com o objetivo de mobilizar as secreções, sendo solicitada a intervenção de um enfermeiro especialista em reabilitação (Pinto & Sousa, 2016; Raurell-Torredà et al., 2019; Caldas, 2022; Cekic et al., 2022; Garcia, 2022), com vista à redução da dispneia e recuperação da capacidade, resistência e aumento da tolerância ao exercício físico (Cui et al., 2019).

Em 2018 a British Thoracic Society, emitiu um enunciado de boas práticas da técnica que recomenda um conjunto de indicações específicas que funcionam como padrões de qualidade.

- “- As unidades locais de saúde devem proporcionar acessibilidade da VNI a todos os doentes com critério para tal;
- Todos os profissionais de saúde que manuseiam a VNI devem ter formação direcionada e competências adequadas para a técnica;
- A VNI aguda só deve ser realizada em situações específicas de doença aguda;
- Doentes com critério para VNI devem iniciar o tratamento até 60 minutos após o resultado gasométrico e até 120 minutos após a entrada no hospital para doente com sintomas agudos;

- Todos os doentes devem ter um plano de tratamento da VNI antes do início da técnica. A evolução clínica deve ser efetuada por um médico 4 horas após o início da VNI e posteriormente 14 horas após o início da VNI;
- Todos os doentes com doença aguda sob VNI devem realizar colheita de sangue arterial 2 horas após início da técnica e em caso de agravamento dos valores arteriais, deve ser feita uma otimização dos parâmetros pelo médico.” (Davies et al., 2018 p.3).

Apresentadas as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, procurámos integrar o referencial teórico e da profissão para uma prática de Enfermagem especializada.

No que concerne à PSC, esta encontra-se extremamente limitada devido à sua frágil situação clínica, pelo que necessita de

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (Ordem dos enfermeiros, 2018a p.2).

De forma a prestar esses cuidados altamente qualificados de uma forma apropriada o enfermeiro

“possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem actuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência (...) e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites.” (Ordem dos enfermeiros, 2007).

A prestação de cuidados é assente nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados em PSC que assumem um papel preponderante junto do doente, família e comunidade. Desta forma, o enfermeiro especialista em EMC-PSC, deve ir ao encontro da satisfação do cliente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, na organização dos cuidados de Enfermagem e na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2017). Tendo como base esses padrões de qualidade, o enfermeiro coloca em prática intervenções de Enfermagem com vista à promoção da saúde e segurança dos cuidados abordando o enunciado da prevenção de complicações, em que prescreve as intervenções de “enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados.” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.13). Este aspeto é também evidenciado no Plano Nacional da Segurança do Doente 2021-2026 em que os objetivos são a promoção da cultura de segurança, a comunicação e o desenvolvimento de práticas seguras, com a focalização central na Pessoa (Ministério da Saúde, 2021).

De seguida serão apresentadas as competências específicas do enfermeiro especialista EMC-PSC de acordo com o regulamento das mesmas.

a) “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19363).

Competindo ao enfermeiro mobilizar conhecimentos e habilidades para responder às situações de doença crítica e/ou falência multiorgânica em tempo útil e de forma holística (Ordem dos enfermeiros, 2018b).

b) “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19363).

O enfermeiro especialista deve atuar concebendo, planeando e gerindo a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe de forma eficiente e eficaz preservando os indícios da prática de crime (Ordem dos enfermeiros, 2018b).

c) “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19364)

O enfermeiro especialista em EMC-PSC deve responder de forma eficaz na prevenção, controle de infeção e de resistência a Antimicrobianos tendo em conta o risco de infeção nos múltiplos ambientes e situações complexas como medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica exigidos no âmbito dos cuidados com vista à manutenção de vida. (Ordem dos enfermeiros, 2018b)

Benner et al. (2011) demonstra através da Teoria da Sabedoria Clínica e Intervenções em Cuidados Agudos e Críticos que o cuidado à PSC assenta sobre sete domínios distintos. A função de ajuda, a função de educação, a função de diagnóstico, o acompanhamento e monitorização da pessoa, a resolução eficaz de situações de evolução rápida, a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos, assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde e as competências no âmbito da organização dos serviços de saúde. Indo de encontro ao estipulado nos padrões de qualidade especializados de EMC-PSC, Benner et al. (2011) estabelece que o enfermeiro tem a capacidade de prestar os cuidados adequados ao doente e à família, comunicar em equipa, monitorizar os cuidados, tomar decisões

acertadas, e avaliar a qualidade dos cuidados prestados, utilizando características de liderança e pondo em prática estratégias educacionais.

Já as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e os sete domínios da Teoria da Sabedoria Clínica demonstram convergência em alguns pontos. Segundo Benner et al., (2011), a capacidade de reconhecer, gerir e tratar situações de risco, crise ou acidentes utilizando medidas de conforto e prevenir ou minimizar os perigos associados a essas situações, vai ao encontro do estipulado na alínea a) das competências específicas, que demonstra a capacidade de o enfermeiro especialista em EMC-PSC cuidar da Pessoa nos “processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19359). O referenciado na alínea b) das mesmas competências acerca de otimização de processos terapêuticos segue em linha com o descrito por Benner et al., (2011), acerca da administração e acompanhamento desses protocolos, assegurando o acompanhamento dos cuidados de saúde promovendo a sua qualidade.

Quanto ao Modelo de Sinergia, “é facilmente adaptável aos cuidados agudos ou de doente crítico nas unidades de cuidados intensivos em que o enfermeiro vincula suas próprias competências às características do paciente.” (Hardin & Hussey, 2018 p.73). O Modelo demonstra uma elevada flexibilidade de forma a adaptar-se aos vários tipos de ambientes hospitalares, mas mais evidente em contexto de PSC. O enfermeiro emprega as competências descritas no modelo de forma a atingir os resultados esperados para o doente (Hardin & Hussey, 2018). O Modelo de Sinergia na “assistência ao doente ressalta a necessidade das habilidades de enfermagem definidas no cuidado e tomada de decisão sobre pacientes gravemente enfermos.” (Swickard et al., 2014 p.4).

Relativamente às características da Pessoa referidas no Modelo de Sinergia também se articulam com o estipulado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC-PSC. A característica da Participação dos cuidados demonstra a capacidade da Pessoa se envolver nos cuidados (AACN, 2013), similar ao referido no enunciado descritivo do bem-estar e o autocuidado, em que o enfermeiro especialista em EMC-PSC colabora com a Pessoa de forma a complementar e proporcionar independência da Pessoa nas atividades de vida (Ordem dos enfermeiros, 2017).

Contudo, onde se podem verificar mais pontos convergentes é ao nível das características dos enfermeiros. A característica do enfermeiro da colaboração refere que participar “com outras pessoas (por exemplo, doentes, familiares, profissionais de saúde) de uma forma que promova/encoraje as contribuições de cada pessoa para alcançar objetivos ideais/realistas do doente/família.” (AACN, 2013 p.6). Esta relaciona-se com um dos elementos do enunciado

descritivo da promoção da saúde dos padrões de qualidade especializados em EMC-PSC, pois refere que “a avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica.” (Ordem dos enfermeiros, 2017, p.12). Desta forma, valoriza a colaboração e educação para a Pessoa/família com vista à recuperação do processo complexo de doença crítica. A VNI é uma técnica normalmente direcionada para processos de doença complexos e a gestão deste tipo de patologia não passa apenas pela Pessoa como ser único e dissociável, mas sim em articulação com a família e a comunidade em que está inserido (Hardin & Hussey, 2018). Essa gestão está em sintonia com o enunciado descritivo do bem-estar e o autocuidado, em que refere que a “gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.14), demonstrando a valorização da família em todo o processo de doença crítica. A aprendizagem da abordagem do doente de uma forma holística é a chave do sucesso para obter os resultados positivos do doente com vista à recuperação após uma situação crítica. O envolvimento do doente durante o tratamento exige conhecimentos técnico-práticos, experiência e formação por parte do enfermeiro (Hardin & Hussey, 2018).

Relativamente à gestão do doente crítico sob VNI, nomeadamente na explicação da técnica, obtenção da colaboração do doente, adaptação da Pessoa à técnica e a identificação de riscos e problemas que possa surgir, o enfermeiro tem um papel central (Pinto & Sousa, 2016), indo de encontro à característica da colaboração no enfermeiro que promove a contribuição da Pessoa e família a alcançar os objetivos (AACN, 2013). A adaptação da Pessoa à técnica enquadra-se na característica do enfermeiro da prestação de cuidados, em que as atividades desenvolvidas promovem um ambiente terapêutico, de apoio e promotor de conforto, fortalecendo desta forma, a adaptação à VNI (AACN, 2013). A importância do treino e formação da equipa multidisciplinar para reforçar o conhecimento garantindo um tratamento eficaz da VNI baseia-se numa aposta na formação (Davies et al., 2018), como o estabelecido no Modelo de Sinergia na característica da facilitação da aprendizagem e também na colaboração/trabalho em equipa (AACN, 2013). As instituições de saúde devem fornecer aos doentes que necessitem de tratamento no âmbito das doenças respiratórias, aparelhos de VNI e profissionais de saúde aptos e com conhecimentos avançados sobre o manuseamento e controle da técnica (Davies et al., 2018), seguindo o que vem descrito na característica do enfermeiro na prestação de cuidados para proporcionar um ambiente compassivo, de suporte e terapêutico para doentes e família (AACN, 2013).

2. ESTÁGIO FINAL EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio final do 2º ano do Mestrado em EMC-PSC decorreu entre 11 de setembro de 2023 e 23 de fevereiro de 2024 em 336 horas de contato durante um período de 22 semanas, sob supervisão pedagógica e sob orientação clínica de uma enfermeira especialista em EMC-PSC. O local escolhido para efetuar esse estágio final foi no SU de um hospital, sendo uma urgência de nível II médico-cirúrgico.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O SU tem como finalidade a prestação de cuidados urgentes e emergentes à população. Possui também uma valência composta por uma unidade móvel de emergência pré-hospitalar, a Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Este hospital dá cobertura a doentes urgentes de todo o distrito, sendo que sempre que se verifique a inexistência de uma especialidade no hospital, os doentes são transferidos para hospitais centrais de referência.

O serviço é composto fisicamente por várias divisões. Na entrada, encontra-se um gabinete administrativo, uma sala de espera exterior e um gabinete de Enfermagem onde é efetuada a triagem de Manchester e tem acesso direto à urgência geral e à urgência pediátrica. No corredor do serviço existem dois balcões, um para tratamento de doentes triados de azul ou verde e outro para doentes triados de amarelo ou laranja. O primeiro balcão dos doentes triados de azul/verde tem a capacidade de alocar quatro doentes. Quanto à sala de tratamentos amarelo/laranja, onde é feita a vigilância e administração de terapêutica aos doentes, possui materiais clínicos para a prestação desses cuidados e tem a capacidade de alocar cinco doentes. Em frente à sala de tratamentos verde/azul, existe uma pequena sala de espera interior para doentes triados com pulseira verde. Em frente a estas salas de tratamento, encontram-se dois gabinetes médicos e um balcão administrativo com os processos dos doentes.

O SU é também composto por uma sala de emergência onde podemos encontrar duas camas para cuidados ao doente crítico e monitores para avaliação de sinais vitais alocados a cada uma das camas. Para além disso, a cada uma das camas está alocada uma rampa de oxigénio, um aspirador de secreções e uma bomba infusora. Na sala existem também dois eletrocardiógrafos, um carro de emergência, um ventilador invasivo e um não invasivo. No fundo da sala existem duas estantes com material necessário para situações de emergência,

para permeabilização da via aérea (Tubos de guedell, kits de traqueostomia, sondas de aspiração, laringoscópio, tubos oro traqueais etc) e outro material para situações emergentes, devidamente separados pela sua tipologia e tamanhos. Existe também uma bancada com gavetas de medicação mais utilizada para as emergências e material de consumo clínico para administração de terapêutica endovenosa e colocação de acessos periféricos. O enfermeiro especialista em EMC-PSC, como gestor de processos terapêuticos complexos tem a função de garantir que o material deve estar em perfeitas condições de utilização e em quantidade suficiente. Para além disso, também deve garantir que a bancada de preparação da terapêutica está devidamente higienizada e arrumada, assim como garantir a acomodação da terapêutica de emergência nas gavetas e assegurar condições para a preparação e administração da mesma.

Junto ao balcão administrativo, existe uma sala de trabalho de Enfermagem com a finalidade de efetuar os registos nas plataformas informáticas e o gabinete da chefia de Enfermagem. No mesmo corredor está a sala de pequena cirurgia, onde são observados os doentes desta especialidade. A sala tem a capacidade para receber um doente da especialidade e tem o material necessário para os procedimentos dessa mesmo especialidade. Existe também o posto de trabalho dos assistentes operacionais, um gabinete de psiquiatria com um posto de trabalho para o médico psiquiatra, um gabinete de medicina interna e um de ortopedia. Em frente aos gabinetes existe uma sala de espera interior para os doentes. Existem também ao fundo do corredor, duas salas de sujos.

O SU é composto também pelo Serviço de Observação (SO), estando separados um do outro através de uma porta automática. O mesmo é composto por um corredor que dá acesso às várias divisões. O serviço é composto por quinze camas divididas em duas salas de observação. Cada unidade é composta por uma cama, uma mesa de cabeceira, uma rampa de oxigénio, aspirador de secreções e um monitor de sinais vitais. Existem também aparelhos para VNI em caso de necessidade para os doentes internados. Em cada uma das salas do SO existe um balcão de trabalho de enfermagem com todo o material necessário para a administração de medicação e preparação de técnicas.

Para além das salas de observação existem dois armazéns com todo o tipo de material de Enfermagem. Existe um gabinete de medicina interna com dois postos de trabalho, uma sala de roupa limpa e três casas de banho para os doentes do SO.

Quanto ao circuito adotado pelos doentes, após serem admitidos no SU é efetuada a triagem de Manchester em que é atribuída uma cor de acordo com o motivo de admissão. Após a triagem efetuada pelos enfermeiros são encaminhados para o médico que encaminha

para a especialidade de acordo a área específica da situação clínica. Caso tenham necessidade de aguardar, fá-lo-ão na sala de espera exterior. No caso de doentes emergentes triados com pulseira vermelha e alguns casos de pulseira laranja, são encaminhados diretamente para a sala de emergência. Após a administração de terapêutica e/ou realização de meios complementares de diagnóstico, os doentes aguardam na sala de espera interior. No caso de doentes pediátricos, estes são encaminhados diretamente da triagem para a urgência pediátrica e no caso de doentes da especialidade de obstetrícia e ginecologia são encaminhadas para o piso da especialidade. A triagem de Manchester é efetuada por um enfermeiro e considera a seleção de um fluxograma de acordo com a queixa principal da Pessoa. Após a avaliação da Pessoa e respetiva triagem, é atribuída uma cor (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho), de acordo com a prioridade para atendimento médico. Nem todos os enfermeiros do SU possuem formação para efetuarem a triagem de Manchester.

Relativamente à gestão dos recursos humanos, a equipa de Enfermagem é composta por 55 elementos, em que está incluído o enfermeiro-chefe, mas de momento possui mais 6 elementos da Ortopedia que estão alocados ao serviço temporariamente. Quanto a enfermeiros especialistas, 12 são especialistas em EMC-PSC, 3 especialistas em Reabilitação, 2 especialistas em Saúde Comunitária e 38 são enfermeiros de cuidados gerais. A equipa médica varia de acordo com as necessidades do serviço e alguns têm contrato de prestação de serviços. A equipa de assistentes operacionais é composta por 34 elementos. A equipa total de Enfermagem divide-se em 5 equipas menores e existe um elemento responsável por cada equipa, que coordena o turno. Nos turnos da manhã e da tarde a equipa de trabalho é composta por 9 elementos, em que um fica na triagem, outro enfermeiro alocado à sala de emergência, um enfermeiro que funciona como apoio aos internados de balcão, 3 enfermeiros de balcão, sendo um destes o enfermeiro responsável de turno e finalmente 3 enfermeiros no SO. Cada enfermeiro alocado ao SO fica responsável por 5 doentes. Nos turnos da noite a equipa de Enfermagem é composta por 7 elementos permanecendo um enfermeiro na triagem, um enfermeiro na sala de emergência, um enfermeiro de balcão, um enfermeiro de apoio e 3 no SO. Todas as semanas é realizado pelo enfermeiro-chefe, um plano de trabalho que aloca os vários enfermeiros aos postos descritos anteriormente. A gestão de recursos humanos do serviço é realizada pelo enfermeiro-chefe, que explicou de forma clara e assertiva a complexidade de gerir a equipa de Enfermagem em prol da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Para além disso, foi possível durante os turnos com a enfermeira orientadora, que assumiu a posição de responsável, auxiliar na gestão dos recursos humanos.

Relativamente aos recursos materiais, esta é efetuada pelo segundo elemento da equipa de enfermagem, responsável pela gestão de material. Foi possível participar na gestão e racionalização do material e gerir os pedidos na plataforma informática conforme as necessidades. Relativamente ao material clínico e não clínico disponível dos armazéns, é efetuado um levantamento das necessidades duas vezes por semana e efetuado o pedido na plataforma informática para o efeito. É mandatório racionalizar o material de forma a evitar desperdício, mas também evitar que haja falta de material.

Existem dois carros de emergência, um alocado à sala de emergência e outro ao SO. Sempre que o carro de emergência é utilizado, antes de ser novamente selado, deve ser reposta a medicação e/ou material utilizado e devidamente selado, rubricado e datado. A testagem do desfibrilhador do carro de emergência é efetuada diariamente no turno da manhã pelo responsável de turno, sendo também devidamente assinado e datado. Periodicamente, a confirmação da testagem e posterior assinatura com data, é alvo de uma auditoria externa.

Quanto às plataformas informáticas utilizadas, na sala de tratamentos amarelo/laranja e no SO existe um sistema eletrónico de armazenamento da medicação denominado de “Pyxis”, onde cada enfermeiro através de registo biométrico e número mecanográfico retira a medicação necessária para posteriormente administrar e a farmácia repõe o stock diariamente. Na sala de emergência, a medicação não é retirada através do sistema informático, mas sim através de medicação em stock em pequenas gavetas de modo a reduzir o tempo de atuação em situações de emergência. A plataforma informática utilizada para os registos de Enfermagem é denominada de SClínico e é desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para as instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Nesta plataforma é possível confirmar a terapêutica do doente e efetuada a sua validação da administração. É efetuada a colheita de dados e avaliação inicial e realizado o processo de enfermagem com registo de todas as intervenções. É possível também ter acesso a dados como os exames complementares de diagnóstico e terapêutica, análises laboratoriais e os episódios de urgência anteriores do doente.

Tal como acontece nos outros serviços da instituição, estão implementados vários procedimentos de qualidade da ULPPCIRA (Unidade Local de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos). Para além destes documentos relativos ao controlo de infeção, a ULPPCIRA fornece recomendações e emana pareceres sobre a temática. Na equipa de Enfermagem existe um elemento que atua como elo de ligação ao departamento. Esse elemento assegura o cumprimento de boas práticas na prevenção do controlo da infeção e efetua auditorias aos elementos da equipa de Enfermagem em relação ao cumprimento das boas práticas no controlo de infeção. A ULPPCIRA incorpora os 2

hospitais e 16 centros de saúde e existe um responsável médico e uma responsável de Enfermagem no departamento que incorpora toda a Unidade Local de Saúde, composta pelos hospitais e os centros de saúde. Ainda relativamente ao controle de infeção, existe no SO uma sala de sujos onde os assistentes operacionais fazem os despejos, limpam e desinfetam o material contaminado.

O serviço dispõe de várias normas implementadas de projetos de qualidade, denominadas de instruções de trabalho e procedimentos de qualidade, que estão disponíveis em suporte físico no gabinete do enfermeiro–chefe e na sala da equipa de Enfermagem e em suporte digital nas pastas partilhadas dos computadores do serviço. Estes documentos assumem-se como projetos de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, sendo primordial o seu conhecimento e familiarização. As instruções de trabalho e os procedimentos de qualidade serão abordadas e explicadas de forma mais pormenorizada mais adiante neste relatório. No gabinete do enfermeiro–chefe é também possível encontrar em suporte físico os planos de emergência e catástrofe para consulta.

Como futuro enfermeiro especialista, torna-se primordial o profissional sentir-se membro integrante da equipa no que consta os projetos de melhoria contínua de qualidade, que vão ser mencionados em seguida. A implementação de auditorias é um deles. Um dos processos de auditoria implementados no serviço é o da triagem de Manchester. Outros projetos implementados são o envio automático de SMS aos familiares e/ou cuidadores acerca do desenvolvimento do episódio de urgência, a referenciação de episódios de violência doméstica e comportamentos auto lesivos para a equipa de prevenção da violência no adulto. Existem também 3 elementos que funcionam como elos de ligação com a informática, através de reuniões bimensais com esse departamento, relatam os constrangimentos que ocorreram nas últimas semanas com a plataforma informática «SClinico», com vista à sua resolução.

Existe também um elemento da equipa de Enfermagem responsável pela formação em serviço. Este elemento efetua um levantamento das necessidades formativas do serviço, e elabora um plano anual de formação para ir ao encontro dessas mesmas necessidades.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Durante o período em que decorreu o estágio final, foi estabelecida a execução de um PIS, de acordo com a área do serviço em causa e as suas necessidades. Para o desenvolvimento do PIS, recorreu -se à metodologia de projeto, sendo que esta tem “como objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidade e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real.” (Ruivo et al., 2010 p.3).

Normalmente, a estrutura da metodologia divide-se em cinco partes distintas: Conceptualização da metodologia de projeto, diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010). Quanto a este PIS, obedece à seguinte estrutura: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

A metodologia de projeto é um processo indutor de mudança, com vista à resolução de problemas e capacita o autor para desenvolver competências pela realização do projeto (Ruivo et al., 2010). Esta capacitação do autor vai ao encontro do estipulado no modelo teórico utilizado para este PIS.

Segundo Ruivo et al., (2010), a metodologia de projeto adquire diferentes características:

- É uma **atividade intencional**, pois os autores definem um objetivo inicial e vão desenvolver atividades com o intuito de responder ao objetivo a que se propuseram;
- Pressupõe **iniciativa e autonomia**, devido aos autores se tornarem responsáveis pelo trabalho e pelas escolhas efetuadas durante a sua execução;
- Possui **autenticidade**, por tratar um problema genuíno e envolve originalidade para a resolução desse problema;
- Envolve **complexidade e incerteza** por tratarem tarefas complicadas e problemáticas que estão a ser “projetadas”;
- Possui caráter **prolongado e faseado** pela sua realização durante um período de tempo desde a formulação do objetivo até à avaliação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

O desenvolvimento de um PIS por parte dos enfermeiros, funciona como um documento promotor da qualidade nos cuidados, como vem descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, em que “(...) as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade.” (Ordem dos enfermeiros, 2012 p.7). A elaboração do PIS relaciona-se também com o enunciado descritivo da prevenção de complicações dos padrões de qualidade especializados em EMC, salientando a importância do desenvolvimento destes projetos, que se definem como “protocolos e normas de boas práticas de forma a prevenir complicações decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos.” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.7).

Com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns de especialista, específicas na área da EMC – PSC e de mestre foi desenvolvido um PIS denominado de “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”

3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A VNI é um suporte ventilatório normalmente associado à PSC, cabendo aos enfermeiros saber reconhecer a sua utilidade, correta aplicabilidade, otimização e posterior monitorização. Perante isto torna-se fulcral o planeamento, intervenção e avaliação dos cuidados a prestar a este tipo de doentes (Stockert et al., 2017). As intervenções autónomas de enfermagem revelam-se cruciais no incremento da qualidade dos cuidados prestados, havendo a necessidade de criar protocolos no tratamento da PSC sob VNI (Garcia & Augusta, 2023).

O diagnóstico da situação é a primeira etapa da metodologia de projeto que diz respeito à definição de um mapa cognitivo do que se pretende alterar com vista à eliminação de um problema. Deve ser efetuada uma análise das necessidades da população com o intuito de criar estratégias e ações com os recursos disponíveis para criar respostas de qualidade a essas necessidades. Para tal é fundamental mobilizar recursos humanos, e apostar na formação adequada e contínua (Ruivo et al., 2010).

Através de observação direta durante a prestação de cuidados e entrevistas exploratórias não estruturadas a elementos da equipa de Enfermagem, verificou-se uma discrepância e não uniformização no que toca aos cuidados à Pessoa sob VNI, devido à inexistência de uma estratégia comum adotada por toda a equipa. Através dessa observação direta foi também possível constatar que apesar de algumas intervenções serem executadas, muitas outras não são efetuadas devido falta de tempo por causa do baixo rácio existente na equipa. A inexistência de uma estratégia de cuidados pode ser contrariada através da adoção de boas práticas emanadas por entidades internacionais certificadas no que à VNI diz respeito. A

adoção de um protocolo de boas práticas vai capacitar a equipa de Enfermagem através da aquisição de características e competências para colmatar as necessidades destas Pessoas, indo ao encontro do estipulado no Modelo de Sinergia (AACN, 2013). A European Respiratory Society/British Thoracic Society/Agency for Clinical Innovation/Agency for Healthcare Research and Quality são entidades com diretrizes e manuais de boas práticas com base científica para a prestação de cuidados aos doentes sob VNI.

Através da recolha destes fatores foi possível conceber a análise SWOT (apêndice I), que para além das fraquezas nomeadas, foram identificadas as ameaças, forças e oportunidades, fulcrais para a conceção desta matriz, demonstrando a importância e a necessidade da temática do PIS. De seguida foi efetuado o resumo do projeto de intervenção com o cronograma das atividades a desenvolver, sendo que este documento funciona como linha orientadora e passível de alterações durante o desenvolvimento do PIS. Antes de dar início ao desenvolvimento do PIS, foi submetido um pedido de autorização (apêndice II) ao Conselho de Administração do hospital, para a realização deste. Nesse pedido foram anexados o pedido como o consentimento informado, livre e esclarecido, a informação aos participantes e o questionário do diagnóstico de situação. O pedido de autorização para a elaboração do PIS ao Conselho de Administração, posteriormente foi deliberado com parecer positivo. O questionário de diagnóstico de situação efetuado para identificar a necessidade e justificar a pertinência do tema, foi direcionado para toda a equipa de Enfermagem, através da plataforma informática para o efeito «*Google Forms*», sendo o seu preenchimento rápido, direto e de fácil acesso e a possibilidade de preenchimento esteve disponível durante duas semanas. A confidencialidade e o anonimato de cada elemento foram assegurados, sendo fornecida essa informação no início do questionário. O link do questionário para preenchimento foi partilhado à equipa de Enfermagem sendo que apenas 43 enfermeiros responderam. O não preenchimento da totalidade dos questionários pode dever-se a fatores como a existência de elementos sob licença de parentalidade/férias ou atestado médico.

A primeira parte do questionário, denominada de grupo I, diz respeito à caracterização profissional e académica da equipa de Enfermagem. A segunda parte do questionário, denominada de grupo II, diz respeito à validação e pertinência do tema em que questiona as necessidades formativas acerca da temática do VNI a cada elemento.

As respostas do grupo I foram recolhidas e expostas através dos seguintes gráficos:

Grupo I – Caracterização profissional e académica da equipa de Enfermagem



Gráfico 1 – Frequência de respostas do número de anos de experiência profissional **Fonte:** Elaboração própria

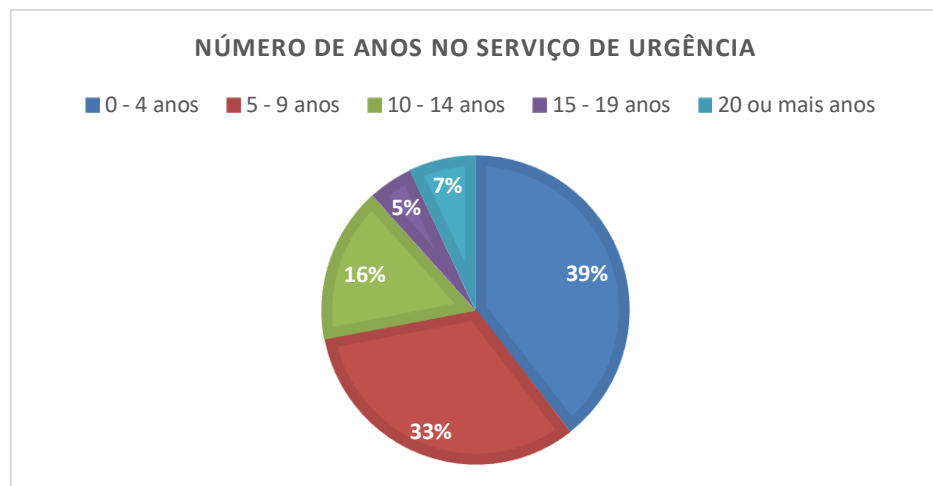


Gráfico 2 – Frequência de respostas do número de anos no SU **Fonte:** Elaboração própria

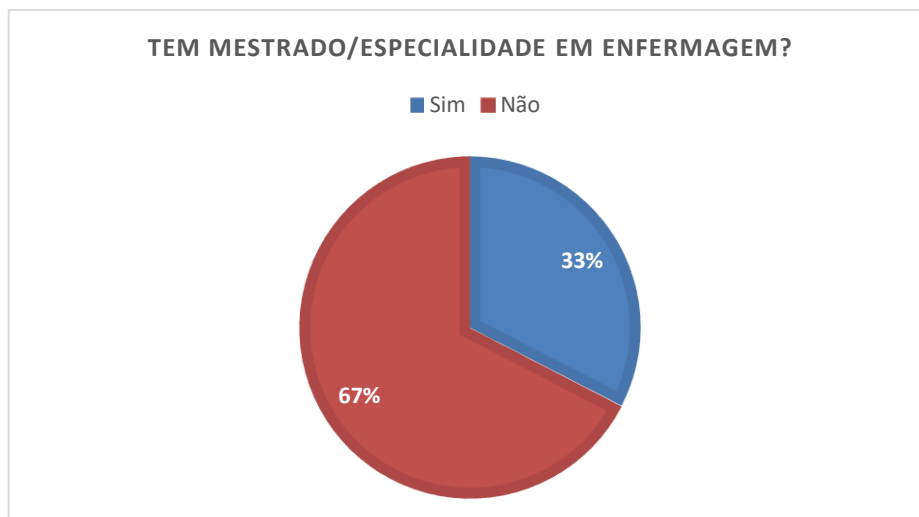


Gráfico 3 – Frequência de respostas sobre o Mestrado/especialidade em Enfermagem **Fonte:** Elaboração própria

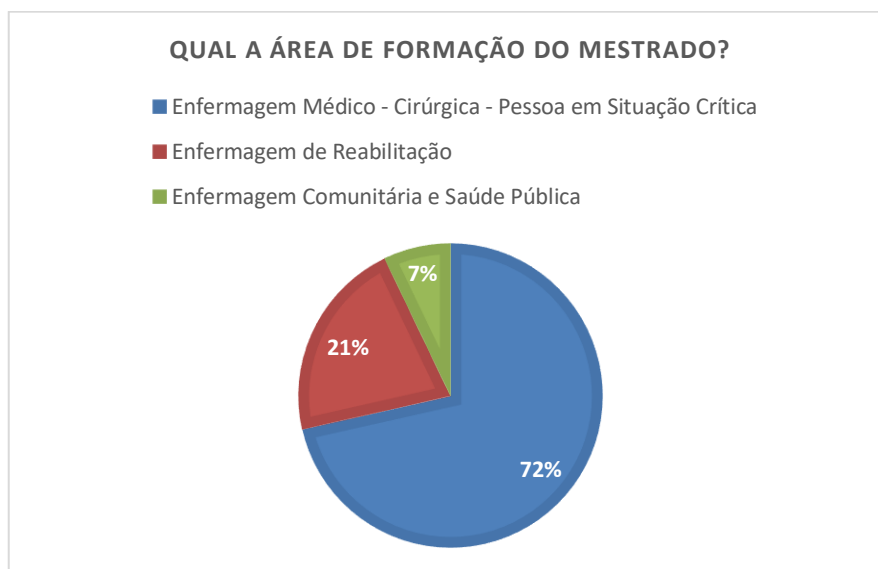


Gráfico 4 – Frequência de respostas sobre a área de formação do Mestrado **Fonte:** Elaboração própria

No que concerne aos anos de experiência profissional, o gráfico revela que não existe uma grande disparidade percentual relativamente a nenhum tempo de experiência em particular, apresentando-se desta forma, uma equipa homogénea. Quanto ao número de anos no SU a percentagem demonstra uma predominância dos enfermeiros que se encontram há menos tempo no serviço em questão.

Quanto à formação, apenas um terço da equipa tem Mestrado/especialidade em Enfermagem, sendo a EMC-PSC a mais predominante.

Relativamente à segunda parte do questionário, as respostas serão apresentadas através dos seguintes gráficos:

Grupo II – Validação e pertinência do tema em estudo

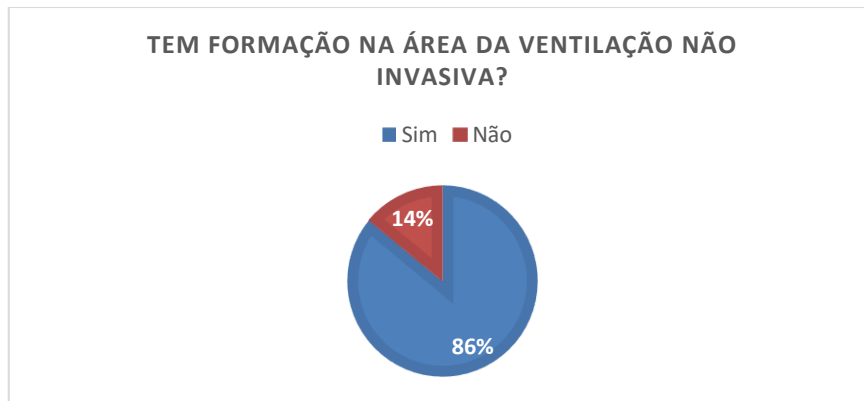


Gráfico 5 – Frequência de respostas sobre a formação na área da VNI **Fonte:** Elaboração própria

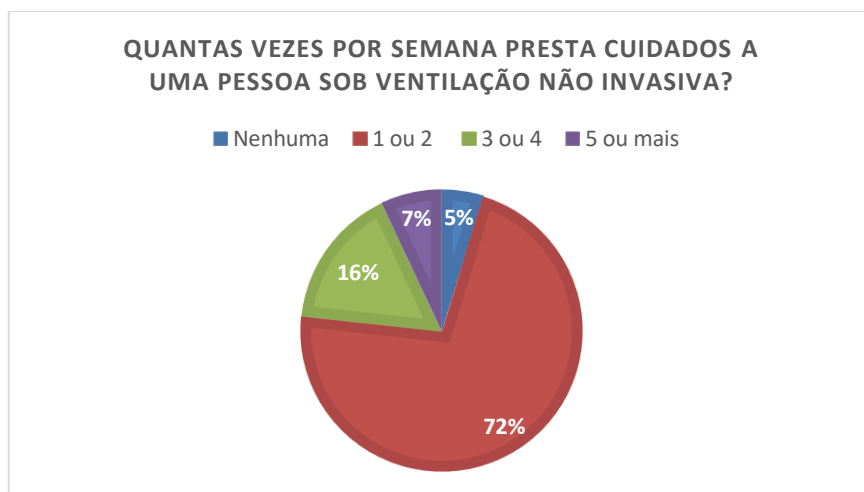


Gráfico 6 – Frequência de respostas sobre número de vezes que presta cuidados à Pessoa Sob VNI **Fonte:** Elaboração própria

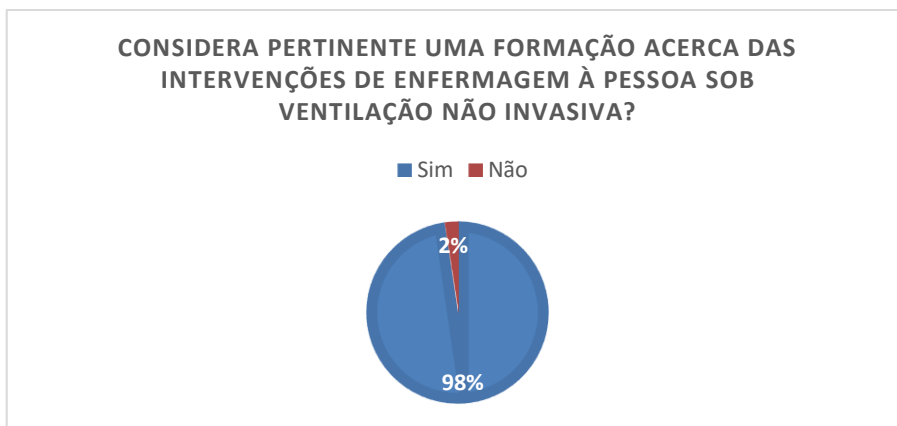


Gráfico 7 – Frequência de respostas acerca da pertinência de uma formação sobre as Intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI **Fonte:** Elaboração própria

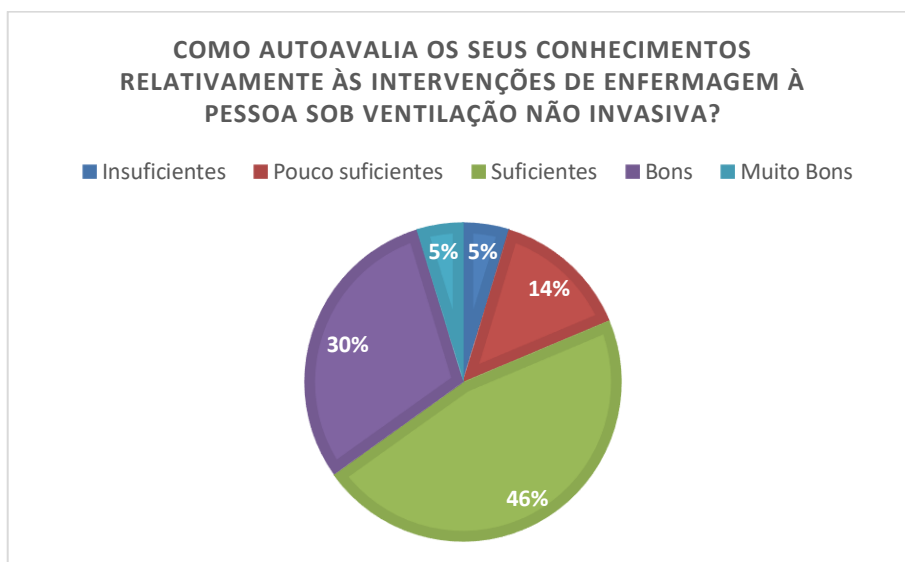


Gráfico 8 – Frequência de respostas acerca dos conhecimentos acerca das intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI **Fonte:** Elaboração própria

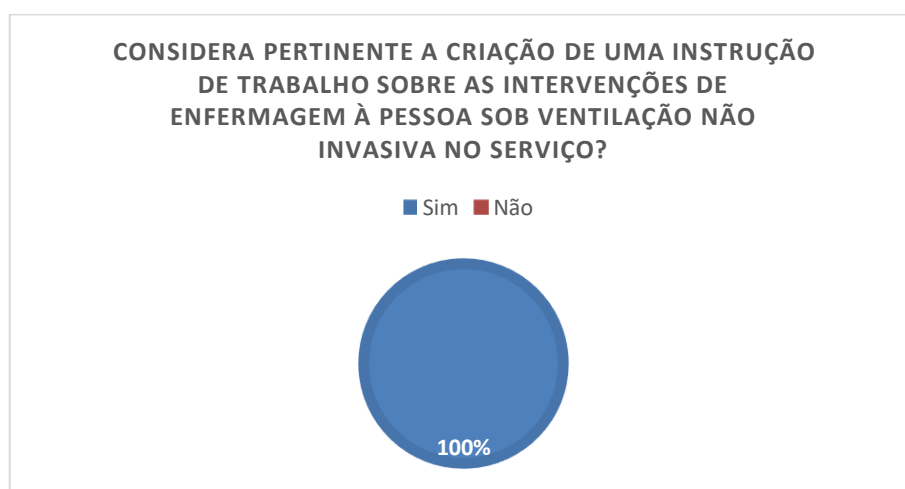


Gráfico 9 – Frequência de respostas acerca da criação de uma instrução de trabalho sobre as intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI **Fonte:** Elaboração própria



Gráfico 10 – Frequência de respostas sobre a importância da formação para o aumento da segurança e qualidade dos cuidados prestados **Fonte:** Elaboração própria

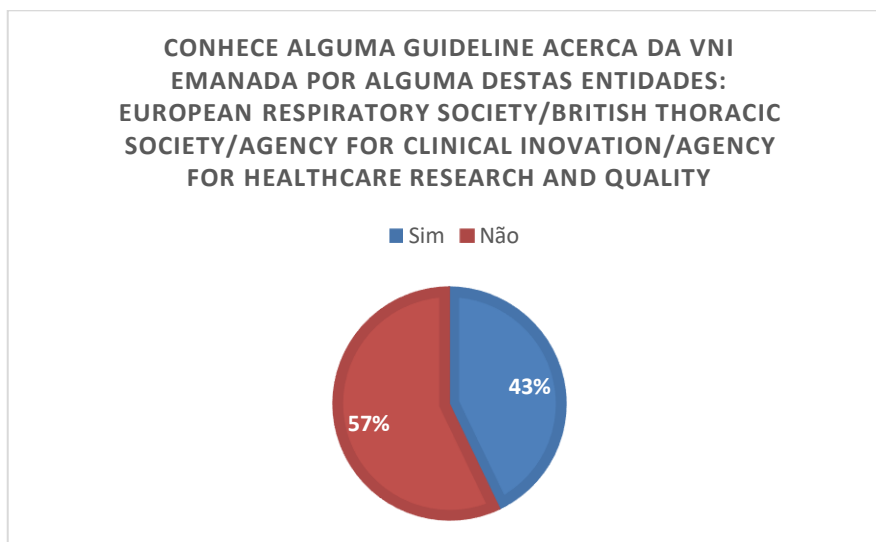


Gráfico 11 – Frequência de respostas acerca do conhecimento de «guidelines» sobre VNI **Fonte:** Elaboração própria

Cerca de 30% da equipa consideraram os seus conhecimentos insuficientes e quase metade assume ter conhecimentos sobre a VNI, mas de forma limitada. Apesar de 86% dos inquiridos já ter algum tipo de formação na área da VNI, todos os inquiridos concordaram com a pertinência da criação de uma instrução de trabalho e de formação para aumento da segurança e qualidade dos cuidados. Apenas 4,7% dos inquiridos referiu não prestar cuidados a pessoa sob VNI no seu local de trabalho, demonstrando a preponderância que esta técnica tem no serviço. Mais de metade dos inquiridos referiu não estar familiarizado com as mais recentes diretrizes internacionais ajustadas por padrões de qualidade e foi reforçada essa necessidade nas respostas da questão livre.

Na pergunta de resposta livre, foi questionado quais as necessidades formativas sobre a temática da VNI. Foram obtidas variadas respostas que consistiam em: Conhecer interfaces mais recentes; Conhecer «*guidelines*» sobre VNI; Programação de parâmetros; Modos ventilatórios; Novas atualizações sobre a VNI; Otimizar padrões ventilatórios ao doente crítico; Ensino sobre o manuseamento correto sobre marcas específicas de ventiladores; Adaptação ao ventilador; Cuidados de enfermagem em fase aguda da doença; Atuação na fase inicial da VNI.

As respostas de forma generalizada demonstram algum desconhecimento dos valores dos parâmetros ventilatórios e a respetiva justificação sobre os valores desses parâmetros em cada caso. Existe também um desconhecimento acerca do modo de funcionamento de vários tipos de ventiladores e da forma de iniciar a técnica da VNI.

A análise dos questionários permitiu justificar a necessidade de atualizar e padronizar as intervenções de Enfermagem à PSC submetida à VNI. As execuções dessas intervenções vão funcionar como ponte para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, como vem referido nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. A importância das intervenções está referida, mais concretamente, nos enunciados descritivos da prevenção de complicações e do bem-estar e o autocuidado, em que menciona que as intervenções de Enfermagem são prescritas de acordo com os problemas identificados e requerem rigor técnico e científico na sua implementação (Ordem dos enfermeiros, 2017).

O Modelo de Sinergia é direcionado para a aquisição de competências por parte do enfermeiro com a finalidade de suprimir as carências da PSC (Herrington, 2010). Desta forma está relacionado com o que está preconizado no PIS, ou seja, a necessidade de criar intervenções para colmatar as necessidades da PSC e permite a aquisição de conhecimento e competências por parte do enfermeiro, moldando as suas características de acordo com o desejado.

A definição da problemática e o diagnóstico da situação foi efetuado entre os meses de setembro e novembro de 2023. Antes da aplicação do questionário de diagnóstico de situação, este foi apresentado à enfermeira orientadora, enfermeiro-chefe e supervisora pedagógica e posteriormente retificado segundo as suas indicações.

3.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Para a definição de objetivos é necessário identificar problemas que o projeto vai resolver. Não é possível levar até ao fim uma planificação sem ter os objetivos claramente definidos (Ruivo et al., 2010). É necessário apontar os resultados que se pretendem alcançar, para

definir os objetivos, partindo do geral para os mais específicos (Ruivo et al., 2010). De realçar que embora os objetivos finais não sejam sempre “uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de acção.” (Ruivo et al., 2010 p.18).

Como tal, para o PIS definiu-se como **objetivo principal**:

- Contribuir para a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde da equipa de Enfermagem à PSC sob VNI

Como **objetivos específicos** foram definidos:

- Elaborar uma Scoping Review para mapear a evidência a evidência sobre as intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI;
- Realizar uma sessão de formação acerca das “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”;
- Atualizar os conhecimentos da equipa de Enfermagem sobre as intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI;
- Elaborar uma instrução de trabalho denominada de “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”;

3.3 PLANEAMENTO

O planeamento é a terceira fase do PIS, em que é realizado um esboço do projeto, as estratégias para desenvolver as atividades, tal como os meios necessários para a sua execução e o levantamento dos recursos disponíveis. Para além disso são definidos os métodos, técnicas de pesquisa, as limitações e constrangimentos do trabalho. Deve ser instituída uma linha cronológica através da construção de cronograma com a possibilidade de ser alterado durante o período de execução do projeto (Ruivo et al., 2010).

Foi elaborada uma proposta de trabalho projeto, apresentada à enfermeira orientadora, ao enfermeiro-chefe e à supervisora pedagógica que após aceitação foi submetido ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde e posteriormente aprovada após deliberação do mesmo. Foi efetuado um cronograma com as atividades a desenvolver e o resumo das mesmas, com o intuito de cumprir os prazos estabelecido no esquema, sendo possível de ser alterado durante a execução do PIS. De seguida serão enumeradas as atividades e estratégias utilizadas com vista a atingir os objetivos propostos e os indicadores de resultados para cada um deles.

No objetivo específico de “Elaborar uma Scoping Review para mapear a evidência sobre as Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, é preconizada uma estratégia de pesquisa em bases de dados que culmina na elaboração do artigo científico.

Para o objetivo da realização de uma sessão de formação acerca das “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, proceder-se-á a uma seleção de informação de artigos científicos, «*guidelines*» internacionais e os resultados da pesquisa em bases de dados para a Scoping Review, como suporte para a informação que consta na sessão de formação. Para além disso está preconizado a colaboração com uma empresa de cuidados respiratórios «Linde», durante a sessão de formação para apresentação de outros conteúdos relativamente à VNI. Será efetuada uma divulgação da sessão de formação, construção do plano da sessão de formação, preparação da apresentação em suporte informático e posterior apresentação da sessão de formação. O indicador de resultado para esta atividade é a presença de 60% dos enfermeiros da totalidade da equipa de Enfermagem e no final da sessão será proposto o preenchimento de um questionário de avaliação da sessão de formação.

O objetivo de atualizar os conhecimentos da equipa de Enfermagem sobre os “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva” prevê-se ser atingido através da apresentação da sessão de formação, construção e apresentação da instrução de trabalho, colaborando para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados a este tipo de doentes.

Quanto ao objetivo de elaborar uma instrução de trabalho sobre as “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, passa pela identificação das Intervenções de Enfermagem para este tipo de doentes, a justificação da sua aplicação e periodicidade para posterior aplicabilidade no serviço. Este documento será baseado na matriz adotada pela Unidade Local de Saúde para a execução de instruções de trabalho. Após a apresentação da instrução de trabalho, será efetuada a demonstração da adição das intervenções no sistema informático «SClinico», utilizado para os registos de Enfermagem. A Scoping Review e a consulta das diretrizes por entidades internacionais vão servir como base para recolha de evidência científica para a construção da instrução de trabalho.

Os cumprimentos de todos os objetivos específicos vão contribuir para atingir o objetivo principal do PIS.

3.4 EXECUÇÃO

Nesta fase do projeto é colocado em prática as ações que foram planeadas na etapa anterior (Ruivo et al., 2010 p.23). A execução “assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projecto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas.” (Ruivo et al., 2010 p.23). Nesta fase são executadas as ações preconizadas no cronograma realizado no planeamento de forma a cumprir os objetivos estipulados. De forma a contribuir para a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde da equipa de Enfermagem à PSC sob VNI procedeu-se à realização dos objetivos específicos.

Na primeira fase da execução, que decorreu durante o mês de novembro de 2023, foi realizada a Scoping Review através de uma pesquisa em base de dados, no período compreendido entre janeiro de 2019 a outubro de 2023. A pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute, sobre as intervenções de Enfermagem à PSC sob VNI utilizando palavras-chave através dos descritores DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSh (Medical Subject Headings). Em apêndice é colocado apenas o resumo da Scoping Review em português e inglês científico (apêndice III). Esta revisão serviu de base para a construção da instrução de trabalho e da sessão de formação.

Na fase seguinte procedeu-se à construção da instrução de trabalho (apêndice IV), através de um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes de Enfermagem a implementar à PSC sob VNI, de acordo com as necessidades do doente e as intervenções mais indicadas pela evidência encontrada. A sua construção foi realizada com base na informação da Scoping Review e nas diretrizes de boas práticas emanadas por entidades internacionais. Foram definidos os objetivos do documento, apresentadas as referências bibliográficas, conceitos, siglas, fundamentação teórica acerca da temática, o responsável pelo procedimento, frequência e local das intervenções. De seguida foram abordadas as indicações, contra-indicações, complicações, recursos materiais e humanos necessários, o procedimento de todas as intervenções e o processo de enfermagem com as ações de enfermagem adicionadas tal como sua justificação e periodicidade para posterior aplicabilidade.

De seguida procedeu-se à elaboração da sessão de formação através de uma seleção de informação de artigos científicos, «*guidelines*» internacionais e dados recolhidos durante a elaboração da Scoping Review. A realização da sessão de formação em serviço decorreu no mês de fevereiro de 2024. Nessa data foi realizada a sessão de formação relativa às “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva” e

a apresentação e explicação da instrução de trabalho com o mesmo nome. Para além da apresentação da instrução de trabalho, foi efetuada uma demonstração da adição das intervenções no sistema informático «Sclinico», utilizado pelos enfermeiros para os registos de Enfermagem. De seguida, em colaboração com a «Linde» foram abordadas as modalidades ventilatórias, interfaces mais utilizados e formas de funcionamento, atuando como informação complementar da sessão de formação. Após o término da sessão de formação, houve um momento para esclarecimento de dúvidas e críticas e o preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação na plataforma informática «Google forms». O preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação vai permitir avaliar se os formandos apreenderam os conceitos e de que forma a sessão de formação e a implementação da instrução de trabalho vai alterar a prestação dos cuidados. O questionário foi dividido em 3 grupos de perguntas. As possibilidades de resposta foram apresentadas através da escala de classificação de Likert: Nada adequado; Pouco adequado; Adequado; Muito adequado; Totalmente adequado. O questionário de avaliação da sessão de formação pretendeu avaliar os conteúdos, os formadores e a qualidade da formação.

3.5 AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

No que concerne à avaliação, podemos definir esta como “momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido, sendo que podem estar ou não previstos.” (Ruivo et al., 2010 p.24)

A avaliação do PIS deve ser contínua ao longo de todo o projeto, podendo permitir a redefinição do diagnóstico da situação e dos objetivos, a seleção dos meios e a análise os resultados. A avaliação deve contribuir para melhorar a coerência, eficiência e eficácia (Ruivo et al., 2010).

No objetivo de elaborar uma Scoping Review para mapear a evidência sobre as “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, este foi atingido através da execução do artigo científico, estando previsto a submissão deste para publicação numa revista científica.

Para o objetivo da realização de uma sessão de formação acerca das “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva” foi efetuada nos moldes previamente definidos. Esta realizou-se na data estipulada, suportada pelos conteúdos estabelecidos na definição de objetivos no início do PIS. Foi estabelecido como indicador de resultado, a adesão de 60% dos Enfermeiros da equipa à sessão de formação e compareceram 39 enfermeiros (presencialmente e *online*) de um total de 55 enfermeiros da equipa, o que corresponde a uma percentagem de 70% da equipa de Enfermagem que aderiu à formação.

A utilidade dos temas propostos e os conteúdos da sessão de formação contribuíram para reforço do conhecimento e melhoria dos cuidados prestados assentes em conhecimento científico. Quanto aos resultados obtidos sobre o questionário de avaliação da sessão de formação, estes são apresentados nos gráficos seguintes.

Os formadores

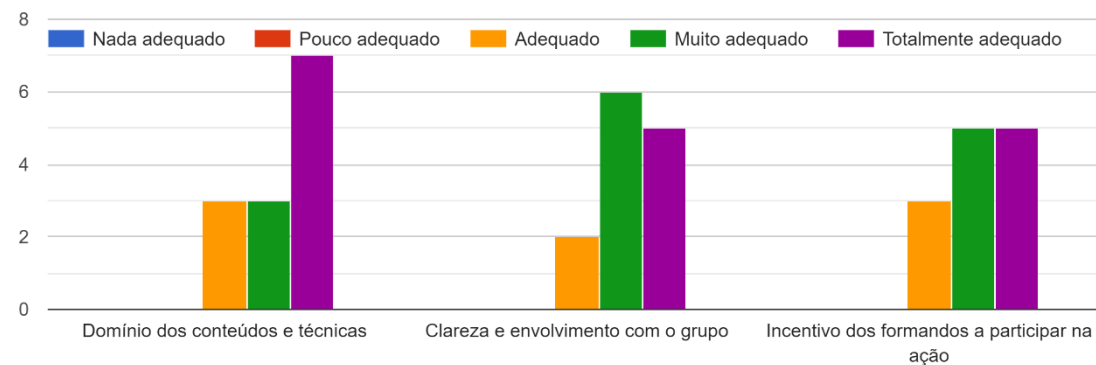


Gráfico 12 – Frequência de respostas da avaliação dos formadores **Fonte:** Elaboração própria

Conteúdos programáticos

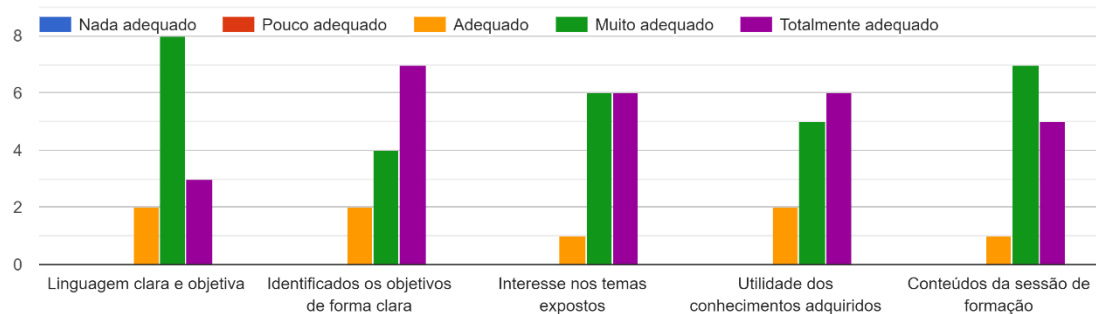


Gráfico 13 – Frequência de respostas dos conteúdos programáticos **Fonte:** Elaboração própria

Qualidade da formação

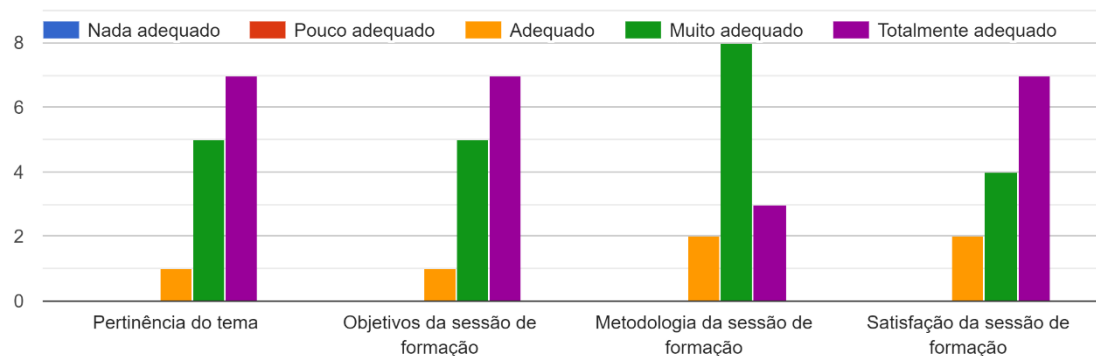


Gráfico 14 – Frequência de respostas da qualidade da formação **Fonte:** Elaboração própria

Relativamente aos conteúdos programáticos da sessão de formação, grande maioria demonstrou que estes eram muito adequados ou totalmente adequados, realçando dessa forma, a importância do conteúdo da sessão. Quanto à utilidade dos conhecimentos adquiridos, 85% consideram muito adequados ou totalmente adequados.

A avaliação do PIS tendo em conta os objetivos delineados no início da metodologia de projeto, foi efetuada de várias formas. No objetivo específico de atualizar os conhecimentos da equipa de Enfermagem sobre as “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, foi atingido através da divulgação dos dados e informação obtidos na execução do PIS e apresentados durante a sessão de formação. Foi possível confirmar a atualização de conhecimento através da avaliação dos resultados do questionário de avaliação da sessão de formação.

A apresentação da instrução de trabalho serviu também para consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem. Esta aquisição e atualização de conhecimentos contribuiu também para alcançar o objetivo principal do PIS que apontava para a melhoria da qualidade e segurança da prestação de cuidados da equipa de Enfermagem. Contudo a avaliação final só poderá ser efetuada futuramente, após a observação direta das intervenções estipuladas por parte enfermeiro-chefe, sendo apenas possível realizar essa avaliação após a implementação da instrução de trabalho.

Quanto ao objetivo específico de elaborar uma instrução de trabalho sobre as “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, esta avaliação foi efetuada através da construção da instrução de trabalho e futura

implementação no serviço. A construção da instrução de trabalho foi concluída e o documento foi deixado no serviço para formalização institucional. Contudo a sua implementação ainda não foi possível devido à limitação temporal do estágio. Para além da sua implementação, está previsto que a sua avaliação seja efetuada através do cumprimento das intervenções durante a prestação de cuidados através de observação direta e sistemática da prestação de cuidados por parte do enfermeiro-chefe. A avaliação será também executada através da confirmação da adição das intervenções, ao processo de enfermagem na plataforma informática utilizada para os registos.

Quanto ao objetivo principal de contribuir para a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde da equipa de Enfermagem à PSC sob VNI, a avaliação só vai ser possível de confirmar após a implementação da instrução de trabalho através a confirmação da execução das intervenções preconizadas e da adição destas ao processo de enfermagem no «SClinico». Só após essa confirmação juntando aos outros objetivos já atingidos, se pode afirmar o alcance do objetivo principal.

Nesta avaliação de resultados, pode-se assumir que o principal beneficiado vai ser a Pessoa, com ganhos em saúde. Contudo, não se verifica ser o único que sai favorecido. Os enfermeiros, devido à aquisição de conhecimentos e competências que promovem o seu desenvolvimento profissional e a instituição onde foi desenvolvido o PIS, que assume o documento como um projeto de melhoria de qualidade, são também eles beneficiados. Esta tríade demonstra as vantagens do desenvolvimento deste PIS, demonstrando o que vem descrito no Modelo de Sinergia relativamente aos níveis de resultados do modelo, em que as características da Pessoa em sintonia com as práticas do enfermeiro, levam a resultados positivos na Pessoa, no enfermeiro e na instituição (Curley, 2007).

Quanto à divulgação dos resultados, dão a conhecer a pertinência do projeto, qual o caminho definido na busca da resolução do problema/supressão de uma necessidade e vai contribuir para o desenvolvimento dos profissionais e melhoria dos serviços prestados. Essa divulgação também permite um reconhecimento por parte dos doentes sobre o esforço das instituições na melhoria dos cuidados através do fornecimento de informação científica a profissionais e doentes (Ruivo et al., 2010). A publicação do artigo numa revista científica em data posterior e a disponibilização deste relatório final para acesso público atuam também eles, como promotores do conhecimento

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

A atribuição do título de enfermeiro especialista em EMC-PSC e do grau de mestre em Enfermagem preconiza que o estudante adquira e desenvolva as competências do grau de mestre em Enfermagem, as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas de EMC-PSC.

Podemos definir enfermeiro, de acordo com capítulo II, Art. 4.º, alínea 3 do REPE, em que

“é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.99).

Segundo Nunes (2018 p.13), podemos afirmar “que o enfermeiro se distingue pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de actuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir.” Segundo também Nunes (2018), é consensual a preponderância das intervenções de enfermagem para os ganhos em saúde assentando em julgamento clínico e responsabilidade a nível profissional.

Direcionando para o âmbito da especialidade, de acordo com o REPE, o

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.99).

Tal como referido nas competências comuns do enfermeiro especialista, este é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de enfermeiro Especialista numa das especialidades previstas” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4744).

De acordo com a mesma fonte, as competências comuns do enfermeiro especialista “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4744). Os domínios das competências comuns são quatro: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Aprendizagens profissionais (Ordem dos enfermeiros, 2019). Especificando para a área restrita da especialidade em questão, segundo vem descrito das competências específicas de EMC-PSC,

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19363).

O mesmo documento demonstra que no caso da avaliação diagnóstica e a monitorização no caso da situação crítica, são de importância máxima tal como as competências específicas desta área da especialidade (Ordem dos enfermeiros, 2018b).

Estas últimas competências são compostas por três alíneas. O enfermeiro especialista em EMC-PSC,

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

Para além da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, estão também contempladas as competências de mestre descritas no pedido de acreditação da Universidade de Évora à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior do novo ciclo de estudos. Para atingir essa meta, está preconizado o enfermeiro alcançar as sete competências estabelecidas para grau de mestre, sendo estas as seguintes:

“1 Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

- 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

As competências estão interligadas com a profissão auxiliando a atingir o principal papel da profissão, como refere Nunes (2018 p.18), em que “a finalidade da profissão de enfermagem é o bem-estar de outros seres humanos, de acordo com os projectos de saúde e vida que eles mesmos demandam (...) e os conhecimentos, capacidades e competências requeridas dirigem-se para responder a esta finalidade.”

As competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre articulam-se com o estabelecido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 relativamente aos pilares, objetivos estratégicos, ações e metas estabelecidos no documento. Os cinco pilares constam na cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Ministério da Saúde, 2021). Estes pilares suportam catorze objetivos estratégicos e são um referencial de consolidação e evolução relativamente à segurança do doente (Ministério da Saúde, 2021).

Relativamente aos padrões de qualidade Enfermagem e especializados de Enfermagem, estes articulam-se com várias competências, sendo referido com os quais se relaciona ao longo dos dois próximos subcapítulos. As competências também demonstram ter vários fatores em comum com o Modelo de Sinergia, justificando a sua escolha.

Neste capítulo irão ser abordadas as atividades desenvolvidas durante o estágio final e proceder à sua análise reflexiva com a finalidade de atingir as competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC e competências de mestre em Enfermagem.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Por se verificar convergências no que diz respeito às competências comuns de enfermeiro especialista e as competências de mestre, optou-se por realizar a sua análise em simultâneo.

A – “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4746).

- “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4746).
- “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4746).

Competência de mestre 3: “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

Durante o estágio final, com vista a um exercício profissional seguro e regido por normas éticas e deontológicas, demonstraram-se decisivos as aprendizagens e conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Os conhecimentos éticos e deontológicos adquiridos na Unidade Curricular são fulcrais para uma prática profissional aprimorada, sendo que sem estes, seria impossível que essa prática fosse baseada em normas, valores e aspetos ético-legais. Esses aspetos e responsabilidades profissionais devem incidir não só sobre o doente, mas também sobre a família e/ou cuidadores agregados à Pessoa, para desta forma promover a segurança e dignidade de todos os membros e evitar situações de risco. Como forma complementar foram consultados documentos e legislação sobre a temática como a Lei de Bases da Saúde, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção Europeia dos Direitos do Homem.

O profissional de Enfermagem deve utilizar e conhecer aprofundadamente Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE (Ordem dos enfermeiros, 2015), como guias orientadores para a prática de enfermagem, sendo ainda mais importante a relevância destes documentos no que concerne a futuros especialistas para a excelência do exercício das suas funções.

Seguindo o que vem descrito no REPE, segundo o Artigo 8º do Exercício profissional dos enfermeiros, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.101-102), como justifica Nunes (2018), em que a utilização do conhecimento e experiência por parte dos enfermeiros na busca da supressão das necessidades do doente, promover o bem-estar e a qualidade de vida através de aprofundamento ético e deontológico. A mesma autora refere que os enfermeiros declaram cuidar da pessoa durante todo o ciclo vital na promoção desse bem-estar e qualidade de vida, fazendo parte do domínio do agir profissional assentando na ética e deontologia profissional.

Segundo Nunes (2011), a ética de Enfermagem refere-se à natureza, âmbito e finalidade dos cuidados que são prestados à Pessoa, de acordo com as suas características, necessidades e circunstâncias e de acordo com essas necessidades, a tomada de decisão é assente em princípios éticos e deontológicos. O rumo dos cuidados de acordo com as necessidades da Pessoa caminha lado a lado com o preconizado no Modelo de Sinergia, em que as competências e as características do enfermeiro são moldadas de acordo com as necessidades da Pessoa (Herrington, 2010). Segundo o Modelo de Sinergia, as questões éticas são realçadas, em que o enfermeiro atua “servindo como um agente moral na identificação e ajudando a resolver questões éticas e clínicas dentro e fora do ambiente clínico.” (AACN, 2013 p.4).

No que toca à deontologia, existiu necessidade de ler e rever o capítulo VI do Estatuto Profissional do enfermeiro, relativo à Deontologia Profissional, que funciona como guia orientador para o exercício profissional de acordo com os valores e normas morais regidas no documento. Foram especialmente tidos em conta os artigos n.º 99 (princípios gerais da profissão), n.º 100 (dos deveres deontológicos em geral), n.º 102 (dos valores humanos), n.º 103 (dos direitos à vida e à qualidade de vida), n.º 104 (do direito ao cuidado), n.º 106 (do dever de sigilo), n.º 107 (do respeito pela intimidade) e n.º 108 (do respeito pela pessoa em situação de fim de vida), por se enquadrarem na humanização dos cuidados, respeito pela pessoa e os direitos desta, e por último a relevância dos valores universais (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Tendo em conta os domínios, foram selecionados estes artigos, por irem ao encontro do que representa a humanização, dignidade e respeito da prática profissional de Enfermagem e se coadunam com as competências a atingir durante o estágio final.

Como vem descrito no ponto 1 do Artigo 99º do Estatuto Profissional do enfermeiro, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.80). Ficando demonstrado, a importância do direito à escolha e liberdade da Pessoa e proteção da privacidade preservando a dignidade da pessoa durante a elaboração de todos os procedimentos durante a prática profissional. O direito à privacidade demonstrou ser difícil de gerir, devido à limitação de espaço do serviço para realizar procedimentos que colocavam em causa a dignidade e privacidade da Pessoa, recorrendo-se à sala de emergência quando esta se encontrava disponível. Contudo demonstra não ser o local adequado para a realização de qualquer tipo de procedimento e de não se encontrar permanentemente disponível, pois a sua finalidade é para a prestação de cuidados emergentes à PSC.

Segundo o Artigo 100º, a alínea a), o enfermeiro assume o dever de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.81), sendo essencial o conhecimento dos deveres deontológicos do enfermeiro para reger a sua prática profissional. Na alínea b), o enfermeiro assume o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.81).

Segundo o Artigo 102º o enfermeiro assume o dever de cuidar da pessoa sem qualquer tipo de discriminação, salvaguardar os direitos das crianças, pessoas idosas e com deficiência, abster-se de juízos de valores e respeitar todas as opções políticas, culturais, morais e religiosas (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.82), ido ao encontro do estipulado na característica da resposta à diversidade do enfermeiro do Modelo de Sinergia, que refere que “sensibilidade para reconhecer, valorizar e incorporar as diferenças na prestação de cuidados. As diferenças podem incluir, mas não estão limitadas a diferenças culturais, crenças espirituais, género, raça, etnia, estilo de vida, status socioeconómico, idade e valores.” (AACN, 2013 p.7). Durante o estágio foi possível verificar uma grande diversidade cultural e social na afluência ao serviço devido à crescente emigração de vários pontos do Mundo em Portugal. Isso levou-nos a assumir a necessidade de nos atualizarmos acerca das ideologias culturais e religiosas dessas populações migratórias, evitando todo e qualquer tipo de discriminação e juízos de valor. Durante o estágio foram respeitadas todas as opções políticas, culturais, morais e religiosas dessas Pessoas (Ordem dos enfermeiros, 2015), que se articulam com o enunciado descritivo da satisfação do cliente nos padrões de qualidade de Enfermagem, relativamente ao “respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente.” (Ordem dos enfermeiros, 2012 p.14). O exemplo da permissão de um acompanhante de forma permanente por Pessoa no SU e um período de visitas de uma hora por dia no SO, vai de acordo ao estipulado neste artigo acerca da salvaguarda dos direitos. A Pessoa admitida no SU possui não só debilidades físicas e psicológicas revelando sentimentos de isolamento durante a permanência no hospital. A permissão de acompanhamento à Pessoa, para além de um direito, assume um processo terapêutico, proporcionando apoio num momento de fraqueza.

De acordo com o Artigo 103º, o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a vida humana, promover a sua valorização, aumentando a qualidade de vida e honrar a integridade da Pessoa (Ordem dos enfermeiros, 2015). Durante o estágio, a valorização e defesa da vida esteve no topo das prioridades em todo e qualquer momento da prática profissional, como nos casos de reanimar ou não, uma Pessoa em PCR. Este Artigo vai ao encontro do referido nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência, ou seja, praticar o bem e não causar dano (Rosa et al., 2016).

No Artigo 104º, o enfermeiro tem o dever de respeitar a liberdade do doente, com a possibilidade de este ser cuidado por outro profissional, caso o doente assim entenda ou no caso de se encontrar fora da área de competência do enfermeiro. Tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados e não se ausentar do posto de trabalho enquanto não for rendido nas suas funções (Ordem dos enfermeiros, 2015). Durante o percurso do estágio foi possível verificar situações em que o enfermeiro teve de permanecer no posto após a hora de término da sua jornada de trabalho, devido à ausência do colega de trabalho que iria render o profissional, ficando assegurado o posto de trabalho e assumindo a continuidade da prestação de cuidados. Relativamente à liberdade e a possibilidade de ser cuidado por outro profissional, não verificámos nenhum caso em concreto, contudo em conversa informal com a enfermeira orientadora, verificámos ser uma prática recorrente.

Também relativamente às responsabilidades profissionais, ética e legal, o Artigo 106º, quanto ao dever de sigilo, o enfermeiro deve guardar segredo profissional, promovendo a confidencialidade, e só partilhar informação com os implicados no plano terapêutico. Deve ser também mantido o anonimato da pessoa caso os dados sejam utilizados no âmbito de ensino ou investigação (Ordem dos enfermeiros, 2015). Durante o estágio foi possível constatar o antecedente clínico de uma doença infetocontagiosa de uma Pessoa que está incluída no meio comunitário onde residimos e sendo relativamente pequeno a nível populacional, ganha ainda mais força a importância deste Artigo. Como referido neste Artigo, foi preservada a confidencialidade de toda a informação, mantido o anonimato da pessoa neste trabalho académico e a não – violação do sigilo profissional.

O Artigo 107º também se insere neste domínio, em que o respeito pela intimidade e vida privada da Pessoa e a sua família deve ser assegurado, salvaguardando que as tarefas e práticas executadas asseguram essa preservação (Ordem dos enfermeiros, 2015). Durante todo e qualquer procedimento foi salvaguardada a privacidade e intimidade da Pessoa durante a execução de processos em que a Pessoa fica mais exposta, sempre que possível, foi efetuado o correr das cortinas da unidade do doente ou realizado o transfere deste para um local onde seja possível manter a intimidade e privacidade desejada. Contudo, existem situações em que estes valores são difíceis de preservar, por se tratar de um serviço com elevado fluxo de doentes, espaço limitado e grande números de familiares junto dos seus entes. Na sala de emergência torna-se ainda mais complexa toda essa manutenção, devido a vários fatores, como por exemplo, a permanência da porta de acesso aberta.

Finalmente no Artigo 108º, o enfermeiro deve promover a escolha do local e pessoas indicado pela Pessoa em fim de vida e respeitar as manifestações de perda da família e pessoa próximas. Deve também ser respeitado o corpo após a morte (Ordem dos enfermeiros,

2015). Foi possível verificar a preocupação da equipa multidisciplinar em permitir a presença da família e pessoas próximas em situações terminais. Existe um consenso generalizado por parte da equipa de enfermagem em tal permissão, verificando-se também autorização por parte de alguns elementos da equipa médica e o contato com os familiares para se deslocarem ao serviço de forma a efetuar uma despedida digna. Foram permitidas a várias famílias realizar despedidas condignas com preservação da intimidade e privacidade familiar, apesar de ser um serviço em que por vezes se torna complicado em prover esses direitos. A verificação desta prática é cada vez mais comum no serviço em questão, que vem reforçar a aplicabilidade do descrito neste Artigo. Em conversa informal com a equipa, recebemos com regozijo a abertura para essa “evolução” quanto respeito da intimidade e privacidade familiar. A acumulação de internados num serviço com um espaço físico limitado é uma prática recorrente, põe em causa a manutenção da privacidade e verifica ser um problema de difícil resolução.

De realçar também a importância da delegação de tarefas nas competências de enfermeiro especialista, como vem descrito no Artigo 100º do Código Deontológico, na alínea b), em que o enfermeiro assume o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.81), e segundo o Artigo 10º do REPE, “Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.” (Ordem dos enfermeiros, 2015 p.104). Ou seja, o enfermeiro especialista demonstra competência para delegar as tarefas a quem tenha capacidade para as executar, fazendo uma avaliação prévia dos elementos com maior aptidão para as realizar. Assume, desta forma, a responsabilidade pelos atos que este delega. Durante o estágio, após a integração na equipa multidisciplinar tivemos oportunidade de colaborar com a enfermeira orientadora na delegação de tarefas a assistentes operacionais.

Foi também possível participar na tomada de decisão em equipa, tendo em conta a visão de enfermeiro especialista, mais em concreto em decisões mais sensíveis e com tempo de decisão encurtado como nas situações na sala de emergência. As tomadas de decisão foram realizadas com base em conhecimento, experiência e competência da área da especialidade em que está inserido. Após essa tomada de decisão foi possível realizar uma avaliação dos resultados do processo com a enfermeira orientadora através da explicação da norma de atuação e a sua justificação, tendo em conta a dinâmica do serviço e as capacidades do desempenho de tarefas por parte dos elementos da equipa de Enfermagem. Esses resultados estão de acordo com o descrito nos padrões de qualidade de Enfermagem em que a tomada

de decisão do enfermeiro que “orienta o exercício profissional autónomo implica a abordagem sistémica e sistemática.” (Ordem dos enfermeiros, 2012 p.12). Este estágio permitiu-nos um crescimento quanto à capacidade de tomada de decisão. Apesar de ser um processo que já executava no serviço onde exercemos funções, é importante tomarmos decisões nouro contexto e através de outro olhar, o de enfermeiro especialista. O processo de tomada de decisão corresponde ao descrito nos padrões especializados do enfermeiro especialista em EMC-PSC, no enunciado descritivo do bem-estar e autocuidado, pela supervisão das atividades que delegou e pela responsabilidade pelos atos que delegou (Ordem dos enfermeiros, 2017). Através da partilha de opiniões com outros profissionais, conseguimos reduzir significativamente limitações através da prática diária em contexto real, sempre valorizando as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Foi também possível verificar episódios de emergência, em que a PSC deu entrada na sala de emergência inconscientes. Nestes casos, o respeito da Pessoa à escolha e à autodeterminação não foi possível colocar em prática devido à impossibilidade de saber qual a vontade deste doente devido ao estado de inconsciência. Nestes casos, a decisão parte da equipa multidisciplinar em colaboração com os familiares da Pessoa, caso estejam presentes e conheçam a vontade desta. Caso contrário, como já referido anteriormente, com o estipulado no Artigo 103º do Regulamento do Exercício do enfermeiro, deve-se atuar segundo os princípios éticos da beneficência e da não maleficência, ou seja, praticar o bem e não causar dano (Rosa et al., 2016). Em Portugal existe legislação que regula diretivas antecipadas de vontade como o testamento vital, e perante tal, devem ser efetuados todo e qualquer procedimento com vista à preservação da vida. Durante o estágio não foi possível verificar nenhum doente com este testamento inscrito no Registo Nacional do Testamento Vital, o que deixa os profissionais a questionar sobre a permissão ou rejeição de todos os procedimentos com vista à manutenção da vida. Esta dúvida nos procedimentos de atuação nestes casos levou-nos a refletir introspetivamente sobre a complexidade destas situações.

Após conhecer melhor estes valores e princípios e executar uma reflexão sobre os domínios abordados anteriormente, pode-se afirmar que estes vão contribuir para decisões mais responsáveis durante a prática profissional e que as competências acima referidas foram atingidas.

B – “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4747).

Quanto a este domínio podemos verificar as seguintes competências:

- “B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4747).
- “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4747).
- “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4747).

Competência de mestre 5: “Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

Durante as primeiras duas semanas de estágio foram consultados projetos em curso e estratégias da instituição na área da governação clínica e a leitura dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2012) e dos padrões de qualidade especializados em EMC-PSC (Ordem dos enfermeiros, 2017). Ao longo do estágio atuámos em conformidade com as normas e indicações da Direção Geral da Saúde (DGS) e «*guidelines*» de entidades internacionais, mais direccionadas em concreto para a PSC.

Na competência B1, foram desenvolvidas atividades, funcionando como papel dinamizador em iniciativas implementadas pela instituição. Foram consultados os procedimentos de qualidade e instruções de trabalho implementados no serviço e colocados em prática todos os que têm procedimentos exequíveis, funcionando como práticas promotoras de qualidade dos cuidados. Foram também consultados indicadores de qualidade da DGS no serviço em questão. Existem vários procedimentos de qualidade e instruções de trabalho implementados no serviço, como por exemplo, um procedimento de qualidade para a aplicação da escala de News no processo de Enfermagem. Este procedimento de qualidade utilizado para a identificar a deterioração fisiológica da Pessoa foi colocado em prática na monitorização da PSC na sala de emergência, nomeadamente em situações onde se colocava a possibilidade de alteração do estado de consciência. Outro exemplo de instrução de trabalho implementada, é a da técnica de colocação, manutenção e remoção de cateter vesical que permite a manutenção de boas práticas no que ao controle da infeção diz respeito. No âmbito da UL-PPCIRA, existem vários procedimentos de qualidade, podendo ser exemplificado, o mais recente a ser colocado em prática. O procedimento de qualidade - 08 para o rastreio de microrganismos multirresistentes na admissão e durante o internamento – Enterobacterales produtoras de carbapenemases e de *Staphylococcus aureus* resistente a metilcilina. É um procedimento em que é realizada uma zaragatoa nasal e retal aos doentes, colocado em prática várias vezes durante o estágio aos internados em SO, sempre que estes possuíam critérios para a realização das zaragatoas. Este procedimento era praticado de

forma quase consensual por parte de toda a equipa de Enfermagem. Estes documentos encontram-se em suporte físico em várias salas do serviço, e em suporte informático nos computadores do serviço, estando patente assim, a sua fácil acessibilidade a possibilidade de serem consultados e dessa forma, interiorizar a informação que neles constavam.

Os documentos referidos acima, vão ao encontro com o que está estabelecido nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade especializados do enfermeiro especialista em EMC-PSC, nomeadamente através do enunciado descritivo da organização dos cuidados de Enfermagem, com a revisão de guias de boas práticas e a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos enfermeiros, 2017).

A participação na coordenação da gestão do risco é mais uma forma de participar em equipas e contextos multidisciplinares e intersectoriais colaborando em programas de melhoria contínua. A Unidade Local de Saúde é multisectorial e abrange as áreas diretamente ligadas à saúde e segurança em contexto hospitalar. Este departamento é separado entre a componente clínica e não clínica/ocupacional e foram realizadas horas de contato com os responsáveis com cada um dos departamentos durante o estágio final. Quanto ao departamento da gestão de risco não clínico/ocupacional, este deve assegurar o normal funcionamento do hospital e evitar acidentes que estão ao abrigo deste mesmo departamento, mais concretamente, incidentes relacionados com cortes de energia, incêndios, redes de água e gás, climatização e rede de comunicações. Para além das horas contato com a responsável do risco não clínico foi efetuada uma visita pelas instalações do hospital, que ajudou a clarificar todo o funcionamento da instituição que não está ligado diretamente à área da saúde, sendo também fundamental para o nosso desenvolvimento profissional como futuro enfermeiro especialista. Quanto à gestão do risco clínico também foram realizadas horas de contato com o responsável pelo departamento. O risco clínico tem como objetivo avaliar os riscos para os doentes, colaboradores e estrutura, sendo definido como a probabilidade de ocorrência de um evento que cause dano a um doente da Unidade Local de Saúde. A análise deste departamento pode ser realizada através de forma qualitativa ou quantitativa através do histórico de eventos. A notificação dos erros (clínico e não clínico) é efetuado numa plataforma informática (SAGRIS – Sistema de Apoio à Gestão de Risco), disponível na intranet da Unidade Local de Saúde. Tivemos oportunidade de aceder à plataforma informática e efetuar a notificação de eventos críticos. Nessa notificação, foi descrito o evento de forma pormenorizada para que seja analisado pelo gabinete de gestão de risco. Essa análise não pretende culpabilizar o responsável pelo erro, mas sim averiguar o que o desencadeou, de forma a evitar que este se repita.

Durante o estágio, foi também possível colaborar com os dois enfermeiros responsáveis do serviço pelas auditorias à triagem de Manchester. A auditoria é feita através de análise de várias triagens escolhidas de forma aleatória a todos os elementos da equipa de Enfermagem com creditação para realizar a triagem de Manchester. Nessa triagem é analisado a queixa, o tempo de espera total da Pessoa e a utilização do fluxograma. Após auditoria interna, é efetuada uma auditoria externa por parte do Grupo Português de Triagem. Como futuro enfermeiro especialista e por nunca ter colaborado nenhum processo de auditoria, a participação neste processo demonstra ser importante para o crescimento a nível profissional, e aumenta o nível de segurança da prestação de cuidados, pois esta prática é proporciona um atendimento correto e contribui para a redução dos tempos de espera.

Outros projetos contributivos para a melhoria da qualidade são o sistema informático automático do envio de SMS, sinalização para a equipa de prevenção de violência no adulto e a equipa de ligação do «Sclinico» à informática. O sistema informático automático para o envio de SMS consiste no envio automático de mensagens ao familiar/cuidador sempre que há uma alteração do estado do episódio de urgência, como por exemplo, informação da triagem ou da realização de exames complementares de diagnóstico. Este projeto demonstra uma forma simples, eficaz e em tempo real de colocar o familiar/cuidador a par da situação do familiar triado. A sinalização por parte do enfermeiro para a equipa de prevenção de violência no adulto ocorre em casos de violência doméstica ou comportamentos auto lesivos, que é realizado através do arquivo da identificação da Pessoa num dossier indicado para o efeito. Posteriormente psicólogos e médicos psiquiatras, constituintes da equipa, avaliam a situação. Existe também uma equipa de ligação do «SCLinico» à informática, que consiste em 3 elementos da equipa de Enfermagem, que bimensalmente reúnem com os responsáveis da informática para informarem acerca de constrangimentos ocorridos com o programa informático nos últimos dias com vista à sua resolução. Esta ligação permite uma resolução de problemas informáticos que diariamente ocorrem em vários serviços e em que maior parte das vezes não são resolvidos.

Todos estes documentos/práticas para a melhoria da qualidade, possuem um elo de ligação em cada serviço, ajudando a dinamizar a resposta das equipas de Enfermagem e procurando cumprir as recomendações que são emanadas pelas entidades competentes da Unidade Local, promovendo a melhoria dos cuidados prestados.

Durante o estágio, foram consultados documentos relacionados com a qualidade, como normas da DGS e procedimentos de qualidade de outras Unidades Locais de Saúde que permitiu consolidar conhecimentos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A

melhoria dos cuidados prestados assente na segurança permite o desenvolvimento de um ambiente seguro para o doente, desenvolve confiança e diminui a ocorrência de erros.

Dentro deste domínio foi identificada uma necessidade formativa do serviço, e desenvolvido e realizado um PIS. Foi efetuado um diagnóstico da situação através de reunião informal com o enfermeiro-chefe e enfermeira orientadora e da aplicação de um questionário de diagnóstico à equipa de Enfermagem. Como tal foi efetuada uma sessão de formação de acordo com a necessidade formativa do serviço intitulada de “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva” com o intuito de incutir conhecimentos e competências à equipa de Enfermagem na prestação de cuidados a este tipo de doentes. O desenvolvimento e implementação do PIS contribui para a melhoria da segurança e qualidade do serviço permitindo a aquisição de conhecimentos por parte da equipa de Enfermagem. Também durante o estágio final foi efetuada uma instrução de trabalho de modo a melhorar as intervenções de enfermagem que são prestadas, adicionando essas intervenções ao processo de Enfermagem na plataforma informática, garantindo desta forma, a sua execução. Este documento contribui para melhoria da qualidade do serviço em questão e tem a possibilidade de ser adaptado a outros serviços da Unidade Local de Saúde.

Quanto à competência B3 correspondente à garantia de um ambiente terapêutico de seguro, para o desenvolvimento de uma prática de cuidados de qualidade, a “segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objectivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à protecção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade.” (Ordem dos enfermeiros, 2011 p.2). A procura de um ambiente terapêutico e seguro está também mencionado no Modelo de Sinergia, nomeadamente na característica do enfermeiro da prestação de cuidados em que as “actividades de enfermagem que criam um ambiente compassivo, de apoio e terapêutico para doentes e profissionais, com o objetivo de promover conforto, recuperação e prevenção de sofrimento desnecessário.” (AACN, 2013 p.5). Para a aquisição desta competência, é essencial o conhecimento da estrutura física e gestão do serviço, tal como os recursos humanos e materiais ao dispor. Este reconhecimento executado no início do estágio pelo enfermeiro-chefe e a enfermeira orientadora contribuiu para a implementação de uma cultura de segurança, como futuro enfermeiro especialista. Contudo, a implementação desta cultura revela-se difícil, por ser um serviço de “porta aberta” e com constante entrada de pessoas, que coloca em causa a segurança das Pessoas no serviço. A implementação da cultura de segurança converge com os objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que preconiza “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...) sem negligenciar os princípios (...) como

a cultura de segurança e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.” (Ministério da Saúde, 2021 p.97).

Durante estágio foi possível verificar práticas que fortalecem o ambiente terapêutico e capacidade organizativa, como a forma de arrumação e verificação dos prazos de validade do stock da sala de emergência, ficando o material devidamente organizado e que proporciona fácil acessibilidade. A existência de caixas com material predefinido para técnicas invasivas como a colocação de cateter venoso central ou linha arterial, demonstra a capacidade organizativa e evita a perda de tempo necessário para outros procedimentos.

Para uma cultura de segurança é fulcral a garantia de dotações seguras por parte da equipa de Enfermagem, e após discussão com o enfermeiro-chefe, este demonstrou as estratégias adotadas de forma a manter o rácio adequado da equipa de Enfermagem. Outra medida contributiva para a cultura de segurança é a atribuição de uma pulseira de cor roxa com a nomenclatura do fármaco alergénico no momento da triagem, a Pessoas com alergias medicamentosas. A utilização no serviço da notificação de incidentes e eventos adversos na plataforma Notifica (Sistema Nacional de Notificação de Incidentes) demonstra ser outro processo promotor de segurança. A forma de notificação foi apresentada pelo enfermeiro-Chefe e deu-nos a conhecer o funcionamento da plataforma informática. Estes dois exemplos demonstram o contributo decisivo para evitar a ocorrência de erros e a sua notificação, quando estes ocorrem.

A inclusão de várias escalas no processo de Enfermagem, exemplificada pela enfermeira orientadora, contribuem para o desenvolvimento da cultura de segurança. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (Escala de Braden), do risco de queda (Escala de Morse) e do estado de consciência (Escala de Glasgow) são contributivos para a gestão de riscos associados aos cuidados de saúde.

A existência de balas de oxigénio, camas e cadeirões com doentes internados no corredor põem em causa a segurança dos doentes, profissionais de saúde e também a qualidade dos cuidados que estão a ser prestados, indo contra o que está estabelecido na competência comum B3, que indica a promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

Desta forma, ficam demonstradas as atividades desenvolvidas com o objetivo de promover um ambiente terapêutico e a cultura de segurança.

C – “Domínio da gestão dos cuidados.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4748).

- “C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4748).

- “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4748).

Competência de mestre 1: “Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

No âmbito da gestão dos cuidados, foram abordadas várias estratégias em equipa com vista à execução de uma gestão dos cuidados na comunicação com os elementos da equipa multidisciplinar transmitindo toda a informação relevante. A importância do trabalho em equipa vem referenciado nas características do enfermeiro do Modelo de Sinergia na característica da colaboração, em que fica estipulado que o trabalho em equipa “promova/encoraje as contribuições de cada pessoa para alcançar objetivos ideais/realistas do doente/família. Envolve trabalho intra e interdisciplinar com colegas e comunidade.” (AACN, 2013 p.6). Durante a admissão de doentes no balcão e situações na sala de emergência, demonstra ser fulcral uma boa comunicação e a transmissão de informação de forma clara, concisa e pertinente. Um bom exemplo disso é o estabelecimento da comunicação dentro da equipa de Enfermagem acerca dos exames complementares de diagnóstico que o doente tem prescritos, a terapêutica que tem para ser administrada à Pessoa e clarificar quais os fármacos já administrados, no caso da sala de emergência. A forma de comunicação utilizada no serviço é a mnemónica do ISBAR (Identificação; Situação; Background/Histórico; Avaliação e Recomendação), pois revela ser a forma de transmitir informação entre profissionais de saúde da forma mais eficaz, demonstrando ser precisa, completa e oportuna (DGS, 2017). A clarificação da forma de comunicação demonstrou ser uma forma de fortalecimento da união dentro da equipa multidisciplinar.

Um grande entrave à otimização e articulação da resposta em equipa e adaptação da liderança às situações, foram a inexistência de um *team leader* em várias situações em sala de emergência. Nestas situações, o não assumir de um líder leva à desorganização e desarticulação da equipa multidisciplinar demonstra ser um obstáculo para alcançar uma boa comunicação.

Quanto à gestão dos recursos e contextos, foi possível verificar como se processa a gestão de recursos humanos através de horas de contacto com o enfermeiro—chefe durante a execução dos horários da equipa de Enfermagem e da equipa de assistentes operacionais através de uma plataforma informática para o efeito (SISQUAL). A gestão das horas positivas e negativas das equipas tem de ser realizada diariamente, devidamente justificada e verificada a necessidade de adição de horas extraordinárias nos vários turnos. A aquisição desta

competência de supervisão e gestão demonstra conhecimento da constituição da equipa de Enfermagem, as limitações e os meios disponíveis para efetuar uma correta gestão dos recursos humanos. A liderança por parte de um elemento dentro da equipa de Enfermagem deve utilizada para evitar conflitos entre os elementos dessa mesma equipa. Para além disso, deve assumir-se como parte integrante da equipa, com o objetivo de atingir as metas propostas. Também relativamente à gestão e supervisão dos cuidados, foi possível colaborar com a enfermeira orientadora através da distribuição de funções pelos enfermeiros de serviço de acordo com as suas capacidades e limitações, averiguar a necessidade de solicitar um elemento da equipa extraordinário devido à ausência de outros elementos e a necessidade de solicitar material e/ou fármacos urgentes a outros serviços do hospital. Como enfermeiro especialista, na ausência do enfermeiro-chefe, cabe ao enfermeiro responsável do turno assumir as questões da liderança, tal como a gestão e supervisão dos cuidados de Enfermagem.

Ainda relativamente à gestão dos recursos, mais concreto aos recursos materiais, como já foi referido anteriormente, em colaboração com segundo elemento responsável da equipa de Enfermagem foi efetuado um levantamento bissemanal de todo o stock clínico e não clínico do serviço e posteriormente efetuado o pedido na plataforma informática para o efeito. Nos turnos da manhã em que ficámos distribuídos na sala de emergência, é efetuada a contagem e confirmações dos prazos de validade de todo o stock da sala, e o desperdício do material que se encontra obsoleto ou fora do prazo de validade. Estas duas atividades contribuem para a gestão de todo o material em stock no serviço, sendo primordial evitar a acumulação excessiva de material no serviço e evitar o desperdício. Contudo, essa gestão também ser efetuada de forma que não haja rutura de stock de algum tipo de material nos dias seguintes, contribuindo assim, para um equilíbrio na balança excesso/falta de material.

D – “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4749).

- “D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4749) .
- “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (Ordem dos enfermeiros, 2019 p.4749).

Competência de mestre 4: “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

Sendo este domínio relativo ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, sentimos necessidade de adquirir e aprofundar conhecimento e competências nas temáticas em que identificamos mais necessidade de desenvolvimento. A transmissão de más notícias é uma das formas de desenvolver aprendizagens a nível profissional. Foi uma situação vivenciada durante o estágio com a qual tínhamos alguma dificuldade em lidar, pois no serviço onde exercemos funções é uma prática de responsabilidade médica. Como tal, a observação e convivência com os elementos da equipa multidisciplinar na comunicação de más notícias proporcionou o crescimento a nível profissional e familiarização relativamente a este domínio. Para tal foi colocado em prática as etapas para a comunicação de más notícias, utilizando o protocolo SPIKES (Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Summarize), que consiste em compreender a perceção dos familiares, fornecer as informações, prevenir as reações que possam despoletar e conceber um plano para responder as essas reações (Oyama et al., 2015). Este plano permite-nos estar preparados para reações desagradáveis, respondendo de uma forma objetiva e auxiliadora perante as más notícias.

Ao longo do estágio, foi possível verificar aspetos que foram melhorados, nomeadamente em técnicas menos utilizadas no contexto profissional onde exercemos funções, como por exemplo na punção venosa periférica, por ser uma técnica utilizada com pouca frequência. Denotámos também necessidade de melhor em aspetos a nível teórico em algumas matérias, a comunicação constante com os familiares e cuidadores e a primeira abordagem às vítimas de enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trauma, que foram combatidas com reforço de conhecimento através de estudo autónomo. Foi também possível, identificar outros pontos a melhorar, tais como a adaptação ao serviço, por ser um serviço de “porta aberta” com fluxo contínuo da entrada de doentes e familiares e de difícil controlo, ao contrário do serviço de características mais reservadas onde exercemos funções. Outra dificuldade foi a demora na aquisição de independência nas funções devido ao tempo de integração que ficou agravada, devido à necessidade de interrupção de forma temporária do tempo de estágio por motivos pessoais. Finalmente, outro entrave durante a prática em contexto profissional foi a inacessibilidade à plataforma informática utilizada para registo de terapêutica, execução da avaliação inicial e dos processos de enfermagem utilizada no serviço. A inacessibilidade à plataforma informática para retirar a medicação para posterior administração, também foi ela considerada uma limitação. Todas estas dificuldades sentidas foram partilhadas com a enfermeira orientadora e foram efetuadas estratégias para contornar estas dificuldades, sendo que nem sempre foi possível esse contorno, como no exemplo da acessibilidade às plataformas informáticas.

Para alcançar esta competência em específico, foi necessário recorrer à prática baseada na teoria fundamentada. Como tal, foi realizada uma Scoping Review que serviu de base para a construção de uma instrução de trabalho denominada de “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, com o intuito de ser implementada no serviço em questão.

As unidades curriculares lecionadas no 1º ano deste Mestrado também contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos colocados em prática no estágio final. Consideramos que as disciplinas de Enfermagem Médico – Cirúrgica 1 e 5, Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada foram as que mais contribuíram para essa aquisição e desenvolvimento. A Unidade Curricular de Relação de Ajuda também contribuiu para o autoconhecimento e assertividade que através dos conteúdos abordados. Capacitou-nos para a interação em grupo, a capacidade gerir eventuais conflitos e o desenvolvimento da capacidade de gestão das nossas emoções e sentimentos.

Competência de mestre 2: “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

Competência de mestre 6: “Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

A influência da investigação fica vincado no Modelo de Sinergia, na característica do enfermeiro da investigação clínica que consiste no “processo contínuo de questionar e avaliar a prática e fornecer uma prática informada. Criando mudanças na prática por meio da utilização de pesquisas e aprendizagem experiencial.” (AACN, 2013 p.8). Foi possível contribuir para a investigação através da pesquisa de evidência científica recente sobre os mais variados temas relacionados com a PSC através da criação e implementação de um PIS denominado de “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva” no serviço em questão. Para além da execução do PIS com a inclusão da instrução de trabalho e a apresentação de uma sessão de formação foi efetuada a realização de uma Scoping Review que permitiram uma assimilação de conhecimentos e um crescimento a nível teórico, essencial para a prática como futuro enfermeiro especialista. Desta forma, fica demonstrado o contributo da investigação no crescimento a nível profissional e para o desenvolvimento da comunidade científica.

Quando à formação dos pares, todas as etapas foram cumpridas. Na sessão de formação das “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”, através da apresentação da instrução de trabalho, esta vai funcionar como instrumento orientador na prestação de cuidados no caso da VNI. Após a sessão de formação, a realização do questionário da sessão de formação por parte dos formandos vai avaliar a interiorização dos conhecimentos por parte dos formandos.

Como contributo para enriquecimento pessoal e profissional na área da PSC, a presença no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 que decorreu entre 24 e 25 de novembro de 2023 no Instituto Politécnico de Setúbal na Escola Superior de Saúde (anexo I) e o 3º prémio como autor do poster “Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester” (anexo II) no mesmo congresso, demonstrou ser uma mais-valia na abordagem neste tipo de contexto, demonstrando ser extremamente enriquecedor. No 1º ano do mestrado, na unidade curricular de Enfermagem Médico – Cirúrgica 4, frequentamos os cursos de Suporte Básico de Vida (anexo III) Internacional Trauma Life Support (Anexo IV) e de Suporte Avançado de Vida (Anexo V), todos com aproveitamento e demonstraram ser um importante contributo formativo para a aquisição destas competências. A presença em outras formações durante o Mestrado também contribuíram para essa aquisição, tais como E-learning essencial: Cough Assist (anexo VI), E-learning essencial – Oxigenoterapia (anexo VII) e E-learning essencial – Ventilação Não Invasiva (anexo VIII). A presença em várias formações em serviço também contribui para a disseminação de investigação e executar a prática baseada na evidência. As formações em serviço frequentadas durante este estágio final foram: “Abordagem à Pessoa com Dor Torácica no Serviço de Urgência: Intervenções de enfermagem”; “Comunicação com o familiar de referência do doente internado em Serviço de Observação”; “Transporte inter-hospitalar do doente crítico”; “Avaliação do risco nutricional na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos”; “Nutrição entérica na UCI: Padrões de cuidados e práticas de enfermagem”; “A intervenção do enfermeiro na intubação sequencial rápida na pessoa crítica em contexto de sala de emergência”; “Desafio no controlo e infeção num serviço de urgência”; “Otimização da oxigenoterapia de alto fluxo”; “Fundamentos de prevenção e controlo de infeção em cuidados de saúde”; “Microbiologia clínica”; “Acolhimento de familiares e visitas em UCI”; “Rastreio de microorganismos, EPC e MRSA na admissão e durante o internamento”;

Competência de mestre 7: “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015 p.24).

Conforme demonstrado anteriormente, para atingir as competências comuns e específicas de enfermeiro EMC-PSC foram desenvolvidas e exploradas atividades que justificassem o atingimento da meta proposta.

Pode-se assim, concluir a aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista em EMC-PSC e as competências de mestre.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO – CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As Competências Específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, são três e vão ser abordadas cada uma de forma independente. Ao passo que cada uma delas se divide posteriormente, em unidades de competência.

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

Esta competência divide-se em seis unidades de competência e os seus critérios de avaliação, sendo eles:

- “1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- 1.2 – Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- 1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- 1.4 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- 1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;
- 1.6 – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.” (Ordem dos enfermeiros, 2018b p.19363).

Quanto à especificidade da PSC, foi necessário recorrer às etapas do processo de Enfermagem: avaliação inicial, diagnóstico da situação, planeamento, intervenção e avaliação (Silva et al., 2017). No âmbito do doente crítico, apesar da grande limitação de tempo disponível por se tratar de uma situação emergente, foram colocadas em prática todas as etapas do processo de Enfermagem. Contudo, uma capacidade de reação e decisão mais rápida perante a situação, pode induzir o erro com o propósito de executar as intervenções em tempo útil e de forma autónoma. Uma das aprendizagens consolidada foi a abordagem sistematizada ABCDE em contexto de sala de emergência, trabalhando em conjunto com os meus pares e a aplicação da sequência em casos práticos. Esta sequência foi colocada em prática no contexto de PCR, através da concretização das várias etapas da mnemónica em conjunto com a equipa multidisciplinar. Em conjunto e de forma coordenada, o passo seguinte

só foi dado após a conclusão do anterior por parte de todos os membros da equipa. Após reflexão, constatamos que a implementação desta sequência contribui para uma melhoria da prática de cuidados e capacidade de antecipação em equipa nas situações emergentes. O enfermeiro especialista em EMC-PSC deve ter a capacidade de otimizar a resposta em situação de emergência e/ou instabilidade hemodinâmica, prevenindo ocorrências em vários casos. Para garantir o estabelecimento de protocolos terapêuticos complexos, o enfermeiro especialista em EMC-PSC, deve possuir um maior conhecimento neste tipo de protocolos, tendo como exemplo os algoritmos de Suporte Avançado de Vida. Este conhecimento vai também permitir uma redução do tempo de atuação. Recordamos o episódio de uma PSC na sala de emergência em estado de inconsciência devido a uma possível cetoacidose diabética. Foi possível antecipar a PCR, resultante da degradação da situação clínica, devido a uma bradicardia que se foi instalando de forma lenta. Esta capacidade de antecipação só foi possível devido à implementação das etapas do processo de Enfermagem, a abordagem sistematizada ABCDE e uma boa comunicação dentro da equipa multidisciplinar. Todo este conjunto de processos contribuiu para o alcance do objetivo estipulado, a reanimação bem-sucedida evitando a morte da PSC.

O enfermeiro especialista em EMC-PSC, deve ser capaz de realizar uma gestão diferenciada da dor. Essa gestão foi efetuada no estágio durante o processo de triagem no SU, através da aplicação da escala numérica da dor de acordo com as queixas da Pessoa. Também é plausível a recorrência a outras escalas, como a escala gráfica ou a escala analógica visual, através da observação de estratégias defensivas à dor utilizadas inconscientemente pela PSC como sobancelhas franzidas ou os punhos cerrados, que demonstram ser confiáveis. Nos casos da Pessoa sob ventilação mecânica invasiva, inconsciente ou sedados foi possível aplicar a escala BPS (Behavioral Pain Scale), indicada para estas situações. Esta escala é baseada em três aspetos, expressão facial, movimentos corporais e a tolerância à ventilação (Batalha et al., 2013). Relativamente à Pessoa na sala de emergência, estas estratégias são ainda mais colocadas em práticas devido à grande percentagem de Pessoas prostradas ou inconscientes. A gestão diferenciada da dor e a promoção do bem-estar estão também de acordo com o um dos cinco pressupostos do Modelo de Sinergia em que “um objetivo da enfermagem é restaurar o nível ideal de bem-estar definido pelo doente.” (AACN, 2013 p.1).

Na gestão da comunicação e a relação terapêutica com os familiares/cuidadores, durante o estágio foi possível vivenciar episódios de comunicação aos familiares acerca do estado do seu familiar, sendo possível comprovar o desespero e incapacidade do familiar perante o desconhecimento da situação clínica do familiar perante o estado crítico. Estas unidades de

competência seguem o que vem descrito nos padrões especializados de EMC-PSC “A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica.” (Ordem dos enfermeiros, 2017 p.12). Como futuro enfermeiro especialista em EMC-PSC, devemos ter capacidade de efetuar a gestão da comunicação de informação ao familiar na altura adequada, num local seguro e tranquilo para este propósito. O espaço físico onde decorreu o estágio não possuía um local para esse efeito, sendo que era recorrente o uso de gabinetes médicos desocupados para esse fim, proporcionando um local tranquilo para a comunicação dessas informações. Os gabinetes médicos desocupados eram também utilizados aquando da manutenção da privacidade familiar relativamente aos processos de luto. Perante estas situações, assistimos os familiares durante estas perturbações emocionais, promovendo o conforto perante os sentimentos de perda. A implementação do sistema informático automático do envio de SMS para familiares, também demonstra ser uma forma de transmissão de informação eficaz e em tempo real.

No final do processo deve-se avaliar a resposta da Pessoa aos cuidados prestados, ou seja, a avaliação não deve ser só feita pelo enfermeiro/equipa multidisciplinar, mas também em conformidade com a Pessoa, sempre que tal seja possível.

b) “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Ordem dos enfermeiros, 2018 p.19363).

Esta competência subdivide-se em cinco unidades de competência e seus critérios de avaliação:

- “2.1 – Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;
- 2.2 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;
- 2.3 – Planeia resposta à situação de catástrofe;
- 2.4 – Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;
- 2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.” (Ordem dos enfermeiros, 2018 p.19364).

Durante o estágio foi possível vivenciar uma situação de exceção/catástrofe, em que ocorreu uma sobrelotação de admitidos na sala de emergência. A sala de emergência do SU tem a capacidade para admitir duas Pessoas. Foi possível observar um conjunto de ocorrências que levaram à sobrelotação da sala de emergência com três Pessoas. Foi necessário realizar uma redistribuição dos elementos da equipa de Enfermagem de forma a dar resposta às necessidades na sala de emergência e auxiliar o enfermeiro alocado a esta sala. Através da mobilização de enfermeiros para a sala foi possível estabilizar uma das Pessoas admitidas e efetuar a sua transferência para o balcão amarelo/laranja, permitindo o

restabelecimento do número máximo de doentes alocados à sala. Para a aquisição destas competências, foram também realizadas horas de contato com o enfermeiro-chefe de forma a aprofundar conhecimentos acerca das normas de atuação para estas situações. Foi consultado o plano de emergência, em que este se divide entre interno. Quando o evento é desencadeado no interior do hospital é adotado o plano interno. O plano de emergência externo é ativado quando o fluxo de doentes é elevado devido a um evento fora do hospital. De momento, este plano de emergência carece de atualização devido às alterações do espaço físico do serviço em questão e do hospital.

No serviço existe um procedimento de qualidade relativo às situações de exceção e catástrofe denominado de procedimento de qualidade – 03 - URG, que é constituído pelos princípios básicos da medicina de catástrofe, a explicação da reestruturação física e humana do hospital, os circuitos de acesso das vítimas ao SU e de evacuação dos admitidos e internados no serviço em questão para outros serviços ou espaços livres do hospital, contudo verifica-se que este também se encontra desatualizado devido a alterações do espaço físico. Após as ocorrências, é realizado um relatório, enviado ao Conselho de Administração no prazo de três semanas com a motivação da situação, efeitos, consequências e custo estimado.

Tal como acontece no plano de emergência, o plano de catástrofe pode ser dividido entre interno ou externo. Existe uma reestruturação do serviço, em que são utilizados outros serviços, como por exemplo as consultas externas, para alocar os feridos leves. Existe também um reforço de profissionais, nomeadamente de outros serviços do hospital para o SU. A triagem é reformulada conforme as necessidades e é adotada uma checklist com três graus de gravidade da catástrofe, que direciona o tipo de resposta para cada uma delas, sendo a de grau I a menos grave e a de grau III de maior gravidade. No serviço existe também um kit de catástrofe, sobretudo com equipamento de proteção individual para os profissionais de saúde, folha de catástrofe com tipos de avaliação e requisições para análises laboratoriais.

Quando à unidade competência da preservação de vestígios de indícios da prática de crime, por norma o enfermeiro é o primeiro profissional a contactar com os doentes após a sua entrada no serviço, este deve ter a capacidade de reconhecer os indícios de crime. Durante o estágio final, os únicos indícios identificáveis foram situações de negligência com idosos por parte de familiares ou instituições, em que foi possível verificar cuidados de higiene precários e recusa por parte dos familiares de vir buscar o familiar com alta clínica ao serviço. O hospital possui também a equipa de prevenção de violência no adulto composta por médicos psiquiatras e psicólogos, já referida anteriormente. Esta equipa atua em situações de violência doméstica e comportamentos auto lesivos. É identificado o episódio e a vítima

em questão, colocada a etiqueta de identificação num dossier para o efeito e a ocorrência é encaminhada para a equipa em questão para ser avaliada e resolvida posteriormente.

Para além disso, a participação em formações relacionadas com a temática da emergência e catástrofe foram efetuadas. A participação no webinar da “Gestão e liderança em emergência médica e catástrofe” (anexo IX) e no seminário online “Transporte aéreo do doente crítico – do resgate ao handover” (anexo X) reforçaram a nossa forma de atuação em situação de emergência e catástrofe. As presenças nestas formações contribuíram para o crescimento relativamente à forma de gestão em situações complexas de emergência. Por vezes sentimos capacidade acerca da forma de procedimento perante uma emergência, mas não possuímos a capacidade de liderar os elementos presentes no cenário de emergência.

c) “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos enfermeiros, 2018 p.19364).

Quanto a esta competência, seguem-se duas unidades de competência e respetivos critérios de avaliação:

“3.1 – Concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

3.2 – “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.” (Ordem dos enfermeiros, 2018 p.19364).

Para além de ler e apreender o conteúdo das normas instituídas na Unidade Local de Saúde como foi referido no domínio da melhoria contínua da qualidade no início deste capítulo, todos os procedimentos foram executados de forma a evitar o contágio e/ou propagação de agentes microbianos como por exemplo a higienização das mãos e a utilização de equipamentos de proteção individual. Para além destes documentos, foi possível colaborar com o elo de ligação do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos) do SU e a enfermeira responsável pela ULPPCIRA. Através de algumas horas de contato com a responsável, ficamos a conhecer que a dinâmica e o funcionamento do departamento. A ULPPCIRA coloca em prática uma vigilância epidemiológica, com auditorias acerca das infeções detetadas nos serviços da Unidade Local de Saúde e posterior registo em plataforma informática. O departamento fornece recomendações e aconselha pareceres sobre a temática do controlo de infeção para os vários

serviços da Unidade Local de Saúde. Existe também um investimento contínuo na formação dos profissionais, atualizações dos procedimentos de qualidade relacionados com o controle de infeção e fornece orientações para os serviços justificando através da mais recente evidência científica. Por fim, é realizado um controle ambiental dos microrganismos sendo também efetuada uma vigilância dos materiais e equipamentos.

Foi também possível colaborar com o enfermeiro da equipa do SU como elo de ligação à ULPPCIRA, durante um turno na auditoria aos enfermeiros para o controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. O acompanhamento nesta auditoria permitiu a visualização de práticas menos adequadas que são uma oportunidade de melhoria para intervirmos. No final da auditoria são apresentadas aos enfermeiros sugestões de melhoria. Estas sugestões de melhoria demonstram ser importantes e motivadoras, pois dessa forma, incute um processo de autoavaliação do profissional, interiorizando os erros ocorridos de forma que estes não se repitam. O circuito de resíduos também foi apresentado e explicado pelo elemento que funciona como elo de ligação ao PPCIRA, denotando que por vezes o circuito não é colocado em prática da forma preconizada por quem transporta os resíduos. Para evitar o seu não cumprimento, seria recomendado a afixação em papel do circuito em vários locais e de forma mais visível, ao invés de se manter arquivado.

Apesar de ser uma prática já decorrente como enfermeiro de cuidados gerais, a preservação de todas as práticas que evitem a propagação de agente microbianos ganha ainda mais força como futuro enfermeiro especialista.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste relatório pretendemos dar resposta aos objetivos delineados no início da sua execução.

O primeiro objetivo específico relativamente à descrição do contexto clínico, foi atingido através da caracterização física e humana do serviço em questão e a abordagem aos projetos implementados para a melhoria contínua da qualidade.

Quanto ao objetivo específico da descrição do desenvolvimento do PIS e a sua implementação no serviço em questão, foi efetuado através da descrição de todo o projeto e o seu desenvolvimento segundo a metodologia de projeto. O PIS foi bem recebido por parte de toda a equipa de Enfermagem e permitiu despoletar interesse acerca a temática permitindo uma continuidade aos projetos de melhoria contínua já instituídos no SU. A colaboração e contributo do enfermeiro–chefe e da enfermeira orientadora foram decisivos para a aquisição de confiança para promover o desenvolvimento de conhecimentos para a criação do PIS. Podemos afirmar que uma das limitações do PIS, foi a incapacidade de adicionar mais intervenções de Enfermagem à base de dados da plataforma informática com o objetivo de fortalecer o processo de enfermagem. Outra limitação na elaboração do PIS prendeu-se com a demora dos pedidos de autorização que levou ao atraso no desenvolvimento do PIS. A partilha das intervenções à PSC sob VNI referidas no PIS, possibilitou capacitar a equipa de Enfermagem para uma melhoria dos cuidados prestados.

Quanto ao objetivo específico de analisar e refletir acerca das atividades desenvolvidas durante a prática clínica foi realizada através da descrição de todas as atividades desenvolvidas com vista à obtenção do descrito no último objetivo específico, que era relativo ao processo de fundamentação da aquisição e análise reflexiva das competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC. Permitiu também, proporcionar um exercício de reflexão profissional acerca da importância do enfermeiro especialista dentro da profissão e no cuidado ao doente crítico.

Quanto ao objetivo principal, consideramos que a aquisição de competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas de EMC-PSC foram atingidas. Para tal, foi fundamental o exercício de análise. Essa análise desenvolvida durante o estágio permitiu-nos interiorizar a importância do título de enfermeiro especialista em EMC-PSC.

O processo de aquisição de competências foi efetuado ao longo de todo o estágio final. Inicialmente, pode afirmar-se que decorreu de certo modo, de forma inconsciente, foram planeadas atividades ao longo do estágio, em colaboração com a supervisora pedagógica e a enfermeira orientadora, com o objetivo de dar resposta à problemática do PIS. De realçar toda a motivação e entrega da enfermeira orientadora na prática profissional no serviço em questão que permitiu despoletar um grande interesse e ambição durante todo o estágio. O constante esclarecimento de dúvidas por parte da supervisora pedagógica permitiu adquirir confiança e eliminar dúvidas e dificuldades, que por vezes se atravessaram durante o percurso. A diferença entre as realidades do local onde exercemos funções profissionais e o local foi realizado o estágio, permitiu o nosso desenvolvimento profissional, como futuro enfermeiro especialista. Podemos também afirmar com convicção, que o crescimento profissional foi bastante relevante, pois apesar de exercermos funções no âmbito da PSC, foi a primeira vez que realizámos um estágio/prática profissional na tipologia de serviço onde decorreu o estágio. Apesar de ambas as realidades serem direcionadas para a PSC, estas demonstram ser bastante díspares. É demonstrativo, desta forma, a necessidade de formação constante e de descoberta de vários contextos profissionais, sendo cada um dissemelhante em variadas vertentes. A visão perante as realidades e as formas de atuação foram alteradas perante a aquisição das competências permitindo um olhar mais crítico perante as mais variadas situações.

Todo o percurso desenvolvido ao longo do estágio final e a realização deste relatório final permitiram a assimilação de conhecimentos, o desenvolvimento das competências necessários através de atividades e o crescimento a nível pessoal e profissional para a prática de cuidados especializados de Enfermagem. Contudo, foi possível depararmo-nos com algumas dificuldades durante a execução do relatório devido a ser a primeira vez que realizámos um documento de âmbito académico como este, revelando-se complexo. Outra grande limitação na construção deste relatório, foi a necessidade de interrupção do estágio final por motivos pessoais, que conduziu ao encurtamento do tempo disponível para realizar o relatório final colocando à prova a nossa capacidade de reação e rapidez de execução.

Como referido anteriormente, a aquisição de competências permite-nos conferir o grau de mestre e as competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro EMC-PSC e concluir que todas as competências necessárias, foram atingidas. As

competências comuns de enfermeiro especialista e de mestre demonstram ter semelhanças. Essa convergência abordada no capítulo da análise reflexiva das competências facilita a justificação das atividades desenvolvidas. No futuro, esta aquisição será preponderante para prática profissional. Posteriormente, procuramos também, implementar a instrução de trabalho no serviço onde exercemos a nossa atividade profissional e se possível, estender a outros serviços onde possa ser colocado em prática.

Todo o trabalho efetuado até este ponto, para além das competências adquiridas, permitiu-nos adquirir uma capacidade de maturidade e resiliência, que até então, desconhecíamos fazer parte de nós. Essas capacidades e competências vão ser preponderantes no futuro, não só a nível profissional, mas também na vida pessoal.

BIBLIOGRAFIA

- AACN. (2013). *Synergy Model for Patient Care*. <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacnsynergymodelforpatientcare.pdf?la=en>
- Abe, T., Takagi, T., & Fujii, T. (2023). Update on the management of acute respiratory failure using non-invasive ventilation and pulse oximetry. *Critical Care*, 27(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04370-4>
- Agency for Clinical Innovation. (2023). *Non-invasive ventilation for patients with acute respiratory failure*.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Noninvasive Positive Pressure Ventilation in the Home*.
- Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde. (2017). *Regulamento Estágio Final do Mestrado em Associação em Enfermagem*. <http://gdoc.uevora.pt/480468>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 7–16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute Critical Care* (2ª). Spring Publishing Company.
- Caldas, L. (2022). *Pessoa em situação crítica no contexto de um serviço de urgência básico: Construção de um Procedimento de Enfermagem no âmbito da Ventilação não Invasiva*.
- Camilo. (2018). *Cuidar do Doente Crítico Submetido a Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência*.
- Cekic, Y., Bulut, T. Y., & Avci, İ. A. (2022). The Effect of Provision of Information and Supportive Nursing Care on Blood Gas, Vital Signs, Anxiety, Stress, and Agitation Levels in COPD Patients Treated with NIV: A Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 26(9), 1011–1018. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24315>
- Certain, L. (2022). Contraindicações e complicações do uso da ventilação não invasiva no

- Departamento de Emergência: Revisão da Literatura. *JBMEDE - Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência*, 2(1), e22002. <https://doi.org/10.54143/jbmede.v2i1.66>
- Costa, B., Amaral, R., Sá Vieira, M., Maia, J. M., Barros, N., & Esteves, F. (2021). Ventilação Não-Invasiva na Falência Respiratória Aguda. *Medicina Interna*, 133-139 Páginas. <https://doi.org/10.24950/O/320/20/2/2021>
- Cui, L., Liu, H., & Sun, L. (2019). Multidisciplinary respiratory rehabilitation in combination with non-invasive positive pressure ventilation in the treatment of elderly patients with severe chronic obstructive pulmonary disease: Treatment of elderly with COPD. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(2). <https://doi.org/10.12669/pjms.35.2.459>
- Curley, M. A. Q. (2007). *Synergy: The unique relationship between nurses and patients, the AACN Synergy model for patient care*. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing ; American Association of Critical-Care Nurses.
- Davies, M., Allen, M., Bentley, A., Bourke, S. C., Creagh-Brown, B., D'Oliveiro, R., Glossop, A., Gray, A., Jacobs, P., Mahadeva, R., Moses, R., & Setchfield, I. (2018). British Thoracic Society Quality Standards for acute non-invasive ventilation in adults. *BMJ Open Respiratory Research*, 5(1), e000283. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2018-000283>
- DGS. (2017). *Norma 001/2017 de 08/02/2017—Comunicacao eficaz na transição de cuidados de saúde*.
- Fernandes. (2022). *Intervenções Interdependentes de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade—Cuidados em Ventilação Mecânica não Invasiva*.
- Garcia, S. (2022). *Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente com Ventilação Não Invasiva*.
- Garcia, S., & Augusta, V.-B. (2023). Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente com Ventilação Não Invasiva. *Servir, No. 04*, e28108 Pages. <https://doi.org/10.48492/SERVIR0204.28108>
- Hardin, S., & Hussey, L. (2018). *AACN Synergy Model for Patient Care*. 23(1).
- Herrington, C. (2010). *Theory critique: AACN Synergy model*.
- Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte 2018. (2020). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=399595079&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. Um ano de pandemia: uma breve síntese. (2021). https://www.ine.pt/ine_novidades/1APandemia/

- Johnny, J. D., Drury, Z., Ly, T., & Scholine, J. (2021). Oral Care in Critically Ill Patients Requiring Noninvasive Ventilation: An Evidence-Based Review. *Critical Care Nurse*, 41(4), 66–70. <https://doi.org/10.4037/ccn2021330>
- Masip, J. (2021). Non-invasive ventilation in acute pulmonary oedema: Does the technique or the interface matter? *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 10(10), 1112–1116. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuab096>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). *Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março*.
- Ministério da Saúde. (2018). *Regulamento nº 429/2018*.
- Ministério da Saúde. (2021). *Despacho nº9390/2021—Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.
- Molter N. (2015). Professional Caring and Ethical Practice. <https://clinicalgate.com/professional-caring-and-ethical-practice/#bib4>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem*. Lusociência.
- Nunes, L. (2018). *Para a epistemologia de Enfermagem (2ª)*. Lusodidacta.
- Oliveira Costa, D., Oliveira Gonçalves, I. S., & Loureiro, M. (2022). Prevention of face pressure injuries associated with non-invasive ventilation: Scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 4(3). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i3.202>
- Ordem dos enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer das condições do exercício de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem—Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos* (Lisboa).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico—Cirúrgica* (Leiria).

- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Parecer N.º15/2018—Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem*. Diário da República; 2ª Série, nº26.
- Oyama, E. R. L., Silva, D. A. F., & Goes, A. F. T. (2015). Protocolo Spikes—Comunicação de más notícias em cirurgia. *Atualidades cirúrgicas CBCSP*, 66.
- Pereira, Dias, T., Cristino, C., Rente, N. M. S., Alves, R., & Augusto, T. D. O. A. (2023). *As vantagens da ventilação não invasiva no pré-hospitalar*.
- Pinho. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Pinto, & Sousa. (2016). *VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – DESENVOLVIMENTO DE LINHAS ORIENTADORAS RECORRENDO À METODOLOGIA DE DELPHI*.
- Pinto, & Sousa. (2017). *VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA*.
- Piraino, T. (2019). Noninvasive Respiratory Support in Acute Hypoxemic Respiratory Failure. *Respiratory Care*, 64(6), 638–646. <https://doi.org/10.4187/respcare.06735>
- Raurell-Torredà, M., Argilaga-Molero, E., Colomer-Plana, M., Ródenas-Francisco, A., & Garcia-Olm, M. (2019). *Nurses' and physicians' knowledge and skills in non-invasive ventilation: Equipment and contextual influences*□.
- Reis, N. F. D., Gazola, N. L. G., Bündchen, D. C., & Bonorino, K. C. (2019). Ventilação não invasiva na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário: Características relacionadas ao sucesso e insucesso. *Fisioterapia e Pesquisa*, 26(1), 3–8. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17000626012019>
- Rio, A. S. P. C., & Ramos, F. A. M. (2022). Promoção da adaptação da pessoa em situação crítica à ventilação não-invasiva: Uma revisão integrativa da literatura: Promotion the

- critically ill patient adaptation to noninvasive ventilation: an integrative literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(6), 21878–21899. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-004>
- Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Hill, N. S., Nava, S., Navalesi, P., Antonelli, M., Brozek, J., Conti, G., Ferrer, M., Guntupalli, K., Jaber, S., Keenan, S., Mancebo, J., Mehta, S., & Raouf, S. (2017). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *European Respiratory Journal*, 50(2), 1602426. <https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016>
- Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. G. (2016). *Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar*.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas*. 15. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Seyfi, shahram, amrimaleh, parviz, & mouodi, simin. (2019). New modalities for non-invasive positive pressure ventilation: A review article. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.22088/cjim.10.1.1>
- Silva, J., Silva, J., & Gonzaga, M. (2017). Etapas do processo de enfermagem. *Revista Saúde em Foco*, 9.
- Soares, M. I., Vieira, N. F., Junior, D., Silva, N., & Resck, Z. (2014). *A produção do conhecimento na enfermagem à luz do modelo Nightingaleano: Uma revisão narrativa*.
- Stockert, Hall, A. G., Ostendorf, W. R., & Potter, P. (2017). *Fundamentos de Enfermagem* (9ª). Elsevier.
- Swickard, S., Swickard, W., Reimer, A., Lindell, D., & Winkelman, C. (2014). Adaptation of the AACN Synergy Model for Patient Care to Critical Care Transport. *Critical Care Nurse*, 34(1), 16–28. <https://doi.org/10.4037/ccn2014573>
- Thomas, R., Abdulateef, M. M., & Godard, A. (2022). A review of the role of non-invasive ventilation in critical care responses to COVID-19 in low- and middle-income countries: Lessons learnt from Baghdad. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 116(5), 386–389. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trab185>
- Universidade de Évora. (2015). *NCE/14/01772—Apresentação do pedido corrigido Novo ciclo de estudos*. https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Viguria, R., Pérez-Seoane, C., Alegría, I., Muruamendiaraz, A., Alegre, M., Pedroarena, B., Marco, E., & Roldán, N. (2017). *VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA*:

PERCEPCIONES DEL PACIENTE.

Yaman, O., Aygun, M., & Erten, H. (2021). Noninvasive ventilation with nursing perspective: Impacts on patient tolerance, short-term adverse effects, and nursing workload. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(2), 177. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_133_20

APÊNDICES

Apêndice I - **Análise SWOT**

Fatores Internos		
Fatores Positivos	<p>Forças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertinência do tema - Concordância do Enfermeiro Responsável e Enfermeira Orientadora - Fortalecimento formativo da equipa de enfermagem - Necessidade de formação da equipa de enfermagem - Sem custos adicionais 	<p>Fraquezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desinteresse na formação contínua por parte da equipa de enfermagem - Sobrecarga de trabalho que pode afetar a realização das intervenções - Baixo rácio de enfermeiros no serviço prejudica a monitorização da técnica
	<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituição <u>receptiva</u> a novas Instruções de Trabalho - Autorização da realização do PIS por parte do Conselho de Administração - Criação de uma Instrução de Trabalho "Intervenções de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva", inexistente na instituição baseada em <u>guidelines</u> internacionais e com realização de uma <u>Scoping Review</u> - Transferibilidade da Instrução de Trabalho a outros serviços da instituição - Ganhos em saúde resultantes do aumento da qualidade e segurança dos cuidados prestados 	<p>Ameaças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resistência da equipa de enfermagem à mudança de práticas - Dificuldade em cumprir o cronograma para a criação/implementação da instrução de trabalho - Impossibilidade de atingir a meta de 60% de presença da equipa de enfermagem na sessão de formação
Fatores Externos		Fatores Negativos

Apêndice II - Pedido de autorização para a elaboração do Projeto de Intervenção Profissional ao Conselho de Administração

Ao CA

01/3

INFORMAÇÃO

De:

Para:

C/C:

ASSUNTO: Projeto de Intervenção "Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica sob ventilação não invasiva".

DELIBERAÇÃO
DES. PALMIR/DELIBERAÇÃO
TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA, concordar e APROVAR o proposto na presente Informação, autorizando-se o projeto de intervenção: "Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica sob ventilação não invasiva". Ao Requerente Enf.º Eduardo Luis dos Santos Parreira Dinis, com conhecimento à Comissão de Ética.
2024.01.04.

O mestrando, Eduardo Luis dos Santos Parreira Dinis, a frequentar o mestrado de Enfermagem em Associação-especialização Médico-cirúrgica- A pessoa em Situação Crítica, solicitou autorização à [REDACTED] para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica sob ventilação não invasiva".

Cumprir apreciar:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo sido considerado pela equipa onde o requerente exerce a sua atividade que a elaboração da instrução de trabalho contribui positivamente para a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

II- Objetivos

Como objetivo maior, pretende-se contribuir para a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde da equipa de enfermagem à pessoa em situação crítica sob ventilação não invasiva.

III- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Para colheita de dados serão aplicados dois questionários. Um destinado ao diagnóstico da situação e outro destinado a avaliar a sessão de formação.

Não são tratados dados sensíveis, pelo que não tem aqui aplicabilidade os fundamentos de legitimidade e licitude, tal como se encontram explanados no RGPD.

O projeto de intervenção é desenvolvido pelo trabalhador que, no exercício das suas funções, pretende contribuir para a o fortalecimento de conhecimento dos enfermeiros, permitindo compreender e atuar de forma a perceber

INFORMAÇÃO
N.º35/2023, 20 de dezembro

a utilidade, aplicabilidade, otimização e posterior monitorização da VNI, tudo como melhor resulta do consentimento informado, livre e esclarecido que o requerente junta na sua documentação.

IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo. A metodologia proposta não viola questões ético legais, não sendo tratados dados sensíveis na conceção que o RGPD lhe atribui. Não obstante, o requerente juntou o consentimento informado, livre e esclarecido, pelo que estão reunidos os pressupostos de licitude e legitimidade.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção: *"Intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica sob ventilação não invasiva."*

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Dr.ª Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P/la Comissão de Ética

Anexo: Requerimento com resumo do estudo e todos os documentos anexos.

Página 2 de 2

Mestrado

Eduardo Luis Santos Parreira Dinis <Eduardo.Dinis@ulsna.min-saude.pt>

sex, 27/10/2023 14:42

Para [REDACTED]

Boa tarde,

O meu nome é Eduardo Luis dos Santos Parreira Dinis, enfermeiro na UCI do Hospital de Portalegre. De momento sou aluno do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica – pessoa em situação crítica e encontro-me a realizar o estágio final no serviço de [REDACTED]. Para desenvolver o meu relatório final necessito de aplicar questionários de diagnóstico. Contudo tenho algumas dúvidas acerca da sua aplicabilidade e autorizações. Ao que sei, se for tratar dados pessoais tenho de pedir autorização a Comissão de Ética. Mas tenho algumas dúvidas mais concretas.

- Os dados apenas são de enfermeiros, não vou trabalhar com dados dos doentes. É necessário pedir na mesma?

E no caso de ter que pedir autorização na mesma:

- Se realizar uma caracterização sociodemográfica (Sexo, idade, etc) tenho de pedir autorização?

- E se realizar apenas caracterização académica e profissional, é necessário pedir?

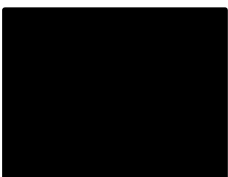
Desde já deixo o meu agradecimento, ficando à aguarda feedback com mais brevidade possível.

Atenciosamente,

Eduardo Dinis

Enviado do [Correio](#) para Windows

Te profeto



Apêndice III - Resumo em português e inglês da Scoping Review “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva

”

RESUMO

Introdução: A Ventilação Não Invasiva é um suporte ventilatório normalmente associado à Pessoa em Situação Crítica. Cabe aos enfermeiros, saber reconhecer a sua utilidade, correta aplicabilidade, otimização e posterior monitorização. Para tal, torna-se essencial o estabelecimento de intervenções de enfermagem dirigidas para a técnica. **Objetivo:** Mapear as intervenções de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma scoping review segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados da BVS, MEDLINE Complete e Pubmed. Posteriormente foi realizada a seleção dos artigos, a extração e análise dos dados. As palavras-chave utilizadas foram: Interventions, Nursing, Noninvasive ventilation, Nursing Care. Foram encontrados 69 artigos e selecionados 6 artigos para análise final. **Resultados:** Foram definidas intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem antes, durante e após a Ventilação Não Invasiva baseadas nos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados na Pessoa em Situação Crítica. **Conclusão:** Conclui-se que as intervenções são promotoras de boas práticas. Enfermeiros com maior formação, mais experientes e a exercer funções em serviços com doentes críticos colocam essas intervenções em prática mais vezes e demonstram maior segurança na sua exequibilidade.

Palavras-Chave: Interventions, Nursing, Noninvasive ventilation, Nursing Care;


ABSTRACT

Preface: Non-invasive ventilation is the use of breathing support usually associated with people needing critical care. It is up to nurses to know how to recognise, usefulness, correct applicability, optimisation and subsequent monitoring. To achieve this, it is essential to implement skilled nursing intervention **Objective:** Map nursing interventions for people in critical situations under non-invasive ventilation. **Materials and Methods:** A scoping review was carried out according to the Joanna Briggs Institute methodology. The search was carried out in the BVS, MEDLINE Complete and Pubmed databases. Subsequently, the articles were selected, data extraction and analysis were carried out. The keywords used were: interventions, nursing, non-invasive ventilation and nursing care. 69 articles were found and 6 articles were selected for the final analysis. **Results:** Autonomous and interdependent nursing interventions were defined before, during and after NIV (non-invasive ventilation) procedure, based on descriptive statements of specialised nursing care on people needing critical care. **Conclusion:** It is concluded that the interventions promote good practices.

Nurses with higher training, more experience and working in services with life-threatening patients put these interventions into practice more often and safely during it feasibility.

Keywords: Interventions, Nursing, Non-invasive ventilation, Nursing Care.

Apêndice IV - Instrução de trabalho “Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob Ventilação Não Invasiva”

	<p>PQ/IT-XX-XX</p> <p>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA</p>
---	---

1. OBJECTIVO

Contribuir para a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde da equipa de enfermagem à pessoa em situação crítica sob ventilação não invasiva.

A presente instrução de trabalho está enquadrada nos Padrões de Qualidade especializados em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros na prevenção de complicações e organização dos cuidados de enfermagem com o objetivo da melhoria da qualidade os cuidados prestados.

2. DEFINIÇÕES

2.1 - Documentos de referência

Affara, F., & Oguisso, T. (1995). Classificação internacional para a prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48(4), 423–435. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671995000400010>

Agency for Clinical Innovation. (2023). Non-invasive ventilation for patients with acute respiratory failure.

Caldas, L. (2022). Pessoa em situação crítica no contexto de um serviço de urgência básico: Construção de um Procedimento de Enfermagem no âmbito da Ventilação não Invasiva.

Cekic, Y., Bulut, T. Y., & Avci, İ. A. (2022). The Effect of Provision of Information and Supportive Nursing Care on Blood Gas, Vital Signs, Anxiety, Stress, and Agitation Levels in COPD Patients Treated with NIV: A Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 26(9), 1011–1018. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24315>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). Classificação internacional para a prática de enfermagem.

Davidson, A. C., Banham, S., Elliott, M., Kennedy, D., Gelder, C., Glossop, A., Church, A. C., Creagh-Brown, B., Dodd, J. W., Felton, T., Foëx, B., Mansfield, L., McDonnell, L., Parker, R., Patterson, C. M., Sovani, M., Thomas, L., & BTS Standards of Care Committee Member, British Thoracic

- Society/Intensive Care Society Acute Hypercapnic Respiratory Failure Guideline Development Group, On behalf of the British Thoracic Society Standards of Care Committee. (2016). BTS/ICS guideline for the ventilatory management of acute hypercapnic respiratory failure in adults. *Thorax*, 71(Suppl 2), ii1–ii35. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-208209>
- Fernandes, A. F. F. (2023). Intervenções interdependentes de enfermagem como indicadores sensíveis de qualidade - cuidados em ventilação não invasiva interdependent nursing interventions as sensitive indicators of quality - care in noninvasive mechanical ventilation intervenciones de enfermería interdependientes como indicadores sensibles de la calidad - atención en la ventilación mecánica no invasiva. *Journal of Education*.
- Garcia, S. (2022). Intervenções Autónomas de Enfermagem como Indicadores Sensíveis de Qualidade aos cuidados ao doente com Ventilação Não Invasiva.
- Masip, J. (2021). Non-invasive ventilation in acute pulmonary oedema: Does the technique or the interface matter? *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 10(10), 1112–1116. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuab096>
- Ordem dos enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico—Cirúrgica (Leiria).
- Oznur Yesilbalkan & Gizem Ozbudak. (2019). Noninvasive Mechanical Ventilation Related Some Complications: Patients Treating Intensive Care Unit. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 884–891.
- Raurell-Torredà, M., Argilaga-Molero, E., Colomer-Plana, M., Ródenas-Francisco, A., & Garcia-Olm, M. (2019). Nurses' and physicians' knowledge and skills in non-invasive ventilation: Equipment and contextual influences □.
- Rochweg, B., Brochard, L., Elliott, M. W., Hess, D., Hill, N. S., Nava, S., Navalesi, P., Antonelli, M., Brozek, J., Conti, G., Ferrer, M., Guntupalli, K., Jaber, S., Keenan, S., Mancebo, J., Mehta, S., & Raouf, S. (2017). Official ERS/ATS clinical practice guidelines: Noninvasive ventilation for

acute respiratory failure. *European Respiratory Journal*, 50(2), 1602426.

<https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016>

Yaman, O., Aygun, M., & Erten, H. (2021). Noninvasive ventilation with nursing perspective:

Impacts on patient tolerance, short-term adverse effects, and nursing workload. *Nigerian*

Journal of Clinical Practice, 24(2), 177. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_133_20

2.2 – Conceitos

Ventilação Não Invasiva – É um método de administração respiratória com pressão positiva de suporte através de máscara sem recorrer ao uso de tubo oro traqueal.

Pessoa em Situação Crítica – É a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Intervenções de Enfermagem – As intervenções de enfermagem são ações realizadas para dar resposta a um diagnóstico de enfermagem de forma a atingir um resultado de enfermagem;

2.3 – Siglas

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

EPAP – Expiratory Positive Airway Pressure

FiO2 - Fração inspirada de oxigênio

IPAP – Inspiratory Positive Airway Pressure

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

IRAH – Insuficiência Respiratória Aguda Hipercápnica

SHO – Síndrome de Hipoventilação por Obesidade

SNG – Sonda Naso Gástrica

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio

PaCO2 – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PaO2 – Pressão Parcial de Oxigênio

UP – Úlcera de Pressão

VNI– Ventilação Não Invasiva

3. DESCRIÇÃO

A VNI pode ser dividida em pressão aérea positiva variável, chamada de Bi-nível ou em pressão aérea positiva inspiratória elevada e pressão expiratória baixa, mais comumente denominada de CPAP. Na Bi-nível é estabelecida uma pressão para a inspiração chamada de IPAP e uma pressão estabelecida na expiração chamada de EPAP. A diferença entre as duas pressões é chamada de pressão de suporte. Para além destes parâmetros podem ser definidos a frequência respiratória, o tempo inspiratório e a FiO₂. As interfaces mais utilizadas na VNI são as máscaras nasais, oronasais e faciais.

As Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob VNI assentam nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Pessoa em Situação Crítica. As intervenções baseadas nos enunciados descritivos demonstram a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e o seu importante papel perante a sociedade em geral na busca da satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e o autocuidado, na readaptação funcional, na organização dos cuidados de enfermagem e na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

3.1 - Responsável pelo procedimento

Enfermeiro responsável pelo doente submetido à VNI

3.2 – Frequência

É realizado o Processo de Enfermagem aquando do internamento do doente, são abertas as intervenções sendo efetuadas e registadas em cada turno (Manhã, Tarde e Noite), de frequência única e em SOS.

3.3 – Local



3.4 Indicações

- DPOC agudizada em contexto de Insuficiência Respiratória Aguda Hipercápnica (IRAH) (pH <7.35 e PaCO₂ elevada);
- Síndrome de Hipoventilação por Obesidade (SHO) em contexto de IRAH (pH <7.35 e PaCO₂ elevada);
- Doença neuromuscular com utilização dos músculos acessórios durante a respiração;
- Edema aguda do pulmão;
- Doentes imunodeprimidos com IRA;
- Pneumonia aguda, incluindo COVID-19, com Insuficiência Respiratória Hipoxémica (IRH) de moderada a severa, com PaO₂/FiO₂ >150mm/hg;
- Doentes de alto risco no desmame de ventilação mecânica;
- Gestão da pós-extubação;
- IRA no pós-operatório;
- Trauma torácico;

3.5 Contraindicações

Absolutas:

- Necessidade imediata de entubação oro traqueal;
- Risco de Paragem Cardiorrespiratória;
- Queimaduras na face;
- Obstrução das vias aéreas superiores;
- Queda do nível de consciência no seguimento de lesão cerebral traumática;

Relativas:

- Instabilidade hemodinâmica (Hipotensão em doentes não-cardíacos);
- Incapacidade de proteção da via aérea por queda do nível de consciência;
- Alteração do nível de consciência durante a hipercapnia;
- Cirurgia recente às vias aéreas superiores;
- Secreções brônquicas abundantes ou vômitos;
- Pneumotórax;
- Lesões faciais incluindo fratura da base do crânio;
- Cirurgia gastrointestinal superior;
- Imediatamente após ressecção transesfenoidal imediata de um tumor hipofisário;

3.6 Complicações

- Lesões por pressão relacionadas com interface/arnês na face, nariz e orelhas;
- Claustrofobia/Ansiedade/Desconforto/Intolerância;
- Dor;
- Aerofagia/Distensão gástrica/Obstrução da via aérea;
- Hipotensão;
- Barotrauma;
- Aspiração;
- Desidratação a mucosa oro nasal;
- Irritação ocular;
- Aumento da pressão intraocular;
- Comunicação prejudicada;
- Alimentação prejudicada;

3.7 Recursos materiais

- Ventilador para VNI;
- Interfaces necessários para VNI;
- Computador com software informático com SClínico;

3.8 Procedimento

INTERVENÇÕES ANTES DA VNI	JUSTIFICAÇÃO
Ensinar sobre procedimento	Esclarecer dúvidas do doente e clarificar acerca do tratamento
Preparação para possível procedimento invasivo (OT)	Diminuir o tempo de atuação com a preparação prévia do material em caso de emergência
Ponderar SNG	Prevenir vômito/aspiração de vômito e alimentar o doente
Pedir colaboração do doente	Colaboração do doente é fundamental para o sucesso da técnica
Instruir o doente para a retirada da máscara em SOS	Capacitar o doente para a retirada da máscara em caso de urgência (Exemplo: Vômitos)
Selecionar a interface com tamanho adequado	Selecionar a interface mais adequada de forma a evitar fugas elevadas e reduzir a pressão excessiva sobre a pele proporcionando uma ventilação mais eficaz e melhor adaptação
Preparar a ventilador e interfaces	Verificar se o ventilador e a interface estão em perfeitas condições para serem utilizados
Ligar ventilador e parametrizar	Para a executar a técnica é necessário o ventilador estar ligado com parâmetros prescritos e colocar limites de alarmes
Aplicar interfaces	Interfaces colocados e aplicados da forma correta para a VNI ser eficiente
Aplicar humidificação ativa do circuito	Evitar desidratação oral e nasal
Ajustar máscara	Evitar fugas demasiado elevadas e pressão excessiva sobre a pele.

INTERVENÇÕES DURANTE A VNI	JUSTIFICAÇÃO
Avaliar Escala de Glasgow	Evitar degradação do estado de consciência
Gerir analgesia e sedação	Administrar analgesia e/ou sedação em caso de agitação caso medidas não farmacológicas se demonstrem ineficazes
Vigiar sinais de alteração de consciência	Evitar degradação do estado de consciência
Aplicar lágrimas artificiais ou soro fisiológico nos olhos	Prevenir secura ocular e conjuntivites
Hidratar mucosa oral	Prevenir desidratação da mucosa oral devido ao fluxo de ar e pressão

Vigiar sinais de irritação ocular	Prevenir secura ocular e conjuntivites devido ao fluxo de ar e pressão
Gerir higiene oral/nasal	Manter cuidados de higiene oral e nasal
Proteger via aérea	Manutenção de via aérea permeável
Aspirar secreções	Dificuldade em expelir/deglutir secreções e manutenção de via aérea permeável
Incentivar tosse	Facilitar o estímulo da tosse e colaborar a expelir secreções
Monitorizar status respiratório	Evitar sinais de dificuldade respiratória
Avaliar adesão ao processo	Verificar sucesso/insucesso da VNI
Promover adaptação ao ventilador	Proporcionar a sincronia doente-ventilador para o sucesso da terapia
Otimizar parâmetros	Ajustar os parâmetros de acordo com a evolução clínica do doente e otimizar a sincronização doente-ventilador
Treinar sincronização	Colaboração do doente essencial para uma adequada sincronização doente-ventilador
Gerir oxigenoterapia	Verificar o débito correto e fornecimento adequado de oxigénio tendo em conta as necessidades do doente
Vigiar ventilação	Evitar sinais de dificuldade respiratória
Fixar a máscara	Garantir a colocação da máscara de forma adequada para uma ventilação eficaz, sem fugas e sem pressão excessiva. De início juntar a máscara de forma suave à face para o doente se ambientar ao fluxo de ar
Ajustar arnês	Garantir a colocação do arnês de forma adequada para uma ventilação eficaz e boa fixação da máscara. Ajuste deve ser feito de ambos os lados de forma simultânea para não ficar desajustada
Vigiar adaptação à máscara	Evitar desadaptação à máscara e promover o sucesso da técnica
Manter prótese dentária	Para melhor adaptação da máscara à face
Trocar filtro antibacteriano 24/24 horas	Evitar degradação do filtro e a propagação de bactérias
Vigiar fugas da máscara	Evitar fugas demasiado elevadas, comprovar a execução dos parâmetros definidos e eficácia das trocas gasosas
Gerir/substituir interfaces	Evitar degradação/sujidade do material e/ou substituir por uma interface mais adequada

Gerir valores do sangue arterial	Alterar parâmetros da VNI sempre que haja alterações de PaO ₂ , PaCO ₂ e pH
Aplicar hidrocolóide, placas de poliuretano e creme barreira nas zonas de pressão	Evitar pressão excessiva sobre a pele, reforçar a proteção das UP's e proteger a pele
Avaliar integridade cutânea	Evitar zonas de pressão/UP's
Manter pele limpa e seca	Evitar zonas de pressão/UP's
Avaliar dor	Evitar dor, caso exista, com medidas não farmacológicas ou farmacológicas
Monitorizar sinais vitais	Manter estabilidade hemodinâmica
Vigiar problemas na comunicação	Comunicação afetada devido à máscara na face e promover outras formas de comunicação
Gerir sinais de stress, agitação e ansiedade	Técnica pode provocar ansiedade, procurar tranquilizar o doente através de medidas não farmacológicas. Usar analgesia ou sedação se necessário.
Promover conforto	Promover ambiente terapêutico e bem-estar
Gerir ambiente	Proporcionar ambiente terapêutico e tranquilo
Executar escuta ativa de emoções e sentimentos de medo	Procurar compreender as sensações e anseios do doente fornecendo apoio emocional
Promover comunicação	Estabelecer formas de comunicação alternativas por esta se encontrar comprometida
Vigiar alimentação e problemas da alimentação	Vigiar tolerância da dieta, evitar vômitos e aspiração de vômito e distensão gástrica
Assistir no posicionamento	Posicionamento comprometido, auxiliar no posicionamento para evitar zonas de pressão e promover conforto
Executar levante para cadeirão	Promover a expansão torácica e a reabilitação pulmonar. Estimular as mobilizações
Vigiar insónias	Manter padrão de sono eficaz

INTERVENÇÕES APÓS VNI	JUSTIFICAÇÃO
Gerir interrupções para higiene e refeições	Efetuar pausas para higiene e refeições o maior tempo possível que o doente suportar, como início do processo de desmame
Auxiliar no desmame ventilatório	Iniciar períodos de ventilação espontânea com oxigénio sem ventilador

Orientar para cinesiterapia respiratória	Promover a capacidade respiratória, controlar os ciclos respiratórios e a expelição de secreções
--	--

Foram parametrizadas intervenções por atitude terapêutica e por fenómenos de enfermagem que se verificam ser importantes para os registos de enfermagem. A inserção das intervenções no processo de enfermagem da plataforma informática realiza-se da seguinte forma:

PROCESSO DE ENFERMAGEM	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1– No layout principal do SClínico, selecionar o doente, selecionar a opção “Prescrições médicas” e de seguida a opção “Atitudes terapêuticas”	Iniciar o processo de enfermagem
2– Carregar no “+” para adicionar	Adicionar atitude terapêutica
3– Selecionar “Ventilação Não Invasiva”	Adicionar atitude terapêutica relativa à Ventilação Não Invasiva
4– Atribuir horário (Sem horário)	Permitir o registo das intervenções
5– Salvar e sair (2 vezes)	Gravar registos efetuados
6– Clicar no “Processo de enfermagem”	Continuar o processo de enfermagem
7– Selecionar “Foco de atenção” em branco e escrever “Ventilação”, carregar “Enter” e selecionar “Ventilação”	Inserir o foco de atenção para acrescentar mais intervenções de enfermagem
8– Selecionar “Ventilação” e “Intervenções”	Possibilitar acrescentar intervenções
9– Selecionar “VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA” nas intervenções	Selecionar a atitude terapêutica para selecionar as intervenções pretendidas
10– Carregar no botão “Intervenções sugeridas”	Abrir as intervenções sugeridas
11– Selecionar as seguintes intervenções: - Avaliar Ventilação; - Monitorizar parâmetros do ventilador; - Otimizar dispositivos respiratórios; - Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios; - Preparar dispositivos; - Preparar ventilador; - Trocar dispositivo respiratório; - Vigiar adaptação ao ventilador; - Vigiar complicações dos dispositivos; Sair	Permitir o registo das intervenções em cada turno

<p>12 – Atribuir o seguinte horário às intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar Ventilação (Sem horário) - Monitorizar parâmetros do ventilador (Sem horário) - Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios (Sem horário) - Preparar ventilador (Agora) - Vigiar adaptação ao ventilador (Sem horário) - Vigiar complicações dos dispositivos (Sem horário) - Otimizar dispositivos respiratórios (Sem horário) - Preparar dispositivos (Agora) - Trocar dispositivo respiratório (SOS) 	<p>Permitir o registo das intervenções em cada turno</p>
<p>13 – Salvar e sair</p>	<p>Gravar registos efetuados</p>

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Levantamento das intervenções no processo de enfermagem	Enfermeiro responsável pelo doente
Registo das intervenções de enfermagem	Enfermeiro responsável pelo doente

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
Registo das Intervenções de enfermagem	Processo clínico	DSTI	Vitalício	Vitalício

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

Edição	Ponto Alterado	Descrição

7. APROVAÇÃO

Edição 01 Data. 20.02.2024 Página 10 de 10	Elaborado Por:	Revisto Por:	Autorizado Por:
--	----------------	--------------	-----------------

ANEXOS

Anexo I - Certificado de presença no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16 horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pe' A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE

João José Santos Fernandes

Anexo II - Certificado de 3º prémio como autor do poster “Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester” no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que **Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis**, participou como **AUTOR** do **PÓSTER "Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester"**, com a atribuição do **3º PRÉMIO**, apresentado no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pela Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

Presidente da Associação Portuguesa de
Enfermeiros

João José Santos Fernandes
João José Santos Fernandes

Anexo III - Certificado de aproveitamento no curso “Suporte Básico de Vida”



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Eduardo Luís Dos Santos Parreira DINIS
21/06/1986

Received the ERC qualification
Basic Life Support (BLS)
Provider
In Portalegre, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
lead instructor



Date last course: 14/04/2023

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-156-325929

Anexo IV - Certificado de aproveitamento no curso “International Trauma Life Support”



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

4/23/2023

course site

Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

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

Continuing Education Hours: 18.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

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

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL80026)

Card Holder's Signature

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

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

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

369123-51505

Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis, RN

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date **4/23/2023** Expiration Date **04/2026**

Course Number **51505**

Course Location

Instituto Politécnico de
Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

Anexo V - Certificado de aproveitamento no curso “Suporte Avançado de Vida”



ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Estabelecer prioridades nos cuidados de SBV entre a aplicação de compressões e a integração do DAE; reconhecer e iniciar o tratamento de imediato nas situações de peri-paragem que possam resultar em paragem cardíaca ou complicar a evolução da reanimação; atuar em situações de bradicardia ou taquicardia; reconhecer uma situação de paragem cardíaca e atuar até ao retorno da circulação espontânea, transferência para o próximo nível de cuidados ou cessação da reanimação; aplicar o algoritmo de SAV, como executante e como líder de equipa; identificar a dor torácica de origem isquémica e aguilizar os cuidados ao utente com síndrome coronário agudo; reconhecer outras situações clínicas potencialmente fatais tais como o AVC e aplicar os cuidados iniciais necessários; demonstrar boa comunicação como membro ou líder de uma equipa de reanimação e reconhecer o impacto da dinâmica da equipa sobre o seu desempenho.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Avaliação inicial de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida	60 min.
// Paragem respiratória	60 min.
// Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa	60 min.
// Conceito de ressuscitação em equipa	60 min.
// Paragem cardíaca (FV/TV sem pulso)	120 min.
// Síndrome coronário agudo	60 min.
// Acidente vascular cerebral	60 min.
// Bradicardia estável e instável	60 min.
// Paragem cardíaca (assistolia e atividade elétrica sem pulso)	120 min.
// Taquicardia estável e instável	60 min.
// Avaliação teórica e de competências	240 min.
Total:	16 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
 Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
 Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
 info@ocean-medical.com | www.ocean-medical.com

OM-045-ZIMAZ1

Anexo VI - Certificado de presença no E-learning essencial: Cough Assist



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Eduardo Luis Dos Santos Parreira Dinis**, com o documento de identificação 13076698, participou em E-Learning Essencial: Cough Assist, em formato assíncrono, com a duração de 2 horas, concluído no dia 9 de Janeiro de 2024, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-859d8260269cb

Anexo VII - Certificado de presença no E-learning essencial – Oxigenoterapia



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Eduardo Luís Dos Santos Parreira Dinis**, com o documento de identificação 13076698, participou em E-Learning Essencial - Oxigenoterapia , em formato assíncrono, com a duração de 3 horas, concluído no dia 15 de Janeiro de 2024, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-65a4fb2f64768

Anexo VIII - Certificado de presença no E-learning essencial – Ventilação Não Invasiva



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) Eduardo Luís Dos Santos Parreira Dinis, com o documento de identificação 13076698, participou em E-Learning Essencial - Ventilação Não Invasiva, em formato assíncrono, com a duração de 4 horas, concluído no dia 19 de Janeiro de 2024, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

Código de certificado: C-85aa3f0a53728

Anexo IX - Certificado de presença no webinar “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe”



Certifica-se que Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis, nascido(a) em 21/06/1986, com o número de identificação civil ****6698, participou no Webinar

// GESTÃO E LIDERANÇA EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CASTÁSTROFE

que decorreu em 29/01/2024, com a duração de 8 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 29 de janeiro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado n° 240222243

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

 **ESTRUTURA CURRICULAR**

PROGRAMA:	Nº MINUTOS
// Sessão de abertura	15 min.
// Liderança na abordagem ao doente crítico no pré-hospitalar	45 min.
// Estratégias de Gestão Intra-hospitalar de recursos nas urgências	45 min.
// Gestão e liderança na abordagem à pessoa em situação crítica	70 min.
// Gestão da pessoa em situação crítica em ações humanitárias	45 min.
// Gestão e liderança em situações de exceção	45 min.
// Resposta Hospitalar à Catástrofe Externa	45 min.
// Gestão da Triagem em contexto de Catástrofe	45 min.
// Liderança nos vários cenários de emergência	45 min.
// Encerramento	40 min.
Total:	8 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
info@ocean-medical.com www.ocean-medical.com

OMA-164-20DEZ23

Anexo X - Certificado de presença no curso “Seminário Online Transporte Aéreo do Doente Crítico – Do Resgate ao Handover”



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos, declara-se que Eduardo Luís dos Santos Parreira Dinis, com o Documento de Identificação nº 13076698, frequentou, no dia 11 de março de 2024, o curso de Seminário Online Transporte Aéreo do Doente Crítico – Do Resgate ao HandOver, em Lisboa.

Porto Salvo, 23 de março de 2024

Pedro Caldeira

Pedro Caldeira
Coordenador Pedagógico

Blue Ocean Medical, Lda.

Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
(+351) 214 140 700 | info@ocean-medical.com | www.ocean-medical.com