



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 com AVC Isquémico submetida a Terapêutica Fibrinolítica

Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues Borges

**Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias
Pedro**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



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



**POLITECNICO
SETUBAL**

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 com AVC
Isquémico Submetida a Terapêutica Fibrinolítica**

Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues Borges

**Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias
Pedro**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Professora Doutora Maria Alice Ruivo

| Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Setúbal

Arguente | Professora Doutora Isabel Maria Tarico Bico

| Professora Adjunta, Universidade de Évora

Orientador | Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

| Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Portalegre

Suplente | Professora Doutora Susana Maria Sobral Mendonça

| Professora Adjunta, Universidade de Évora

“Um vencedor é um sonhador que nunca desiste, a resiliência é um exercício de esforço e de acreditar que somos capazes. O que não me exige superação nunca me fará crescer”

Carla António

DEDICATÓRIA

Escrevo-vos com uma mistura de alívio, gratidão e alegria sabendo que este caminho por mim trilhado só foi possível concluir porque vos tive presentes como parte integrante e tão essencial ao seu sucesso. E, tal como em outras etapas da minha vida, só assim faria sentido. Obrigada por tudo.

A ti mãe...

Obrigado por todo o apoio incondicional, como sempre, em mais este desafio da minha vida. Obrigada por seres mãe e pai e, ainda assim, teres feito de tudo para que nunca me faltasse nada. Obrigada, pelos teus sacrifícios, pela tua ajuda nas mais diversas áreas da minha vida. Obrigada, por acreditares em mim e nunca me deixares desistir. Obrigada, por seres porto de abrigo e aconchego. Colo e casa. Obrigada, e ainda assim, dizer obrigada será sempre pouco!

Ao Tiago, ao Martim e ao Loki:

Obrigado por serem o farol orientador que me guiou no meio das tempestades criadas na minha própria cabeça, no aceleração intrínseco em mim e nas incontáveis procrastinações sempre presentes na minha vida.

Ao meu amor Tiago...

o meu mais grato agradecimento. Obrigada por estares aqui e por fazeres parte da minha vida, hoje e sempre. Obrigada, pelo apoio e por nunca desistires de mim e de dares vida aos meus sonhos!

A ti, minha avozinha...

Obrigado por seres a minha estrela mais brilhante e mais especial, que me orientou e orientará sempre onde quer que esteja. Beijinho, avó. Adoro-te!

A ti meu bebé Lourenço:

que estará para sempre ligado a este Mestrado da forma mais bonita. Soube de ti quando estava no primeiro estágio e ainda que o medo me tenha avassalado o coração, não poderia estar mais certa de que o caminho era por ali. Que mais certezas poderia ter eu quando duas das coisas que mais almejava na vida aconteciam ao mesmo tempo? Contigo soube que nunca mais estaria sozinha, independentemente do trilho que escolhesse percorrer. Contigo provei o medo da falha, os sentimentos de culpa tão inerentes às mães, mas também, a proteção incondicional, o coração fora do peito, o amor que transborda e que não se explica! Ao meu bebé mais lindo que veio transformar o meu mundo. Que foi a força que, por vezes, pensei não ter. A luz que ilumina a minha vida e que lhe deu o brilho que lhe faltava. O meu orgulho, o meu grande amor. O homem da minha vida.

Obrigada a mim, por não desistir mesmo quando as contrariedades apareceram! Quando as noites se confundiram com os dias e o cansaço era devastador. Obrigada a mim, por ter decidido

que queria saber mais, aprender mais, fazer mais e melhor, por mim e para todos aqueles que futuramente conseguirei ajudar. Muito mais do que qualquer matéria que possa ter aprendido, levo desta experiência a certeza de que os sonhos só são impossíveis para quem não arrisca tentar.

Obrigada!

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Paula Sapeta e ao Professor Doutor Adriano Pedro,

Pela orientação pedagógica, paciência e pela disponibilidade manifestada durante este percurso académico.

Aos meus Orientadores e equipa da UCIP e SUMC,

Por todo o conhecimento partilhado, pela disponibilidade incansável, por todos os momentos em que me incentivaram a ser mais e melhor.

Ao Enfermeiro Isidro, e à Enfermeira Ana Mero,

As minhas eternas referências, que me mostraram o quão gratificante é ser enfermeira.

A ti Ana Melo,

O meu eterno agradecimento, por teres acreditado em mim todos os dias, por me incentivares a crescer enquanto enfermeira, por me dares na cabeça, por me ligares mil e uma vez mesmo quando eu nunca atendi o telemóvel. Se estou aqui hoje... é graças a ti. Obrigado

À minha equipa de coração do SU em especial à Sofia,

Obrigado pela paciência, pela compreensão, pelo apoio que mesmo inconscientemente me deram. A ti Sofia, obrigado pelo teu tempo e pela tua disponibilidade.

Às minhas pessoas LUZ (Vocês sabem quem são),

Aquelas que me iluminam e que todos os dias estão lá... obrigado por me por me aturarem sempre.

À minha família,

Sei que posso contar sempre com vocês, Obrigado.

A ti mãe,

Obrigado... simplesmente por estares sempre a meu lado de uma forma incondicional que ninguém consegue perceber.

A ti Tiago,

Por me apoiares e por seres sempre o meu refúgio. Obrigado por seres e principalmente por estares.

A ti Lourenço,

Obrigado pela força que me deste mesmo sem saberes, por seres o meu melhor abraço, o meu melhor conforto e o meu eterno confidencial. E desculpa toda a minha ausência.

**A todos os que passaram e tiveram na minha vida durante este percurso,
a minha eterna GRATIDÃO!**

RESUMO

O presente documento, sob a forma de Relatório de Estágio, representa um elemento fulcral do percurso no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde pertencente ao Instituto Politécnico de Portalegre.

Este documento procura dar resposta ao que emergiu dos estágios, com particular ênfase no processo de desenvolvimento e aquisição de competências, comuns e específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica bem como de Mestre em Enfermagem, sendo o principal objetivo a elaboração de uma análise crítico-reflexiva das mesmas.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório foi uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante a Unidade Curricular intitulada de Estágio Final através do método descritivo, sustentado no modelo teórico para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee e na Metodologia de Trabalho de Projeto com as etapas de diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação de resultados, na forma de uma *Scooping Review*. A metodologia utilizada tem como objetivo fundamental a prática baseada em evidência e consequentemente a melhoria contínua da qualidade e da segurança do doente.

O estágio foi desenvolvido em dois contextos clínicos distintos, centrados na assistência à Pessoa em Situação Crítica: uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e um Serviço de Urgência Polivalente. Neste contexto, fui incentivada a desenvolver um projeto de intervenção profissional numa área do conhecimento em específico e que fosse do meu interesse. Desta forma, foi delineado e consolidado um projeto de intervenção profissional com a temática: “Intervenções de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico submetidas a terapêutica fibrinolítica.

O desenvolvimento de competências é um processo revestido de grande dinamismo e marcado pela continuidade, no qual importa reunir as oportunidades de aprendizagem que, neste caso, os estágios me proporcionam, e é essencial para a prestação de uma prática clínica eficaz, de excelência, segura e de qualidade, de forma a garantir o melhor atendimento possível à pessoa, de acordo com aquelas que são as suas necessidades. Assim sendo, este relatório permitiu a realização de um exercício crítico-reflexivo sobre os contributos dos fatos vivenciados, para efeitos do desenvolvimento e aquisição de competências.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidado à Pessoa em Situação Crítica; Competências clínicas; AVC Isquémico; Fibrinólise.

ABSTRACT

This document, in the form of an Internship Report, represents a key element in the course of the 7th Master's Degree in Nursing in Association, in the specialization area of Medical-Surgical Nursing: The Critically Person, at the Escola Superior de Saúde belonging to the Instituto Politécnico de Portalegre.

This document seeks to respond to what emerged from the internships, with particular emphasis on the process of development and acquisition of competences, both common and specific, of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: Person in a Critical Situation, as well as the Master in Nursing, with the main objective being the elaboration of a critical-reflective analysis of them.

The methodology used to carry out this report was a critical-reflective analysis of the activities carried out during the Curricular Unit entitled Final Internship through the descriptive method, based on the theoretical model for Changing Evidence-Based Practice by June H. Larrabee and the Project Work Methodology with the stages of situation diagnosis, planning, execution, evaluation of results, in the form of a Scooping Review. The fundamental objective of the methodology used is evidence-based practice and, consequently, the continuous improvement of quality and patient safety.

The internship was carried out in two different clinical contexts focused on the care of critically ill patients: a multipurpose intensive care unit and a multipurpose emergency department. In this context, I was encouraged to develop a professional intervention project in a specific area of knowledge that was of interest to me. In this way, a professional intervention project was outlined and consolidated with the theme: "Nursing Interventions for People with Ischemic Stroke undergoing fibrinolytic therapy.

The development of skills is a highly dynamic process marked by continuity, in which it is important to bring together the learning opportunities that, in this case, internships provide me with, and it is essential for providing effective, excellent, safe and quality clinical practice, in order to guarantee the best possible care for the person, in accordance with their needs. As such, this report has made it possible to carry out a critical-reflective exercise on the contributions of the events experienced, for the purposes of developing and acquiring skills.

Keyword: Medical-Surgical Nursing; Care of the Critically Person; Clinical Skills; Ischemic Stroke; Fibrinolysis.

ABREVIATURAS

°C - celcius

dl - decilitro

et al. – e outros

g – grama

kg – quilograma

l – litro

mg - miligrama

ml – mililitro

mmHg - milímetros de mercúrio

n.º – número

p. – página

pp. – páginas

s.p. – sem página

TT – temperatura timpânica

LISTA DE SIGLAS E ACRÓMIOS

ACM – Artéria Cerebral Média
AHA – *American Heart Association*
AIT – Acidentes Isquémico Transitório
Angio TC – Tomografia Computorizada angiográfica
APA - *American Psychological Association*
AR - Assembleia da República
ASA – *American Stroke Association*
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD's – Atividades de Vida Diárias
ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil
BIS - Índice Bispectral
BMC – Balcão Médico-Cirúrgico
BPS - *Behavioral Pain Scale*
CDE – Código Deontológico de Enfermagem
CE – Competências de Enfermagem
CIPE - Classificação Internacional da Prática Enfermagem
COVID - *Coronavirus Disease 2019*
CMEPCOS - Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil e Operações de Socorro
CRP – Constituição da República Portuguesa
CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
CVC - Cateter Venoso Central
CVP – Cateter Venoso Periférico
DGS - Direção Geral Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DR – Diário da República
ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*
ECG - Eletrocardiograma
EE - Enfermeiro Especialista
EEEMC – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEMI - Equipa de Emergência Médica Interna
EF - Estágio Final
EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC - PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica
ERS – Entidade Reguladora de Saúde

ESO – *European Stroke Organization*

EV - Endovenoso

FA – Fibrilhação Auricular

FC – Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

GC – Glicémia Capilar

GCL - PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

GCS – Escala de Coma de *Glasgow*

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – *International Council of Nurses*

ICNS - Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

INR – *International Normalized Ratio*

IPMA – Instituto Português do Mar e da Atmosfera

ISBAR - *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)

ITLS – *International Trauma Life Support*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

JCI – *Joint Commission International*

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

mRS – Escala de *Rankin* Modificada

MRSA - *Staphylococcus Aureus* resistente à metilina

MS - Ministério da Saúde

MMPBE - Modelo de Mudança da Prática Baseada em Evidências

NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

OE - Ordem dos Enfermeiros

OAFCN – Oxigenoterapia de Alto Fluxo por Canula Nasal

OM – Ordem dos Médicos

ORL - Otorrinolaringologista

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PBE - Prática Baseada Evidência

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PE - Projeto de Estágio
PIP - Projeto de Intervenção Profissional
PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cerebro-CardioVasculares
PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PSC - Pessoa em Situação Crítica
RAM - Resistência aos antimicrobianos
RE - Relatório de Estágio
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RMN – Ressonância Magnética
rtPA – Ativador do Plasminogénio Tissular Recombinante
SAFE – Stroke Alliance For Europe
SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SIV – Suporte Imediato de Vida
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SMPC - Serviço Municipal de Proteção Civil
SNS - Sistema Nacional Saúde
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
STPM – Sistema de Triagem de Prioridade de *Manchester*
SU - Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básica
SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
SV – Sinais Vitais
TA – Tensão Arterial
TC – Tomografia Computorizada
TCE – Traumatismo Crânio encefálico
TPC – Tempo de Preenchimento Capilar
TT – Temperatura Timpânica
UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral
UC - Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UH - Unidade Hospitalar

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

VA – Via Aérea

VMER -Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
1. CARATERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTOS CLÍNICO(S)	24
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA	24
1.1.1. Recursos Físicos e Materiais	27
1.1.2. Recursos Humanos	28
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	30
1.2.1. Recursos Físicos e Materiais	32
1.2.2. Recursos Humanos	34
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	37
2.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA – MODELO TEÓRICO DE JUNE H. LARRABEE	38
2.2. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE	42
2.3. AVC	44
2.3.1. Via Verde AVC	46
2.3.2. Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	48
2.3.3. Trombólise Endovenosa	49
2.3.4. Trombectomia Mecânica	52
2.3.5. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico de acordo com as <i>guidelines</i> recomendadas	53
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	57
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	58
3.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	64
3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	66
3.4. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	80
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	83
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	85

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	98
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes quanto às suas habilitações académicas ...	60
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto às suas habilitações académicas ...	60
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto à sua área de especialização	61
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes quando ao tempo de experiência profissional	61
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes quanto ao tempo de experiência profissional na UCIP	61
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes quanto ao conhecimento de existência de normas/procedimentos	62
Gráfico 7 – Distribuição dos participantes quanto ao conhecimento quanto à atualização das normas/procedimentos	62
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes quanto à importância atribuída ao papel do enfermeiro nesta área	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema revisado do Modelo de Mudança para a PBE	39
Figura 2 – Diagrama PRISMA <i>Flow Diagram</i> da <i>Scoping Review</i>	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Abordagem ABCDE	53
Tabela 2 – Tabela de análise SWOT	64
Tabela 3 – Planeamento dos Objetivos específicos 1 e 2 do PIP	67
Tabela 4 – Planeamento dos Objetivos específicos 3, 4 e 5 do PIP	72
Tabela 5 – Planeamento dos Objetivos específico 6 do PIP	74
Tabela 6 – Avaliação da sessão de formação realizada pelos formandos	77
Tabela 7 – Planeamento do objetivo específico 7 do PIP	78

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Questionário aplicado à equipa de enfermagem	128
Apêndice II – Consentimento informado	132
Apêndice III – Cronograma	134
Apêndice IV – Parecer ao pedido de autorização para a realização do PIP	136
Apêndice V – Consentimento Ético	140
Apêndice VI – Resumo da <i>Scoping Review</i>	143
Apêndice VII – Procedimento de Atuação sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetidas a administração de terapêutica fibrinolítica	145
Apêndice VIII – Instrumento de Registo de enfermagem relacionado com o procedimento de atuação	156
Apêndice IX – Plano da sessão de formação	158
Apêndice X – Questionário de Avaliação da formação e do formador	160
Apêndice XI – Grelha de Auditoria	164
Apêndice XII – Escala de <i>Glasgow</i>	166
Apêndice XIII – Escala de NIHSS	168
Apêndice XIV – Escala de <i>Rankin</i> modificada	170
Apêndice XV – Guia orientador para administração de terapêutica fibrinolítica (r-tPA)	172
Apêndice XVI – <i>Check -list</i> para a administração de terapêutica fibrinolítica	176
Apêndice XVII - <i>Escala de Barthel</i>	178

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Certificado de concretização do curso “ <i>Advanced Life Support</i> ”	181
Anexo II – Certificado de concretização do curso “ <i>International Trauma Life Support</i> ”	183
Anexo III – Certificado de formação em serviço – “Prevenção de infeção do local cirúrgico em contexto de urgência – cuidados pré-operatórios”	185
Anexo IV – Certificado de formação em serviço – “Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos”	187
Anexo V – Declaração de Participação – “Controlo de infeção para enfermeiros”	189
Anexo VI – Declaração de Participação – “Integração de Conhecimentos sobre Supervisão Clínica”	191
Anexo VII – Certificado de Frequência de Formação Profissional – “Via Verde Coronária”	193
Anexo VIII – Certificado de Frequência de Formação Profissional – “Via Verde AVC”	195
Anexo IX – Certificado de Frequência de Formação Profissional – “Via Verde Sépsis”	197
Anexo X – Certificado de Frequência de Formação Profissional – “Via Verde Trauma”	199
Anexo XI – Certificado de Frequência no <i>Webinar</i> – “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe”	201
Anexo XII - Certificado de Formação em Serviço - “Transporte da pessoa em situação crítica – inter e intrahospitalar”	203

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge com o culminar de um percurso de desenvolvimento de competências inserido na Unidade Curricular (UC) “Estágio Final” (EF) integrado no plano de estudos do 2º ano do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica (EMC - PSC), que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre no ano letivo de 2023/2024.

Considerado por Alarcão *et al.* (2005), os estágios “são entendidos como momentos de observação e intervenção em contexto de serviços de saúde e afins, onde o principal objetivo é desenvolver capacidades, atitudes e competências” (p. 376). A aquisição e consolidação de conhecimentos através de uma prática de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, permitiu-me o desenvolvimento e a aquisição de novas competências, tanto a nível pessoal, como profissional bem como na minha formação enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), tornando-se imperativo que neste ambiente educativo e em interação com situações reais, me fosse fornecido o contato com a prática, permitindo-me assim o desenvolvimento de atividades formativas, processos de autorregulação e espírito crítico e que integre, mobilize, aplique e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico.

Assim sendo, o principal objetivo deste relatório é demonstrar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências, com a articulação entre a investigação, a aprendizagem e a resposta às necessidades em situações críticas da população através de uma análise crítico-reflexiva, com o intuito de posterior atribuição do título profissional de Enfermeira Especialista (EE) e consequentemente a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

No percurso de desenvolvimento das competências foram realizados dois estágios de natureza profissional, tal como descrito no plano de estudos do curso em vigor no Instituto Politécnico de Portalegre e no plano de estudos do Instituto Politécnico de Setúbal, visto o primeiro estágio estar inserido no plano de estudos do 6º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, que decorreu no Instituto Politécnico de Setúbal no ano letivo de 2021/2022. Os estágios decorreram em duas áreas de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC): Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), que foi realizado num hospital a sul do país, com um total de 388 horas, com início a 11 de Setembro de 2023 tendo o seu término a 26 de janeiro de 2024. Este estágio foi desenvolvido sob a supervisão clínica de uma EEEMC-PSC e sob a supervisão pedagógica do Professor Doutor Adriano Pedro, e outro estágio num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) num hospital a sul do país, num total de 144 horas com início a 16 de maio de 2022 e o término a 27 de junho de 2022, que decorreu sob a supervisão clínica de

um EEEMC - PSC e sob a supervisão pedagógica da Professora Doutora Ana Paula Sapeta, visando assim um ensino personalizado.

Com a ambição de enriquecer o EF e promover a aquisição e desenvolvimento de competências, foram ainda realizados estágios de observação, no Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil (CMEPC) e na Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos antimicrobianos (UL-PPCIRA).

Durante a realização do EF, a par com o desenvolvimento de competências, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), com foco à PSC, corroborado metodologicamente e teoricamente, tendo sido o principal enfoque “As intervenções de Enfermagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico submetido a administração de Terapêutica Fibrinolítica”, tendo este como principal objetivo garantir a segurança da pessoa com AVC Isquémico submetida a administração de terapêutica fibrinolítica, bem como o desenvolvimento de um artigo científico, que se encontra associado ao PIP. Este projeto foi desenvolvido alicerçado à Metodologia de Projeto e fundamentado pelo Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências (MMPBE) desenvolvido por June Larrabee.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023), o AVC é a segunda principal causa de morte no mundo, responsável por cerca de 11% dos óbitos. Em contrapartida, dados facultados pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2021), revelam que o AVC é a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal. A identificação precoce dos sintomas do AVC e a chegada atempada a uma unidade hospitalar especializada permite a realização de tratamento que apenas é adequado nas primeiras horas, permitindo assim a diminuição de 30% a 50% da probabilidade da morte ou incapacidade grave. Em 2019, dos 20.887 doentes internados em hospital com o diagnóstico de AVC isquémico, há registo de 2.467 terem sido submetidos a tratamento com medicamentos trombolíticos, o que revela de acordo com dados da DGS (2021), que estes números estão de acordo com objetivos Europeus. De acordo com a DGS, os números estão em linha com os objetivos do Plano de Ação para o AVC na Europa até 2030. Perante estes dados, as intervenções de enfermagem são preponderantes para a prevenção de complicações e realização de um tratamento apropriado, com o intuito de garantir a segurança do doente. A elaboração deste relatório teve como objetivo geral:

- Descrever as estratégias e atividades desenvolvidas no decorrer do EF, bem como a sua contribuição para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas conducentes ao título de EE em EMC - PSC e de Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos foram estabelecidos os seguintes:

- Caracterizar o(s) contexto(s) clínico (s) onde decorreu o EF;
- Descrever de forma pormenorizada o PIP desenvolvido, nas suas diferentes etapas;
- Desenvolver conhecimentos sobre uma teoria de enfermagem;

- Realizar uma conceptualização teórica sobre a temática do AVC;
- Analisar de forma crítica e através de uma reflexão detalhada o processo de desenvolvimento e aquisição das competências.

O presente relatório encontra-se organizado em 3 partes: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão. O desenvolvimento, por sua vez, compreende três capítulos. O primeiro capítulo apresenta os contextos clínicos onde decorreram os estágios desenvolvidos, no qual é realizada uma sucinta caracterização dos mesmos no que se refere à sua estrutura, recursos físicos, materiais e humanos. O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento teórico e conceptual que foi orientado e sustentado por uma pesquisa em bases de dados científicas com o intuito de justificar e fundamentar a temática abordada articulando a mesma com um modelo teórico de enfermagem já referenciado, bem como os conceitos de qualidade em saúde e segurança do doente. No terceiro capítulo é descrito o PIP baseado na metodologia de projeto segundo as suas etapas de desenvolvimento.

A terminar a segunda parte do relatório surge a reflexão sobre o desenvolvimento de competências. Neste capítulo descreve-se uma compilação das diversas oportunidades vivenciadas, onde pretendo retratar as aprendizagens obtidas, durante todo o percurso formativo, que permitiram o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade não só à PSC bem como à sua família. Será também realizada uma análise crítico - reflexiva do percurso realizado, orientada pelos objetivos delineados. Por fim, será efetuada uma síntese final, onde se sumariza o desenvolvimento profissional, à luz das competências de Enfermagem à PSC, através da descrição das considerações finais sobre o percurso realizado, as dificuldades sentidas e as perspetivas para o futuro profissional.

Este trabalho foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e foi elaborado segundo as normas para citação e referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, bem como as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

1. CARATERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Os cuidados de saúde e consequentemente, os cuidados de Enfermagem apresentam-se cada vez mais com uma maior importância, exigência técnica e científica, pelo que a diferenciação e especialização destes assume uma realidade que abrange a sua generalidade, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento nº 140/2019.

Com o intuito de promover cuidados de qualidade e excelência, a aquisição de competências especializadas visa expandir o leque de conhecimentos, capacidades e habilidades do formando, de forma a serem mobilizados nos diferentes contextos da prática clínica, alicerçados às melhores evidências disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Segundo Serrano *et al.*, 2011, o EE deve ser um profissional com capacidade de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, atuando como um elemento de referência para a equipa multidisciplinar e agente de mudança nos contextos que exigem cada vez mais o desenvolvimento de competências diferenciadas.

O enquadramento dos contextos de estágio tem como objetivo descrever os campos de estágio e compreender as competências desenvolvidas principalmente as que estão diretamente relacionadas com as oportunidades vivenciadas. Desta forma e com o intuito de desenvolver e adquirir competências comuns e específicas no âmbito de EMC na área de especialização à PSC e obter o grau de Mestre, foram realizados dois estágios de natureza profissional direcionados para o cuidar da PSC, conforme delineado no plano de estudos e segundo orientações da OE.

O estágio foi realizado em dois momentos distintos pelo agregado de duas Unidades Curriculares – Estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica e pelo Estágio Final, em dois contextos diferentes, que serão apresentados posteriormente.

No presente capítulo será descrito e apresentado a caracterização das instituições e dos serviços onde foram desenvolvidos os estágios bem como os recursos físicos, humanos e materiais.

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA

Considerado como um serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e com multiprofissionais, os Serviços de Urgência (SU) têm como objetivo a receção, o diagnóstico e o tratamento de todas as situações urgentes e emergências médicas, que requerem uma intervenção imediata em contexto hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Corroborado pelo relatório da Comissão de Reavaliação da

Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNEU), no que diz respeito à atividade assistencial, urgência foi definido como um processo que exige uma intervenção de avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo (curativa ou paliativa) e emergência foi definido como um processo para a qual existe um risco de perda de vida ou de funções orgânicas, padecendo de uma intervenção num curto espaço de tempo, sendo que, é considerada uma situação crítica se esta não for rapidamente reversível e posteriormente necessitar de Suporte Avançado de Vida (SAV) e de suporte de órgãos. Perante as definições supracitadas todos as pessoas com situações clínicas enquadráveis no referido, requerem uma referenciação hospitalar para uma unidade com uma diferenciação adequada para ser realizada uma abordagem adequada, sob o ponto de vista técnico e científico (Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência e Emergência, 2001). Neste seguimento, o Despacho n.º 10319/2014 do Diário da República (DR) de 11 agosto considera três tipologias de serviços de urgências de acordo com a sua capacidade de resposta e recursos disponíveis, nomeadamente:

- a) Serviço de Urgência Básico (SUB): é caracterizado como o primeiro nível de acolhimento nas situações de urgência e, constituem um nível de abordagem e resolução de cariz médico mais simples;
- b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC): representa o segundo nível de acolhimento em situações de urgência e, ao contrário do SUB, este nível de resposta dispõe de uma equipa multidisciplinar, com valências médicas obrigatórias, bem como de equipamento mínimo. Apresenta, ainda, apoio de valências médicas obrigatórias bem como a existência de um serviço de medicina intensiva polivalente;
- c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP): é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, para além dos recursos referentes ao SUMC e ao SUP deve ainda dar resposta específica nas seguintes valências: Neurocirurgia; Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética (RMN); Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia; Pneumologia (com endoscopia);Gastrenterologia (com endoscopia); Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva.

No que se refere especificamente ao contexto do estágio, este foi realizado no SUP localizado num hospital da região do Sul onde a sua missão assume uma responsabilidade direta na prestação de cuidados de saúde diferenciados através do desenvolvimento de um importante trabalho na área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando ainda através de vários protocolos com universidades e cursos nas áreas médicas, de enfermagem e das ciências da saúde. É considerada como uma unidade de excelência no sistema de saúde, e a sua visão recai na competência, no saber e na experiência, dotado dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, com o intuito de garantir a equidade e universalidade do acesso e de

assistência permitindo assim um aumento da satisfação dos doentes e dos profissionais.

O SU enquanto serviço de saúde que presta cuidados a indivíduos com alteração de início súbito ou agravamento do estado de saúde num curto espaço de tempo, suporta um elevado fluxo de admissões, com uma grande diversidade de casos clínicos, integrando um ambiente extremamente enriquecedor para o desenvolvimento e aquisição de competências. O facto de já exercer funções num SUMC de outra unidade hospitalar, levou à escolha do local para a realização do estágio que recaiu por uma SUP para poder experienciar outro contexto hospitalar, para me permitir conhecer novas metodologias de trabalho, desenvolver, aprofundar e consolidar conhecimentos e capacidades nas várias vertentes do cuidado ao doente crítico, bem como, desenvolver a minha capacidade de juízo crítico-reflexivo.

Um dos estágios objeto deste relatório decorreu num SUP, tal como já referido. Esta tipologia representa o nível mais diferenciado de cuidados nas situações de urgência e emergência, garantindo a oferta contínua e diferenciada de cuidados de saúde a toda a população da sua área de influência, vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano (Despacho n.º 10319/2014 do DR). Este é composto por uma vasta abrangência de especialidades, desde o pré-hospitalar à UCI. O serviço em questão dispõe das valências médicas e cirúrgicas, mas no que diz respeito às valências de cirurgia cardiotorácica, maxilo-facial, cirurgia vascular e unidade de queimados, requer de colaboração e articulação com hospitais centrais de referência (Despacho n.º 10319/2014 do DR).

Relativamente às valências existentes neste SUP, dispõe de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Ortopedia, Anestesiologia, Bloco Operatório, Gastroenterologia, Cardiologia, Neurocirurgia, Nefrologia, Medicina Intensiva, Imangiologia, Patologia Clínica e apoio por parte dos serviços de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (ORL) e Urologia (Despacho n.º 10319/2014 do Diário da República). Como referido, o SU onde decorreu o estágio corresponde ao nível de SUP e está localizado num hospital no Sul de Portugal, que serve de unidade de cuidados de referência a outros hospitais da unidade territorial. Nos termos do Regulamento Interno da instituição de saúde, é uma unidade de excelência no sistema de saúde, com competências, saber e experiência, dotada dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, vocacionada para a garantia da equidade e universalidade do acesso e de assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais.

Em concordância com o Despacho n.º 10319/2014 do Diário da República, este serviço é também dotado de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), em gestão integrada, que apresenta como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde para estabilização e acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita,

em situações de emergência (Paiva *et al.*, 2012). A equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro com formação específica em Emergência Médica, nomeadamente em SAV e SAV de Trauma, e treinado em todas as situações de emergência pré-hospitalar.

1.1.1. Recursos Físicos e Materiais

De acordo com Paiva *et al.* (2012), o SU deve incluir, necessariamente, determinadas áreas na sua constituição, tais como: admissão e registo; triagem de prioridades; sala de espera; sala de avaliação clínica; sala de emergência (SE); sala de ortotraumatologia; sala de curta permanência/observação; sala de informação e comunicação com familiares e áreas não assistenciais.

O SUP em descrição cumpre os requisitos mencionados anteriormente, uma vez que se encontra constituído pelas seguintes áreas funcionais:

- Área administrativa: localizada à entrada do SU, esta é responsável pela realização dos procedimentos necessários à admissão dos doentes e respetivos acompanhantes (se presente), bem como os processos administrativos relacionados com as altas e internamentos. Esta área é integrada pelo posto de atendimento, secretariado, gabinete da Enfermeira Chefe, gabinete do Diretor Clínico, sala de reuniões/pausa e o núcleo de transporte;

- Área de apoio: é constituída pela copa, armazém clínico, sala de despejos, casas de banho para doentes e profissionais de saúde, sala de arrumos de espólios, sala técnica e salas de espera de amarelos/laranjas e verdes/azuis;

- Área de Triagem: é composta por dois postos distintos onde são realizadas as triagens dos doentes através do Sistema de Triagem de Prioridades de *Manchester* (STM). Após a admissão, o doente, acompanhado ou não de acordo com a sua condição clínica, passa por esta área onde é efetuada uma avaliação inicial por um enfermeiro(a). Esta avaliação é baseada num protocolo referencial específico - a Triagem de *Manchester*, que permite a estratificação das situações clínicas em termos de prioridade de atendimento, de acordo com a sua urgência, traduzida numa cor que estabelece o tempo alvo previsto de atendimento, até à primeira observação médica (Direção Geral da Saúde, 2018);

- Sala de Emergência/Reanimação: sala de prestação de cuidados complexos, constituída por duas boxes principais e uma box para vigilância e monitorização contínua de doentes em observação, e uma antecâmara de apoio para transferências e observação inicial dos doentes;

- Balcão de Atendimento Médico: local constituído por seis divisões para observação dos doentes por parte da equipa médica;

- Balcão Médico-Cirúrgico 1 (BMC 1): é o local de prestação de cuidados de doentes autónomos, que podem ficar sentados e eventualmente deitados por necessidade e conforto;
- Área de Decisão Clínica: engloba o Balcão Médico-Cirúrgico 2 (BMC 2), a Unidade de Observação (OBS) e o Internamento Geral (SO): neste local permanecem os doentes deitados que recorreram ao SU, os doentes em observação e monitorização contínua e os doentes internados pelas especialidades médicas e cirúrgicas por ausência de vagas nos internamentos;
- Sala de Pequena Cirurgia: esta é composta por duas salas distintas para a prestação de cuidados a doentes com patologia cirúrgica;
- Sala de Otorrinolaringologia (ORL) e Oftalmologia: direcionada para a observação de doentes com patologia carente de observação da especialidade de ORL e Oftalmologia;
- Sala de Ortopedia: sala para a prestação de cuidados a doentes com patologias ortotraumatológica. Com a situação pandémica houve a necessidade e exigência de uma mudança na área de prestação de cuidados, tendo sido necessário a criação de postos de trabalho *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Vírus 2 (SARS-CoV-2)*, esta área foi criada e localizada no exterior da instituição à entrada do SU. Este é composto por:
- Área de Triage da Área de Doentes Respiratórios: local onde é realizada a triagem dos doentes com sintomatologia respiratória (febre, tosse e/ou dispneia) através do Sistema de Triage de Prioridades de *Manchester*;
- Área de Doentes Respiratórios/Contentor de Decisão Clínica 2: contentor com dez boxes onde permanecem os doentes suspeitos e confirmados para o SARS-CoV-2 para observação médica, vigilância, tratamento e a aguardar internamento, em que uma das boxes é intitulada também com SE, no entanto, direcionada a doentes que se encontrem em isolamento.

1.1.2. Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos, este SU é constituído por diferentes profissionais de saúde com funções diversificadas, constituindo, assim, uma equipa multidisciplinar que interage de forma a proporcionar qualidade nos cuidados aos doentes. A equipa é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e assistentes técnicos, tendo apoio de profissionais de outros serviços, nomeadamente: serviço social, farmacêuticos, laboratório, imagiologia e logística, cuja atividade complementa a assistência ao doente. A equipa de Enfermagem compreende um total de 87 enfermeiros dos quais 16 apresentam formação

pós-graduada nas áreas de Especialidade de Enfermagem: 4 na área da Médico-Cirúrgica PSC, 3 em Reabilitação, 3 na área de Saúde Mental e Psiquiátrica e 6 em Enfermagem Comunitária. Desta forma, pode-se verificar que os rácios de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica estipulados pela OE (2019a), está aquém do preconizado.

Os enfermeiros encontram-se distribuídos por 5 equipas, cada uma com 12 a 13 elementos, chefiadas por um enfermeiro chefe de equipa com o título de enfermeiro especialista e na sua ausência existe um elemento selecionado pelo anterior para a substituição na sua ausência. Existem 10 enfermeiros com horário flexível e 10 enfermeiros ausentes por motivos de gravidez, puerpério, doença ou baixa médica. O regime de trabalho neste serviço funciona por turnos rotativos de 8 horas: manhã (08h00-15h30), tarde (15h30-16h00) e noite (23h30-08h30) ou de 12 horas: manhã (8h00-20h00) e noite (19h30-8h30) e a distribuição dos enfermeiros difere consoante os turnos. Os turnos da manhã e da tarde são assegurados por 15 enfermeiros alocados pelos diferentes postos de trabalho. A distribuição da equipa de enfermagem do turno é habitualmente realizada da seguinte forma:

Chefe de equipa de enfermagem: 1 enfermeiro;

Área de Triagem – 1 enfermeiro, e um 2º enfermeiro está destacado, mas apenas exerce quando o tempo de triagem é >20min e há necessidade de abrir uma nova área;

Sala de Emergência/Reanimação: 1 enfermeiro para o posto de emergência/reanimação/diretos e 1 enfermeiro para as Vias Verdes e Antecâmara (área de apoio e monitorização/vigilância de doentes);

BMC 1: 2 enfermeiros;

Área de Decisão Clínica:

BMC 2: 1 enfermeiro;

OBS: 1 enfermeiro; o SO: 1 ou 2 enfermeiros (dependente do número de doentes internados);

Sala de Pequena Cirurgia: 1 enfermeiro;

Sala de Ortopedia, ORL e Oftalmologia: 1 enfermeiro;

Triagem da ADR: 1 enfermeiro;

Contentor DC 2: 1 enfermeiro.

A metodologia de trabalho dos cuidados de enfermagem preconizada é o método individual de trabalho, que se caracteriza pela distribuição de doentes por cada enfermeiro, sendo da responsabilidade do mesmo a prestação total de cuidados a cada um dos doentes. No entanto este método aplica-se apenas quando se trata de doentes que se encontram internados no serviço de urgência (internamento geral), que aguardam vaga no serviço destinatário. Devido à elevada quantidade de doentes, os enfermeiros redistribuem-se consoante a necessidade e, o

método de trabalho utilizado é o funcional ou à tarefa, sendo este caracterizado pela realização de tarefas. Os registos de enfermagem dos doentes que se encontram em contexto de urgência são realizados através do programa informático ALERT® e os dos doentes que se encontram internados no serviço de urgência em contexto de internamento geral a aguardar vaga no serviço de destino são realizados na plataforma informática SClinico®, sendo que a linguagem utilizada corresponde à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A enfermagem em cuidados intensivos é vista como uma área complexa e difícil sendo considerada um dos campos fundamentais da enfermagem e em simultâneo um desafio constante para os profissionais de saúde que exercem funções nestas unidades. Os serviços de Medicina Intensiva, também denominada de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) destinam-se à vigilância e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais. É uma área de atuação altamente especializada alicerçada a uma equipa multidisciplinar com competências para o cuidar da pessoa em situação crítica de forma ininterrupta. Corroborado pelo Ministério da Saúde (MS) (MS, 2013), as UCI são unidades hospitalares onde se concentram os meios técnicos e humanos necessários à monitorização e tratamento de doentes com falência de órgão eminente ou presente, potencialmente reversível. Em concordância Penedo *et al.* (2013) define a Medicina Intensiva como uma área diferenciada das ciências médicas, multiprofissional e multidisciplinar, que tem como objetivo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de pessoas em condições fisiopatológicas que ameaçam a vida ou que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, potencialmente reversíveis de forma a que seja possível criar condições para tratar a doença subjacente e, dessa forma, proporcionar oportunidade para uma vida futura com qualidade. Considerado como um dos pilares fundamentais para avaliar e cuidar a pessoa em situação crítica, os serviços de medicina intensiva assumem-se como um local qualificado para a prestação de cuidados integrais à pessoa com falência multiorgânica, onde a exigência nos recursos humanos e materiais especializados permitem uma monitorização e suporte contínuo das funções vitais com o intuito de prevenir e detetar complicações (Despins *et al.*, 2019). As UCI podem ser categorizadas em três níveis de acordo com o nível de complexidade de cuidados prestados, ou seja, podem ser de nível:

Nível I: visam a monitorização, com técnicas normalmente não invasiva ou minimamente invasiva, de doentes com risco de desenvolver disfunção/falência de órgãos, em vigilância pós-operatória ou com necessidade de monitorização contínua das funções vitais, com a

capacidade de assegurarem as manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior (II e III) (Penedo *et al.*, 2013; Ponce, 2015);

Nível II: apresentam capacidade de monitorização invasiva, suporte farmacológico e de funções vitais, pelo que admitem doentes para monitorização rigorosa ou com falência de apenas um órgão. Contudo, podem não proporcionar (de modo ocasional ou permanente) acesso a meios de diagnóstico e com especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que deve ser garantida a sua articulação com as unidades de nível superior (III) (Penedo *et al.*, 2013; Ponce, 2015);

Nível III / SMI / UCI: constituídos por quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem) e assistência médica qualificada, por intensivista, nas 24 horas. Apresentam a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessário, admitindo doentes com falência múltipla de órgãos, com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência respiratória ou substituição da função renal (Penedo *et al.*, 2013; Ponce, 2015).

O estágio foi realizado num hospital a sul do país, numa UCIP. A escolha do local para a concretização deste estágio recai pela proximidade da área de residência, pela aquisição de conhecimentos e pela necessidade de desenvolvimento e aquisição de competências em contexto de uma UCI. Esta unidade é uma UCI de nível III com admissão apenas de adultos, diferenciada e multidisciplinar, com foco na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doentes em condições fisiopatológicas potencialmente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções. É uma UCIP especializada e complexa, de acordo com os cuidados prestados neste serviço, pois admitem doentes com maior gravidade, submetidos a ventilação invasiva e não invasiva, doentes traqueostomizados, diferentes modalidades de monitorização invasiva, suporte hemodinâmico, técnicas de substituição renal contínua e admite doentes de diversas áreas.

A sua missão primordial, de acordo com o seu "Manual descritivo", assenta na atuação com qualidade, eficiência e sustentabilidade na prestação de cuidados de saúde diferenciados com o intuito de melhorar o estado de saúde e o bem-estar dos seus doentes. E tem como valores e princípios: prezar e assegurar a segurança do doente em todos os momentos; valorizar a ética em todas as relações profissionais internas e externas; prezar e reconhecer a honestidade, profissionalismo e as capacidades individuais dos seus recursos humanos; recrutamento e seleção onde são valorizados a qualificação e o potencial dos colaboradores; acolhimento e integração através de programas que permitam aos novos colaboradores uma adaptação e assimilação rápidas da cultura da organização; formação profissional agilizada através do levantamento sistemático das necessidades de formação dos colaboradores, de modo a antecipar as mudanças que o meio venha a impor, bem como a melhorar o seu desempenho

técnico-profissional; higiene, saúde e segurança no trabalho promotoras da prevenção de riscos profissionais que asseguram a proteção da saúde física e mental de todos os colaboradores que prestam cuidados no hospital, proporcionando igualmente o bem-estar no trabalho; igualdade de oportunidade e de tratamento a todos os indivíduos que sejam ou pretendam vir a ser colaboradores, independentemente do seu sexo, opção sexual, raça, cor, preferências religiosas, políticas, ou outras de acordo com a legislação em vigor; consciência ambiental acerca do impacto ambiental que a empresa provoca e da responsabilidade na gestão das questões ambientais, através da implementação do conceito de ecoeficiência, como forma de obter sustentabilidade geracional, quer ambiental, quer empresarial.

Os critérios de admissão neste serviço baseiam-se em qualquer tipo de patologia potencialmente recuperável e caracterizada por um risco potencial ou presente de instabilidade de um sistema fisiológico importante e as patologias presentes admitidas neste contexto são diversificadas: politraumatizados, patologia respiratória (insuficiência respiratória, independentemente da causa), patologia cardíaca, disfunção multiorgânica (choque) e pós-operatórios de cirurgias complexas.

1.2.1. Recursos Físicos e Materiais

A Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Intensiva (2020), refere que os SMI devem ser dotadas de determinadas áreas específicas, como: enfermaria com os recursos e logística necessários, incluindo quartos de isolamento com possibilidade de pressões negativas e positivas; áreas de apoio, como secretariado, sala de notícias/informação, sala de espera de familiares e visitas, sala de reuniões, áreas de apoio aos profissionais (vestiários, quarto médico, sala de descanso, copa), área de armazenamento de material e equipamento, gabinetes médicos e de enfermagem e área de preparação de fármacos. A UCIP em apreço não cumpre os requisitos supracitados. O serviço em questão encontra-se localizado no Piso1 do edifício principal da unidade hospitalar e, visto o tamanho do hospital, este serviço encontra-se numa localização em concordância com as recomendações relativamente à sua localização das UCI e das proximidades com outros serviços de apoio.

A UCIP é estruturada com uma área clínica, constituída por uma área de trabalho que comporta todo o *stock* de farmácia, armazém de material de consumo clínico, sala de sujos, casa de banho para o pessoal, casa de banho para os doentes e uma área de gestão. A unidade tem disponíveis 4 camas, que podem ser ocupadas com doentes de intermédios e de UCI. A área clínica é ampla e aberta (*open space*), com uma zona central de monitorização hemodinâmica e com uma área de registos clínicos, localizada estrategicamente para que haja uma visualização

de todas as camas, sendo esta concordante com o recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde (2013), em que cada UCI deve conter um posto de vigilância/ sala de enfermagem centralizada, com o objetivo de promover a visualização e o acesso direto aos doentes. Este posto deve ser protegido por vidro, de forma a não prejudicar o contacto visual com os doentes e permitir o controlo funcional da unidade e a sua privacidade, o qual não se verifica no serviço em questão. A unidade de cada doente é individualizada por uma estrutura de cortinas, com um local para colocação de resíduos, equipamentos e iluminação natural e artificial, constituída por:

- Cama hidráulica/elétrica;
- Ventilador com capacidade invasiva e não invasiva com possibilidade de monitorização capnográfica e um que permite realizar oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal;
- Monitor de hemodinâmica, com capacidade de monitorização cardiorrespiratória, e de parametrização hemodinâmica de pressões invasivas e não invasivas;
- Seringas infusoras;
- Bombas infusoras;
- Rampa de aspiração;
- Rampa de oxigénio;
- Rampa de ar comprimido;
- Gavetas para arrumos para material e consumíveis;
- Tomadas de corrente;
- Estetoscópio;
- Balde para resíduos corto-perfurantes;
- Garrote;
- Termómetro;
- Mesa de apoio.

Existem outros dispositivos e materiais disponíveis para utilização, tais como:

- Máquina de gasometria;
- ToFscan (TOF);
- Máquina de aquecimento externo;
- Monitor do Índice Bispectral (BIS);
- Bomba de alimentação entérica;
- Máquina para terapia de substituição renal;
- Carro de emergência com desfibrilhador manual.

Segundo a OE (2014a), os registos de enfermagem, definidos como um conjunto de informações clínicas relativas às necessidades de cuidados de enfermagem, são uma das atividades que traduzem, efetivamente, a concretização dos cuidados prestados, que objetivam

garantir a continuidade dos mesmos, entre outros aspetos. Na área clínica existem vários computadores para a realização de registos clínicos, sendo o sistema informático utilizado pela equipa de enfermagem próprio da instituição, no entanto, uma parte dos registos é efetuado em suporte papel. Neste sentido, cada doente tem na sua unidade uma folha de registos diários, onde apresenta um cabeçalho com o resumo clínico do doente, onde está registado a identificação do doente, bem como os antecedentes pessoais, exames complementares de diagnóstico realizados (com as datas), e ainda aquisição de dispositivos médicos (Ex. catéter venoso central (CVC), catéter venoso periférico (CVP), sonda vesical, catéter vascular arterial, drenos torácicos, etc...). Nesta folha são ainda registadas as monitorizações de sinais vitais, o tipo de ventilação, balanço hídrico, glicémia; intervenções executadas no turno como a higiene oral, a aspiração de secreções, perfusões contínuas, soroterapia, posicionamento, a terapêutica administrada, avaliação do reflexo pupilar, força motora, tônus muscular, entre outros.

1.2.2. Recursos Humanos

A nível de recursos humanos, a UCIP tem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar diferenciada, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e esta conta ainda com o apoio de um fisioterapeuta, e um terapeuta da fala que prestam cuidados no âmbito das suas competências, (no turno da manhã), em concordância com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva (2017), que referem que as UCI, em termos de recursos humanos, devem ser dotadas de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos e outros profissionais de saúde, como técnicos de diagnóstico e terapêutica, gestores, fisioterapeutas e coordenadores.

A equipa de Enfermagem, deve ser chefiada por um enfermeiro com o perfil e competências adequadas de acordo com a missão do serviço e da instituição, bem como um número suficiente de elementos para perfazer um rácio enfermeiro / doente flexível, mas adequado, de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos clientes.

No presente contexto, os recursos humanos são constituídos por uma equipa multidisciplinar que interage de forma a proporcionar qualidade nos cuidados prestados.

A equipa de enfermagem é constituída por 18 enfermeiros, dos quais faz parte o enfermeiro responsável. Dos 18 enfermeiros que exercem funções na UCIP, 10 são enfermeiros internos e 8 são enfermeiros externos que prestam serviços ao hospital. Dos 10 enfermeiros internos, 2 apresentam formação pós-graduada nas áreas de especialidade de Enfermagem na área de Enfermagem à PSC. Dos 8 enfermeiros externos 4 apresentam formação pós-graduada nas áreas de especialidade de Enfermagem na área de Enfermagem à PSC e 2 em EE de

reabilitação, sendo os restantes enfermeiros de cuidados gerais. Desta forma, verifica-se que os rácios de EE em EMC estipulados pela OE (2019b), em cerca de 50% da totalidade dos elementos, está abaixo da recomendação. A respeito das "dotações seguras dos cuidados de enfermagem", a distribuição da equipa de enfermagem é habitualmente segundo a lotação da UCI, e tem em consideração as dotações seguras na UCI, ou seja, permanecendo o rácio "enfermeiro: doente" de 1:2, cumprindo as indicações emanadas pela OE (OE, 2019c), permitindo assim, que a equipa de enfermagem preste cuidados de forma individualizada e dedique várias horas de cuidados a cada PSCT por turno, colhendo e gerindo uma panóplia de informações e incorporando-as no cuidar significativo à pessoa prevalecendo o método de trabalho individual nunca descurando o espírito de equipa e de interajuda.

Os cuidados de enfermagem são assegurados por turnos rotativos e/ou fixos organizados em três turnos: manhã (M), tarde (T) e noite (N). Os turnos da M podem ser: M – das 8h00 às 16h00; M (12) – das 8h00 às 20h00; M (9) – das 8h00 às 15h00. O turno da T pode ser: T (8) – das 16h00 às 00h00; T199 – das 14h30 às 22h00. O turno da N pode ser: N (8) – das 00h00 às 8h00; N12 - das 20h00 às 08h00 e N18 – das 22h00 às 08h00.

Por cada turno estão escalados 2 enfermeiros, sendo que nos dias úteis, encontra-se presente a enfermeira responsável, sendo esta responsável pela coordenação e gestão da UCIP. Na ausência do enfermeiro responsável durante os turnos, existe sempre um enfermeiro escalado como responsável de turno, que para além da prestação de cuidados, também é responsável pela gestão da UCIP e da equipa. Relativamente ao método de trabalho realizado pelos enfermeiros da UCIP e de forma a garantir a segurança do doente e posteriormente minimizar o risco de dano à pessoa que recebe os cuidados de saúde, a transição de cuidados de saúde é considerado pela DGS (2017a) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos. Segundo os supracitados a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. A passagem de turno na UCIP é realizada junto à área de trabalho, visto haver uma visualização de todos os doentes que se encontra internados no serviço com recurso à técnica ISBAR, preconizado pela DGS (2017a). Esta ferramenta promove a uniformização da informação entre os prestadores de cuidados, assegurando, desta forma, a continuidade de cuidados eficaz com direta relação na segurança do doente.

Com o objetivo de garantir uma resposta adequada aos eventos de deterioração fisiológica emergentes, que acontece dentro da unidade hospitalar (Lavonas *et al.*, 2020), e garantir uma atuação assente na atividade, identificação e o tratamento de emergência hospitalares, com o intuito de evitar as mortes inesperadas (Grasner *et al.*, 2021) a equipa de enfermagem que presta

cuidados no serviço em questão, está ainda integrado na Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI). Segundo a OE, no parecer n.º 09/2017, os objetivos destas equipas são: Reduzir a mortalidade intra-hospitalar, o tempo de internamento e os efeitos decorrentes da Paragem Cardiorrespiratória (PCR); promover a formação na área da PSCT e garantir uma equipa organizada para situações de emergência clínica. A EEMI é constituída por um médico e por um enfermeiro com competências avançadas na abordagem ao doente crítico e em técnicas de reanimação em concordância com as orientações do despacho n.º 9639/2018 do diário da República (2018), que descreve que os elementos, para além da experiência supracitada, devem apresentar ainda formação em suporte básico de vida (SBV), SAV, suporte imediato de vida (SIV), trauma, sépsis e ventilação não invasiva

Os critérios de ativação desta EEMI englobam todas as situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) acontecida ou eminente, bem como disfunções agudas com potencial de emergência nos diferentes serviços bem como áreas comuns do hospital. Esta ativação é efetuada via telefone e está disponível 24 horas por dia.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Referido por Fortin (1999), conceptualizar corresponde a “(...) um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo” (p.39). Considerada parte fundamental de qualquer processo de investigação é no Enquadramento Conceptual que nasce a ideia principal do investigador e onde será construído o seu objeto de estudo.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu artigo 4.º, ponto 1, a enfermagem é definida como:

“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015a, p.99).

Tendo em conta a constante evolução técnico-científico na área da saúde, as pressões epidemiológicas e demográficas e a legítima exigência dos cidadãos é essencial uma permanente atualização por parte dos profissionais de saúde, de forma a prestar os melhores cuidados de enfermagem a uma população mais envelhecida. Este exigente contexto traduz na área de enfermagem, uma procura pela prestação de cuidados de excelência, baseada na mais recente evidência científica.

A enfermagem é uma profissão que conduz a sua prática clínica através de conhecimentos e, como tal para além da dimensão técnica, as boas práticas requerem a associação de conceitos, teorias e métodos de investigação que possam refletir a sua praxis. Para Nunes (2018) a teoria e a prática devem ser, por isso, consideradas indissociáveis, já que “nem a prática decorre de forma independente da teoria nem a teoria dispensa a realização da prática” (p.113). A teoria e a prática devem por isso ter um percurso lado a lado, sustentadas pela melhor evidência, resultante da pesquisa científica (Brandão *et al.*, 2019).

A capacidade de pensar sobre as práticas dos cuidados de enfermagem e o processo de tomada de decisão tornam o enfermeiro, um profissional capaz de atuar perante situações, de forma assertiva e crítica. O conhecimento que o enfermeiro utiliza durante a sua práxis, não é apenas suportada pelo conhecimento científico, este está ancorado a uma base multifacetada baseados na evidência e na investigação, à sua experiência e ainda aos derivados pessoais (Nunes, 2018, p.105).

Segundo o REPE define ainda, na alínea 3, do Artigo 4.º, o conceito de Enfermeiro Especialista, como:

“enfermeiro habilitado com um curso especializado 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 especialização” (OE, 2015, p. 99).

Assim sendo e com a evolução constante na área da investigação o EE deve ter como principal foco a melhoria contínua de práticas de qualidade através do rigor e excelência da sua prática suportada por um quadro de referências para o exercício profissional.

A aplicação de uma teoria aos cuidados especializados de enfermagem contribui para a afirmação da disciplina e da profissão, uma vez que as teorias conferem um significado ao conhecimento. A teoria de enfermagem constitui assim um instrumento útil para o raciocínio, para o pensamento crítico e para a tomada de decisão na prática clínica. Assim sendo, a enfermagem é direcionada na procura do conhecimento, com base nos seus modelos conceituais de Enfermagem, que descrevem os fenómenos no seu todo, como sejam as grandes teorias, as teorias de médio alcance e as teorias sobre a prática.

Este capítulo constitui assim um referencial teórico e surge pela necessidade de construir uma base teórica científica e conceptual com o intuito de sustentar a realização do trabalho desenvolvido bem como a aquisição e o desenvolvimento de competências ao longo de todo o percurso académico baseado no Modelo para a MMPBE. Neste capítulo vão ser ainda abordados os conceitos de qualidade em saúde e segurança do doente bem como a contextualização do tema principal deste estudo “Intervenções de Enfermagem à pessoa com AVC submetida a administração de terapêutica Fibrinolítica”.

2.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA – MODELO TEÓRICO DE JUNE H. LARRABEE

As teorias de enfermagem exercem um papel fundamental por serem consideradas como um método de apoio às práticas de enfermagem com bases conceptuais, epistemológicas e descritivas do cuidado, permitindo assim a condução do “pensar” possibilitando a identificação dos problemas de enfermagem durante a práxis. A Prática Baseada na Evidência (PBE) teve origem na década de 90, e surgiu devido à dificuldade dos profissionais de saúde em sintetizar dados empíricos e contextuais e em integrar as mudanças baseadas em evidências na prática de cuidados. Esta teoria segundo a *International Council of Nurses* (ICN, 2012), é definida como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa

da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doendo no contexto do cuidar” (p.10). Rosswurm & Larrabee (1999) desenvolveram o MMPBE e descrevem-no como um modelo que, através da utilização de um processo sistemático, estruturado permite orientar os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, na mudança da prática baseada na evidência. Segundo as mesmas este modelo teórico integra a experiência clínica individual com a melhor evidência científica disponível através de uma pesquisa sistemática na prática de cuidados. A combinação entre a pesquisa clínica relevante, a experiência clínica e as necessidades e dados do doente produz a melhor prática baseada em evidência para garantir um cuidado individualizado.

Posteriormente, Larrabee (2011) revisou este modelo, com o objetivo de criar e melhorar os processos de tomada de decisão dos enfermeiros, modificar os padrões de cuidados de enfermagem, melhorar a segurança, qualidade dos cuidados de saúde e os resultados para o doente e garantir cuidados individualizados tendo em conta as necessidades do doente.

Este MMPBE é incorporado por conceitos da melhoria da qualidade e compreende seis etapas, sendo elas:

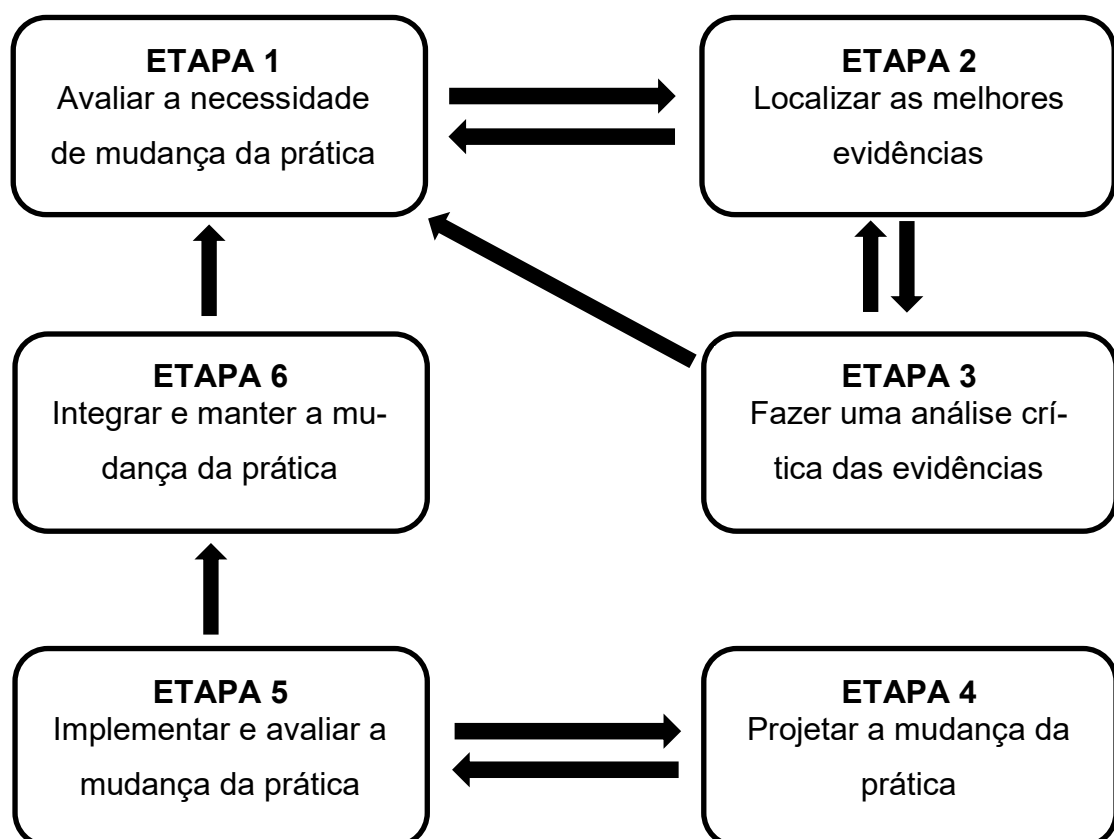


Figura 1 - Esquema revisado do Modelo de Mudança para a PBE.

Fonte: Autoria própria, adaptado de June Larrabee (Larrabee2011).

Este modelo teórico, embora seja apresentado por etapas progressivas a sua implementação não é rígido ou estritamente linear, ou seja, para as atividades desenvolvidas numa determinada etapa pode originar a necessidade de voltar à etapa anterior. As primeiras quatro etapas do modelo explanado são aplicadas em contexto académico através de pesquisa, estudo e análise da evidência científica e as duas últimas etapas estão associadas à implementação e integração das orientações teóricas na prática, exigindo assim um contexto clínico. Segue-se uma breve descrição das etapas, para uma melhor compreensão deste modelo e para compreender as principais atividades e estratégias a desenvolver em cada uma delas.

Etapas 1: Avaliar a necessidade de mudança da prática

Esta etapa consiste na identificação do grupo de interesse, ou *stakeholders*, envolvidos no problema; Na recolha dos dados e da informação interna acerca das práticas atuais; Na comparação dos dados internos com aos dados externos (*benchmarking*) com o objetivo de confirmar a necessidade de mudança da prática; Identificação do problema e relacioná-lo com as intervenções e os resultados. Durante o decorrer dos estágios, foi possível coletar informação interna sobre a prática, permitindo uma comparação com outros dados e posteriormente identificar uma problemática, interligando-a com intervenções e resultados. Assim sendo foi identificado como principal problemática a necessidade de garantir a segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, contribuindo assim para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Etapas 2: Localizar as melhores evidências

Esta etapa consiste na identificação da evidência mais atual, credível e relevante através de um adequado plano de pesquisa e definição de um instrumento de avaliação das fontes e métodos de organização de dados.

Este foi o momento, em que foi definido a realização de *Scooping Review*.

Etapas 3: Fazer uma análise crítica das evidências

Esta etapa consiste na aplicação de instrumentos de avaliação crítica previamente definidos para elaborar uma síntese da melhor evidência e avaliar a viabilidade dos benefícios e dos riscos da nova prática. Nesta fase prevê-se a utilização de instrumentos de análise crítica ou tabela de evidências adaptados à tipologia do estudo.

Com a realização da *Scooping Review* na etapa anterior, permitiu-me nesta etapa compilar toda a informação adquirida numa tabela e analisar os principais resultados e posteriormente as conclusões, mediante um julgamento clínico, permitindo assim potenciar se a evidência se traduz na mudança das práticas e, se as evidências são suficientemente úteis de forma a mostrar a melhor evidência, sem gerar novos conhecimentos.

Etapas 4: Projetar a mudança da prática

Esta etapa consiste na definição da mudança da prática proposta, na identificação dos recursos necessários através do planeamento de estratégias a implementar e a avaliação.

Etapas 5: Implementar e avaliar a mudança da prática

Esta etapa consiste em implementar o plano definido, avaliar o processo, assim como os resultados e os custos, através da análise efetuada, produzindo conclusões e recomendações.

Etapas 6: Integrar e manter a mudança da prática

Esta etapa consiste na comunicação da mudança aos “*stakeholders*”, na implementação/integração da nova prática, na monitorização dos indicadores de processo e dos resultados do projeto e posteriormente a divulgação dos resultados.

Os modelos de enfermagem servem de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão dos cuidados de enfermagem. O modelo utilizado e já exposto anteriormente é considerado um modelo prático, que dá ênfase à investigação científica em enfermagem, sendo capaz de sustentar a construção da identidade da profissão e favorecer a expansão enquanto ciência e disciplina, com comprovação eficaz na mudança da prática clínica e com repercussão na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Sendo considerada como uma teoria de médio alcance este modelo não apresenta conceitos metaparadigmáticos, pois é o nível mais abstrato do conhecimento, no entanto, existe uma concordância considerável quanto aos conceitos centrais que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina de enfermagem determinados pela OE constituindo-se como metaparadigmas da enfermagem, sendo eles: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Definidas por Donaldson & Crowley as conexões entre estes 4 elementos são claramente definidas pela afirmação de: “A enfermagem estuda a integridade o bem-estar dos indivíduos, reconhecendo que estes estão em interação permanente com o ambiente”.

Deste modo a **saúde** é definida como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2001, p.8). Neste sentido, a saúde é caracterizada como o reflexo de um processo dinâmico e contínuo no qual a pessoa pretende atingir um estado de equilíbrio que se traduz no bem-estar físico, no controlo do sofrimento, e no conforto emocional, espiritual e cultural; a **pessoa** é definida como um ser social que padece de comportamentos alicerçados em valores, em crenças e em desejos de natureza individual o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminação. Contudo é importante ressaltar que os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela está inserida e se desenvolve; o **ambiente** é definido como o meio “no qual as pessoas vivem e se desenvolvem

constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos vida e que se repercutem no conceito de saúde, pelo que os enfermeiros na sua prática dos cuidados, devem focalizar a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente”; os **cuidados de enfermagem** centram-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou do enfermeiro com um grupo de pessoas (família ou comunidades). No entanto, tanto a pessoa como o enfermeiro possuem valores, crenças e desejos de natureza individual, consequência das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem permitindo ao enfermeiro no âmbito do exercício profissional, distinguir-se pela formação e experiência permitindo-lhe aceitar, compreender e respeitar o outro procurando abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de enfermagem. Perante isto, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação tem como objetivo ajudar a pessoa a ser proactivo na aquisição do seu projeto de saúde.

Perante a realização desta sucinta análise ao modelo escolhido, este enquadra-se na área da prestação de cuidados à PSC e trata-se de um modelo cuja escolha é facilmente justificável como base de apoio ao desenvolvimento do Projeto de Intervenção Profissional (PIP) e a todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências pretendidas que irá ser descrito posteriormente.

2.2. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE

Atualmente a qualidade em saúde e a segurança do doente apresentam-se como uma problemática fundamental e representa uma enorme preocupação para a saúde pública. Tendo esta uma componente fundamental na prestação de cuidados com qualidade e de carácter minucioso, é de responsabilidade da equipa multidisciplinar mobilizar as competências individuais de cada um dos elementos, através de uma gestão sistemática de todas as atividades.

A qualidade dos cuidados de saúde exige a implementação de planos de melhoria continua e, pode ser definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação do cidadão” (DGS, 2015, p.16), incluindo o desempenho dos profissionais de saúde e a adequação às expectativas da pessoa, segundo dados da mesma entidade. Corroborado pela Constituição da República Portuguesa (CRP) no artigo 64º, descreve-se que todos os cidadãos têm direito à proteção da sua saúde, através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal

e tendencialmente gratuito (Assembleia da República [AR], 2005). Este descreve ainda que o Estado deve por isso “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidade de saúde” permitindo assim assegurar “o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (AR, 2005, p.4652). Em contrapartida, para a *World Health Organization* (WHO) não existe uma definição concreta para a qualidade em saúde universalmente aceite, mas sim um entendimento comumente partilhado de conceitos básicos. A OMS (2006) definiu alguns conceitos básicos, já explorados anteriormente pela comunidade mundial de saúde, em que declara que os cuidados devem ser: Eficazes - através da prestação de cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam; Eficientes – através da maximização do benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício; Oportunos: através da redução dos tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados; Integrados: através da prestação de cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida; Centrados no doente - através da prestação de cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores de cada indivíduo; Equitativos – através da prestação de cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política; Seguros - evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam, definindo este conjunto de práticas como “os cuidados de alta qualidade” (WHO, 2020, p.13). Em suma, a segurança do doente é a base para os cuidados de qualidade (WHO, 2019).

A qualidade em saúde e a segurança do doente são conceitos intimamente relacionados sendo fundamental para a prestação de cuidados de saúde em todos os ambientes (OMS, 2020). A WHO define segurança do doente como “um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde que reduz os riscos de forma consistente e sustentável, reduz a ocorrência de danos evitáveis, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando ele ocorre” (WHO, 2021). Segundo a DGS (2017b) a segurança do doente é definida como “a redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento do outro” (p.4).

Atualmente em Portugal a DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde, desenvolveu um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, tendo como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados no sistema de saúde (...), bem como alcançar uma melhor gestão dos riscos associados à prestação de cuidados” (Diário

da República, 2021, p.98). A importância atual da segurança do doente é reiterada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), através do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), este sistema pretende avaliar a qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e está assente em duas visões complementares, a avaliação de procedimentos de segurança e a avaliação da incidência de eventos adversos (ERS, 2020).

A implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015- 2020, prioriza o reforço da segurança do doente, a monitorização permanente da qualidade e a segurança dos cuidados, na melhoria da qualidade clínica e organizacional, no aumento da adesão a normas de orientação clínica, no reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Segundo a OE (2019a), é da competência do EE realizar a gestão dos cuidados prestados, otimizando as intervenções de enfermagem e a articulação na equipa de saúde, de forma a garantir a sua segurança e qualidade. Desta forma o enfermeiro deve procurar a excelência no exercício das suas funções, mantendo a atualização continua dos seus conhecimentos e garantindo a qualidade e continuidade dos cuidados (OE, 2015a), tendo sido desenvolvido um PIP com vista à prática de cuidados de qualidade e promoção da segurança dos cuidados prestados ao doente crítico durante a administração de terapêutica fibrinolítica à pessoa com AVC isquémico, suportado pela melhor e mais recente evidência disponível e permitindo desenvolver também a aquisição da competência descrita anteriormente.

2.3. AVC

O AVC é considerado pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI], uma emergência médica (SPMI, 2021). Esta patologia é uma das principais causas de mortalidade, morbilidade, hospitalização e incapacidade permanente nas sociedades desenvolvidas, e em Portugal não é exceção, assumindo-se como a principal causa de morte, de incapacidade e dependência. As causas potenciadoras da pessoa desenvolver um AVC estão diretamente relacionadas com o estilo de vida, sendo os principais fatores desencadeantes: o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o etilismo, no caso da pessoa ser do sexo feminino o uso de anticoncecionais e as doenças cerebrovasculares como hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatias (Nunes, 2017). Após a abordagem apresentada, podemos dizer que a prevenção e tratamento do AVC devem ser consideradas prioridades de saúde pública, pelo impacto socioeconómico que acarretam para a sociedade e particularmente pelas consequências devastadoras para a pessoa e para a própria família.

Dados facultados pela DGS (2021a) revelam que dos 25.000 doentes internados anualmente em hospitais com o diagnóstico de AVC isquémico ou hemorrágico, cerca de 50% dos casos são submetidos a tratamentos em unidade de AVC (UAVC), percentagem essa que tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos.

Definido como a diminuição ou interrupção completa do aporte sanguíneo cerebral o AVC encontra-se dividido em dois tipos: Isquémico e hemorrágico (Silva *et al.*, 2019). O AVC segundo a *American Stroke Association* (ASA) é classificado em quatro tipos, consoante o seu mecanismo de origem podendo ser isquémico, hemorrágico, criptogénico e Acidente Isquémico Transitório (AIT) (*American Heart Association* [AHA], 2018). De todos os tipos de AVC, o isquémico é o que assume uma maior prevalência visto fazer parte de 87% dos casos. O AVC isquémico ocorre após uma interrupção do fluxo sanguíneo numa determinada área do cérebro provocada por um trombo (coágulo ou artéria) ou embolo (origem cardíaca ou nas artérias do pescoço) desencadeando a isquémia e posteriormente o enfarte (AHA, 2018a). No entanto alguns fatores permitem manter a integridade das membranas celulares e a viabilidade de algum tecido, contribuindo para manutenção do fluxo sanguíneo na zona circundante do núcleo isquémico, sendo esses fatores o grau de oclusão, a vasculatura colateral existente ou até mesmo os níveis de pressão arterial. (Vilela *et al.*, 2017).

Por sua vez o AVC hemorrágico assume uma prevalência de 13% dos casos, e nestas situações ocorre uma hemorragia causada pela rutura de um ou mais vasos sanguíneos, comprometendo assim a circulação sanguínea no cérebro. Este está dividido em dois grupos: quando ocorre uma hemorragia intra-cerebral, ou seja, quando ocorre a rutura do vaso dentro do cérebro ou quando ocorre uma hemorragia subaracnoideia, ou seja, quando ocorre a rutura do vaso e a hemorragia ocorre na área entre o cérebro e o crânio (AHA, 2018b).

O AVC Criptogénico representa 30% dos casos e este acontece por etiologia desconhecida (AHA, 2018c).

Por fim o AVC Isquémico Transitório é caracterizado pela interrupção temporária do fornecimento de sangue ao cérebro e/ou da circulação sanguínea. Por norma o bloqueio ocorre devido a um coágulo, que acaba por se dissolver ou migrar, retornando o funcionamento normal, cujos défices apresentados são reversíveis (AHA, 2018d). Os sintomas neste tipo de AVC aparecem de forma temporária (que podem ter uma duração de minutos ou pode ter duração de horas). No entanto deve ser igualmente tratado como uma emergência médica, visto a parte afetada do cérebro durante esse período não receber sangue suficiente e há um risco acrescido de desenvolver um AVC de etiologia mais grave.

Os principais sintomas são conhecidos como os 3 F's, sendo eles: Face, caracterizada pelo desvio de um dos lados da face – boca e/ou olho descaído – ou seja assimetria da face; Fala, caracterizada por um discurso incompreensível, uma fala arrastada e por dificuldade encontrar

palavras; Força - caracterizada pela fraqueza, parestesias ou paralisia da face, membro superior e/ou membro inferiores de um dos hemisférios.

Os sinais e sintomas no AVC variam de pessoa para pessoa e ocorrem de forma súbita e, sendo considerado uma emergência médica, é de grande importância transportar o doente o mais breve possível para uma unidade hospitalar, não devendo aguardar que os sintomas desapareçam. A deteção precoce de um AVC é de máxima importância, e onde a expressão, “tempo é cérebro” assume contornos importantes.

2.3.1. Via Verde AVC

Considerado como uma emergência médica e mediante a instalação, maioritariamente das vezes de forma súbita, de sinais e sintomas como a “dificuldade em falar”, “boca ao lado” e “falta de força” deve-se suspeitar de AVC (DSG, 2017c) e posteriormente iniciar o processo de ativação da Via Verde AVC (VVAVC). A sensibilização não só dos profissionais de saúde, bem como dos técnicos de transporte de doente, bombeiros e acima de tudo da população, é fulcral uma vez que as Vias Verdes (VV) promovem o envolvimento destes e as intervenções na fase aguda do AVC têm impacto fundamental no prognóstico, pois quanto mais atempadas forem, melhores serão os resultados obtidos. O reconhecimento precoce de sinais de alarme, o conhecimento do pedido de ajuda, o conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda, a sistematização das primeiras atitudes de socorro são cruciais pois o tecido cerebral é extremamente vulnerável à privação de irrigação sanguínea e em cada minuto de isquemia é destruído um número elevado de células, dando assim importância ao termo “tempo é cérebro”.

No âmbito do Plano Nacional de Saúde em 2017 foi aprovado pela DGS o programa de saúde prioritário designado Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares [PNDCCV], que reforça a prioridade da “promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças cérebro e cardiovasculares com particular incidência em áreas consideradas prioritárias”, bem como, as “estratégias organizativas designadas como Vias Verdes, através da criação de sistemas de informação integrados que contemplem as vertentes pré- hospitalar e hospitalar” (p.). O PNDCCV, no que diz respeito à abordagem ao AVC, objetiva o aumento de número de doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica e/ou a reperfusão endovascular, a redução da mortalidade prematura abaixo dos 70 anos por doença cerebrovascular e a redução do consumo de sal entre 3 e 4% ao ano na população, em cooperação com o programa de Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2017d).

Segundo a norma n.º 015/2017e da DGS, a VV é definida como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases

pré, intra e inter-hospitalar, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves. Dados revelam que desde a criação da VVAVC, em 2006, até ao ano de 2020 mais de 38 mil pessoas beneficiaram de um melhor e mais rápido tratamento (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2018).

Dados facultados pelo INEM revelam que em 2019, foram registados 4415 casos de AVC, tendo sido encaminhados para a VVAVC, ou seja, uma média de 12 casos por dia, resultando de um aumento total de 919 casos em comparação ao ano de 2018 (INEM, 2020). A qualidade da VV AVC é monitorizada a partir dos registos clínicos dos tempos decorridos entre a deteção dos sinais/sintomas, ativação da VV (através do contato com o Número Europeu de Emergência - 112), a chegada das equipas de socorro, o transporte para uma unidade local de saúde adequada, o início do tratamento e também a partir das taxas de mortalidade. Em concordância com o descrito anteriormente, para que seja efetuada uma ativação da VV foi necessário o desenvolvimento de um fluxo de trabalho previamente definido, permitindo a confirmação dos resultados de forma afirmativa e encaminhar a pessoa, de forma emergente, para uma unidade local de saúde o mais adequado possível para a realização do tratamento adequado.

Assim, numa primeira abordagem deve ser realizada a identificação da pessoa e posteriormente deve ser efetuada uma avaliação através de um instrumento validado com o objetivo de reconhecer a sintomatologia do AVC, como é o caso da Escala *Face Drooping, Arm Weakness, Speech Difficulty, Time to Call* (FAST), da Escala de *Cincinnati* e a Escala Pré-hospitalar de Los Angeles (AVC) (Powers *et al.*, 2019).

A Escala «FAST» no primeiro item permite avaliar a Face através do sorriso; no segundo item, a ação motora de ambos os membros superiores, através da capacidade da pessoa conseguir levantar os membros e mantê-los na mesma posição, no terceiro item é avaliada a capacidade de comunicação e, no último item reforça a importância de contactar o número de emergência (AHA, 2018e). A escala de *Cincinnati* foi baseada na *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) e possui 3 itens comparativamente com a escala FAST, um dos itens avalia a face, ou seja, a sua assimetria ou a paralisia desta, o segundo item avalia os membros superiores mais propriamente a queda de um dos membros e por último a alteração na fala (Powers *et al.*, 2019a).

A Escala Pré-hospitalar de Los Angeles (AVC) foi elaborada com o intuito de ser utilizada em contexto pré-hospitalar. É um instrumento em que a sua aplicação é rápida e, demora cerca de 3 minutos a ser concluído. Esta inclui: 4 itens: avaliação da glicémia capilar (GC) e três itens de exame físico que pretendem identificar alteração da função motora. Esta escala, é diferente da supracitada, pois para além de identificar a pessoa com AVC agudo, exclui também possíveis mimetizadores.

Com o aumento do envelhecimento da população prevê-se um aumento da incidência de AVC nas próximas décadas. Para combater as consequências deste envelhecimento a Sociedade Europeia de AVC (ESO – *European Stroke Organization*) juntamente com a *Stroke Alliance for Europe* (SAFE), desenvolveram um plano de ação para o AVC na Europa em que os seus objetivos estão alicerçados a cada domínio de intervenção no AVC, sendo eles: a prevenção primária, a organização de cuidados no AVC, os cuidados agudos no AVC, a prevenção secundária, a reabilitação, a avaliação de resultados e a vida pós-AVC (SPMI, 2021a). Os 4 objetivos gerais estabelecidos para 2030 estão definidos como: reduzir 10% o número absoluto de AVC na Europa, tratar pelo menos 90% de todos os AVC na Europa numa unidade de AVC dedicada, como principal nível de cuidados; ter planos nacionais para o AVC que abranjam toda a cadeia de cuidados, desde a prevenção primária até à vida pós-AVC e por último implementar estratégias nacionais para intervenções multissetoriais de saúde pública para promover e facilitar um estilo de vida saudável e reduzir os fatores ambientais (incluindo a poluição atmosférica), socioeconómicas e educacionais que aumentam o risco de AVC (SPMI, 2021b).

De acordo com o INEM “O correto encaminhamento dos casos de AVC (...) traduz-se num ganho de tempo fundamental para a eficácia terapêutica” (DGS, 2017f, p. 10), sendo acessível para todas as pessoas a ativação dos meios de socorro, através da linha telefónica 112.

Segundo a norma da DGS (2017g), todas as unidades de saúde aptas devem assegurar o funcionamento de um sistema VV AVC (intra-hospitalar), pelo que em ambas as unidades hospitalares onde foram desenvolvidos nos estágios tinham implementados este sistema.

2.3.2. Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

As intervenções na fase aguda do AVC têm impacto no prognóstico e quanto mais atempadas forem, melhores serão os resultados obtidos. Quando há um caso suspeito de AVC e perante a instalação, na maioria das vezes súbita, dos sinais e sintomas referidos anteriormente é primordial saber qual a natureza do AVC. Para isso é necessário recorrer a meios complementares de diagnóstico, sendo os exames de primeira abordagem e de foro obrigatório a Tomografia computadorizada Crânio Encefálica (TC-CE) uma vez que este possibilita a exclusão de hemorragia e TC angiográfico (Angio TC), caso estejamos perante uma pessoa candidata a tratamento mecânico. É exetável e recomendado que estes sejam realizados num espaço de tempo porta-agulha com destaque também para o tempo porta-imagem de 20 minutos, permitindo com a maior brevidade possível a aquisição de informação sobre a natureza do AVC, possibilitando seleccionar os doentes candidatos a terapêutica

fibrinolítica. Segundo Zhou *et al.* num estudo realizado por este, aferiu 39 minutos como o tempo desde o início dos sintomas até à execução do TC-CE (2017). Em contrapartida Moran (2016) obteve resultados mais positivos e mais próximos dos definidos pelas *guidelines* de 2019, com um tempo porta-agulha de cerca de 21 minutos (Moran *et al.*, 2016). É importante salvaguardar que após confirmado a suspeita de AVC, o tempo porta-agulha não deve exceder 60'.

A ressonância magnética (técnica difusão-perfusão) é utilizado para identificar áreas isquémicas ainda viáveis ou em caso de dúvida no diagnóstico, como descrito nas diretrizes da DGS (2017h).

Este tipo de ressonância magnética

Para além dos exames descritos anteriormente é também recomendado logo que possível a realização de eletrocardiograma (ECG) com o intuito de descartar alterações de ritmo, mais propriamente a Fibrilação Auricular (FA), a realização de colheita de sangue para exames laboratoriais (hemograma, bioquímica e coagulação), o doseamento da GC e a realização de uma radiografia ao tórax. É importante realizar análises aos fatores de coagulação, nomeadamente o *International Normalized Ratio* (INR), quando há dúvidas relativamente à toma de antiagregantes plaquetários.

2.3.3. Trombólise Endovenosa

Em 2019, dos 25.105 doentes admitidos em hospitais públicos com o diagnóstico de AVC foram internados em UAVC 12.996: em que 9.841 dos casos tiveram o diagnóstico de AVC isquémico, sendo que 2.467 foram tratados com terapêuticas fibrinolíticas, e os restantes foram submetidos a tratamento de trombectomia endovascular (SNS, 2021). O fator tempo é determinante no tratamento do AVC Isquémico, e é expectável que a maioria dos indicadores clínicos de qualidade consistam nos tempos em que são realizados os procedimentos. Alguns estudos demonstram que novas formas de tratamento podem atrasar e até corrigir a progressão do tecido de isquémia para lesão definitiva. Assim, três estratégias distintas têm emergido no sentido de dar resposta a este problema: revascularização urgente com o objetivo de restaurar a perfusão dos tecidos em isquemia; proteção dos neurónios contra a isquémia; e bloqueio da cascata de lesão por reperfusão tardia (Pugh *et al.*, 2009).

O tratamento do AVC Isquémico tem como objetivo desobstruir uma artéria e pode ser também utilizado o mecânico, através da remoção de um coágulo de forma cirúrgica ou com a administração de medicação fibrinolítica onde a ação é dissolver os coágulos, permitindo restabelecer o fluxo sanguíneo na região afetada e restaurar a sua função. Desta forma, uma das principais opções de tratamento emergente do AVC isquémico consiste na terapêutica

fibrinolítica endovenosa. As orientações mais recentes, americanas e europeias, sobre o AVC estão preconizadas para que, nos casos indicados, seja administrada o mais precocemente possível a terapêutica fibrinolítica, dentro de uma janela temporal de 4 horas e 30 minutos e/ou a realização de trombectomia até um período máximo de 24 horas desde o início dos sintomas.

A terapia trombolítica consiste na administração do ativador do plasminogénio tissular recombinante (rtPA) também denominado de Alteplase, e trata-se de um medicamento pertencente à classe dos agentes trombolíticos. A terapêutica trombolítica baseia-se na viabilidade de recuperação de tecido cerebral isquémico nas primeiras 3 horas após o início dos sintomas, sendo que numa fase mais tardia (> 3 horas), a proporção de tecido cerebral já necrótico é maior e a reperfusão tecidual não apresenta benefícios evidentes. Este fármaco é reconhecido pelo seu potencial de restaurar o fluxo sanguíneo por meio de administração do ativador plasminogénio tecidual recombinante promovendo assim a decomposição do coágulo (Hanauer *et al.*, 2018). Esta terapêutica deve ser iniciada, tão cedo quanto possível, de preferência entre as 3 primeiras horas subsequentes ao início dos sintomas de AVC e pode ir até 4 horas e 30 minutos, pois o efeito do tratamento depende do tempo em que é feita a administração.

Consequentemente quanto mais cedo for feito o tratamento, maior é a probabilidade de obter um resultado favorável. A sua administração aumenta significativamente a probabilidade de restabelecimento da circulação arterial cerebral e a regressão dos défices neurológicos instalados (Powers, *et al.*, 2015).

Contudo, existem divergências no que diz respeito às indicações e contraindicações para a realização desta terapêutica. No entanto, concluiu-se que é necessária a realização de uma avaliação ponderada entre o risco e os benefícios de acordo com a pessoa a quem vai ser administrada a terapêutica, nunca descurando o tipo e os défices neurológicos presentes, através da aplicação da escala de NIHSS. É importante estar atento a alguns sinais de alarme após a administração da terapêutica fibrinolítica, sendo posteriormente descritas as principais indicações e contraindicações para a administração de terapêutica fibrinolítica com base nas *guidelines* da AHA (2019) e segundo as orientações da DGS (2017i):

Crítérios de inclusão para a administração de Alteplase:

- Diagnóstico de AVC Isquémico;
- Tempo de evolução até 4 horas e 30 minutos (presenciado);
- Idade $\geq$ 18 anos e $<$ 80 anos com défices neurológicos até 3 horas de evolução no momento de iniciar a perfusão;
- TAC-CE sem sinais de hemorragia;
- TA $\leq$ 185 / 110 mm Hg prévia à perfusão (No caso de PA $>$ 185/110mmHg utilizar anti-hipertensores recomendados);

- Presença de défices neurológicos e um NIHSS < 25;
- NIHSS inicial > 4 (exceto afasia).

Crítérios de exclusão para administração de Alteplase:

- Início dos sintomas > 4 horas e 30 minutos;
- AVC ou TCE nos últimos 3 meses;
- Desconhecimento do horário do início dos sintomas ou acordar com a sintomatologia;
- Hemorragia cerebral prévia;
- Hemorragia subaracnoídea;
- Hemorragia genitourinária nos últimos 21 dias;
- Convulsão na apresentação de AVC;
- Sob hipocoagulação via oral;
- Cirurgia intracraniana/Intraspinal nos últimos 3 meses;
- Neoplasia intracraniana maligna;
- Cirurgia intracraniana/Intraspinal nos últimos 3 meses;
- Neoplasia intracraniana maligna;
- Punção de Líquido Cefalorraquidiano (LCR) < 7 dias;
- NIHSS >25 pontos;
- Heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica nas últimas 24 horas;
- Punções arteriais em locais de compressão difícil (nos últimos 7 dias).

Como já referenciado, posteriormente ao início da administração do fibrinolítico deve ser iniciado o mais precocemente possível, sendo recomendado nas primeiras 3 horas após o início da sintomatologia e nunca ultrapassando as 4 horas e 30 minutos, desde que haja resultado do TAC-CE (Powers *et al.*, 2019).

Preconizado pela norma n.º 015/2017 da DGS, o tratamento com esta terapêutica pode ser realizado em unidades descentralizadas, denominadas unidades de “Nível B”, como as Unidade de Cuidados Intermédios. A dose recomendada pela ASA para a administração de Alteplase é de 0,9 mg/Kg nunca ultrapassando a dose máxima de 90 mg. A administração inicia-se com um bólus que deve ser administrado em 1 minutos com 10% da dose total do tratamento, seguindo-se de uma perfusão contínua com a restante dosagem a ser administrada num período de 60 minutos (Powers *et al.*, 2019).

A principal complicação associada à administração desta terapêutica é a hemorragia e manifesta-se através de diversos sintomas tais como a cefaleia, vômitos, náuseas, hipertensão arterial (HTA), alterações do estado de consciência, hemorragia ativa, angioedema e aumento da pressão intracraniana. Existem ainda outras complicações associadas tais como as reações anafiláticas que se baseiam na presença de início súbito de um dos seguintes sintomas: compromisso respiratório nomeadamente dispneia, broncoespasmo, estridor, etc. ou

compromisso cardiovascular que inclui a hipotensão, síncope ou colapso, a trombólise deve ser suspensa na presença de alguma das alterações supramencionadas (AHA, 2019a). É impreterível que durante as 24 horas após a trombólise devem ser evitados novas cateterizações ou punções venosas, no caso de ser necessário a colocação de mais acessos venosos periféricos, sondas nasogástricas ou vesicais, bem como a realização de colheitas para gasometrias arteriais. É importante salientar que em situações de “*life saving*” devem ser realizadas todas as técnicas mencionadas anteriormente mesmo que em fase pré-trombólise (Powers *et al.*, 2019c). Com base no princípio da beneficência deve iniciar-se na mesma a administração da terapêutica fibrinolítica mesmo que na ausência de um representante legal ou mesmo se o doente não reunir condições para assinar o consentimento informado (Powers *et al.*, 2019d).

Para além da administração da terapêutica fibrinolítica, a prestação de cuidados à pessoa com AVC isquémica comporta uma componente bastante desafiante, sendo fundamental uma atualização por parte dos profissionais de saúde permanente, no sentido de desenvolver competências específicas para o cuidar destes doentes. O cuidar do doente com AVC isquémico está assente em 2 fases, a primeira fase, a fase hiper aguda - desde o início dos sintomas até às primeiras 24 horas e a segunda fase, que decorre durante o tratamento fibrinolítico, sendo importante relembrar que a administração da terapêutica é da responsabilidade do enfermeiro, mediante prescrição médica.

2.3.4. Trombectomia Mecânica

A trombectomia mecânica é um procedimento em que há remoção de um coágulo através da introdução de um cateter com *Stent* e, torna-se uma opção de tratamento eficaz perante um AVC Isquémico (AHA, 2018f). Corroborado por Ambrosioni (2018), este define a trombectomia mecânica como uma técnica de intervenção endovascular onde ocorre a remoção de um coágulo através da colocação de um *stent*, no tratamento ao AVC isquémico (Ambrosioni *et al.*, 2018).

Segundo dados obtidos da AHA, a pessoa pode ser submetida a trombólise endovenosa (EV) e posteriormente pode ser submetida a trombectomia, uma vez que a “janela” para a realização deste procedimento é entre as 6 horas após o início dos sintomas, até às 24h horas.

Para que uma pessoa seja admitida para a realização de trombectomia mecânica, esta deve reunir concomitantemente os seguintes critérios: valor de 0 a 1 na Escala de Rankin Modificada (mRS), oclusão da artéria carótidea interna ou da artéria cerebral média (ACM), idade ≥ 18 anos, valor ≥ 6 na pontuação da Escala de NIHSS, resultado ≥ 6 na Escala Quantitativa de TC em

peessoas com oclusão da ACM e, por último início dos sintomas inferior a seis horas (Powers *et al.*, 2019).

Para a realização deste procedimento é imperativo a presença da pessoa num centro hospitalar com opção de revascularização e com acesso a angiografia cerebral. Neste sentido e não havendo a presença destas condições supracitadas em todos os hospitais, é fulcral o transporte destes doentes para unidade especializadas o mais célere possível e em tempo útil (Powers *et al.*, 2019). A DGS (2017g) preconiza que o tempo de transporte não deve ser superior a 1 hora e 30 minutos, e em caso contrário devem ser ativados os meios aéreos (DGS, 2017), comprometendo muitas das vezes o acesso e a equidade no acesso a este tipo de tratamentos.

2.3.5. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico de acordo com as *Guidelines* recomendadas

Referenciado por Powers *et al* (2019) as *Guidelines* foram compiladas num documento onde reúnem um conjunto de informações sobre as recomendações a serem assumidas pelos profissionais de saúde relativamente ao AVC Isquémico baseadas na evidencia científica mais recente e mais adequada. Segundo a Norma n.º 01/2017 da DGS (2017b) e as *Guidelines* da ASA, estas reúnem a avaliação especializada e sistemática que se deve ter perante a pessoa com sintomatologia sugestiva de AVC. Inicialmente, deve ser realizada uma abordagem imediata, segundo a avaliação ABCDE (INEM, 2020), como será explanado na tabela:

A – Via Aérea (VA)
<u>Permeabilização da VA</u>
- Inspeccionar a cavidade oral e remover corpos estranhos (dentes partidos, próteses dentárias soldas);
- Aspirar secreções se necessário no caso de presença de sangue, vômitos ou secreções;
- Desobstruir com manobras manuais (extensão e elevação da cabeça, ou subluxação da mandíbula em vítimas com suspeita de lesão medular);
- Considerar o uso de adjuvantes básicos da VA: tubo nasofaríngeo e tubo orofaríngeo;
- Considerar uma abordagem avançada da VA com dispositivos laríngeos ou tubo endotraqueal (cricotireotomia é uma técnica de recurso);
- Assim que possível colocar uma sonda gástrica (se abordagem da VA avançada);

- Pesquisar tumefações, feridas, crepitações, desvio da traqueia e ingurgitamento da jugular.

Nota: É importante corrigir a hipoxia, causada por aspiração de vômito, hipoventilação e obstrução da VA, que podem ser responsáveis por danos cerebrais irreversíveis uma vez que os reflexos protetores se encontram diminuídos na presença de AVC (Powers *et al.*, 2019).

B- Ventilação e Oxigenação

Administração de Oxigênio (O₂)

- Monitorizar (se disponível): SpO₂, Capnografia;

- Administrar Oxigênio:

- Deve ser administrado O₂ suplementar para manter a SpO₂ (oximetria de pulso $\geq 94\%$);
- Nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) obter uma PaO₂ > 60mmHg o que equivale a uma saturação obtida por oximetria de pulso de 88-92%;
- Nas grávidas garantir SpO₂ $\geq 97\%$;
- Não existe recomendação de administração de O₂ suplementar na pessoa não hipoxémica (Powers *et al.*, 2019).

Monitorizar frequência respiratória e saturação periférica de O₂

- Monitorizar frequência respiratória (FR) e saturação periférica de O₂ (SPO₂);

- Avaliar presença de ruídos respiratórios;

- Avaliar a respiração:

- Frequência Respiratória;
- Amplitude e simetria;

- Se ventilação assistida:

- Efetuar ventilação assistida (se 8cr/min < FR > 35cr/min), realizando 1 insuflação em cada 6 segundos no adulto (10 ventilações por minuto);
- Se ventilação mecânica: volume corrente 6 ml/Kg, FR 12cr/min e FiO₂ 50%.

Nota: A monitorização do aporte de O₂ ao cérebro, previne atelectasia e pneumonia (Barch, 2003).

C- Circulação

- Monitorizar TA; Frequência Cardíaca (FC), ritmo cardíaco, ECG de 12 derivações e tempo de preenchimento capilar (TPC);

- Puncionar 2 acessos venosos periféricos (18 G de preferência), caso o doente não apresente CVC;
- Colher sangue para análises (hemograma, bioquímica, coagulação);
- Considerar a administração rápida de fluídos;
- Monitorização do balanço hídrico.

D- Disfunção Neurológica

- Excluir condições que influenciam o nível de consciência;
- Avaliar o nível de consciência (classificando-o em AVDS- Alerta, Voz, Dor ou Sem resposta e/ou Escala de coma de *Glasgow* [GCS]);
- Examinar o tamanho das pupilas, simetria e reatividade à luz;
- Avaliar sinais focais bilateralmente: força muscular, défices motores, sensitivos e de linguagem;
- Monitorizar os défices neurológicos através da avaliação da NIHSS;
- Avaliar a GP.

E – Exposição com controlo da temperatura

- Avaliação da temperatura corporal (TT);
- Promover medidas para prevenir a hipotermia e hipertermia;

Tabela 1 - Abordagem ABCDE.

Fonte: Autoria própria, adaptado de INEM (2020)

Existem ainda outras intervenções de enfermagem a ter em conta:

- Avaliar a capacidade de deglutição: despistar disfagia;
 - Escala de mRS;
 - Proceder à lavagem higiénica das mãos regularmente;
 - Utilizar material de proteção individual;
 - Avaliar o auto-cuidado através do índice de *Barthel*;
 - Avaliar o risco de queda através da aplicação da Escala de *Morse*;
 - Avaliar o grau de risco de úlcera por pressão através da aplicação da Escala de *Braden*;
- Gerir o posicionamento. Promover o repouso no leito durante 24 horas pós trombólise, com elevação da cabeceira a 30°.

Esta abordagem ABCDE foi adaptada à pessoa com AVC isquémico e, tal procedimento das intervenções de enfermagem constitui uma atividade desenvolvida durante o decorrer do estágio que irá ser descrito no capítulo seguinte.

Resumidamente, destaca-se de entre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a fibrinólise: a monitorização contínua, durante pelo menos 24 horas a 48 horas, dos Sinais Vitais (SV), da SPO₂, da GP bem como a vigilância de perdas hemáticas.

Atualmente existem medidas preventivas e procedimentos terapêuticos eficazes que reduzem significativamente as consequências e sequelas a longo prazo., pelo que as intervenções de enfermagem e uma boa vigilância revelam resultados positivos, repercutindo-se na diminuição considerável da mortalidade e morbilidade, contudo, a sua implementação na prática clínica constitui um desafio, verificando-se uma prestação de cuidados passível de ser melhorada (Fisher *et al.*, 2018). A abordagem do EEEMC-PSC perante a pessoa com AVC Isquémico é determinante na identificação dos sinais e sintomas bem como no processo de administração de terapêutica fibrinolítica.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Cada vez mais a prática clínica dos enfermeiros requer um nível de exigência, de diferenciação e especialização constante que se encontra alicerçada a uma estrutura académica e profissional devidamente regulamentada, das quais urge um domínio comum: o conhecimento (Nunes, 2016). No âmbito da UC EF inserida no mestrado em enfermagem, está contemplado o desenvolvimento de um projeto de intervenção profissional (PIP). Considerado como um projeto de investigação, o PIP numa primeira instância, consiste na planificação de um trabalho, recorrendo à identificação de um problema com necessidade de intervenção num determinado contexto clínico (Tavares, 2022, p.47).

Segundo Ferrito *et al.*, (2010) o projeto surge através da planificação de um trabalho centrado e organizado, fundamentalmente no estudo e posterior resolução de um problema. Objetivado para a resolução de um problema, o projeto centra-se na investigação, análise e resolução deste, permitindo prever, orientar e preparar o caminho desenvolvido durante a sua elaboração. Corroborado por Ruivo *et al.* (2010), este autor, descreve um “projeto como um método reflexivo, tendo como base a sustentabilidade da investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, onde através da identificação de um problema se pretende uma resolução por meio de ações” (p.5).

A realização deste PIP terá por base a metodologia de projeto. Esta metodologia centra-se principalmente na investigação de uma dada situação identificada como um problema de carácter real, onde através da implementação de estratégias e intervenções, tem como principal objetivo a resolução do problema identificado. É ainda, através da metodologia de projeto que se adquirem capacidades e competências pessoais, através da elaboração e concretização de um projeto numa dada situação real identificada (Ferrito *et al.*, 2010). Constituída por cinco fases: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados, a metodologia de projeto permite a construção de uma ponte, entre a teoria e a prática, permitindo através do conhecimento teórico adquirido ser aplicado posteriormente na praxis da profissão. A metodologia de projeto assenta em pressupostos idênticos ao MMPBE, pois ambos têm por base a premissa de resolução de um dado problema e no paralelismo entre a investigação, a teoria e a prática, onde a sua premissa visa a mudança fundamentalmente das práticas clínicas, com vista à melhoria contínua e da qualidade dos cuidados (Ferrito *et al.*, 2010).

Assim sendo, no presente capítulo será descrito de forma detalhada cada uma das etapas da metodologia de projeto, bem como as estratégias e atividades desenvolvidas para a realização de cada uma, no decorrer do desenvolvimento do PIP, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Considerada como a primeira fase da metodologia do projeto, o diagnóstico da situação visa a descrição de uma dada problemática identificada de caráter real que requer uma atuação e uma mudança. Nesta fase é realizado um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificado sendo este descritivo com o intuito de objetivar de forma clara o que se pretende mudar e onde se pretende atuar (Ferrito, *et al.*, 2010). Visto ser considerado um processo dinâmico e proativo, este permite, durante a caracterização da situação, sofrer atualizações regulares, sendo imperativo que o mesmo seja realizado num período de tempo útil e devidamente sustentado, permitindo implementar estratégias e atividades consistentes e passíveis de resolução (Ruivo *et al.*, 2010).

Assim sendo, nesta etapa e numa primeira fase deve ser efetuada uma análise e identificação dos problemas bem como as causas e posteriormente devem ser identificadas as necessidades da população (Ruivo *et al.*, 2010). Neste sentido, e no âmbito dos cuidados de saúde, o diagnóstico da situação deve ter como base uma boa colheita de informação bem como uma análise das necessidades da população, permitindo assim desenvolver estratégias e ações que vão ao encontro das mesmas e sejam adequadas ao contexto e aos recursos disponíveis.

Pode considerar-se assim que esta etapa está em consonância com a primeira etapa do MMPBE de June Larrabee, na qual se pretende identificar os problemas da prática através da colheita e comparação de dados internos e externos para validar a necessidade de mudança (Larrabee, 2011).

Para a realização do diagnóstico da situação e, com o intuito de identificar e validar os problemas ao qual se pretende dar respostas, existem diversos instrumentos de diagnóstico utilizado na prática clínica. Descrito por Ferrito *et al.* (2010), para “identificar as necessidades na saúde em determinados contextos, é importante o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário, ao método de análise SWOT, entre outros” (p.16). Assim sendo, para a realização desta fase do PIP, recorri a observação direta, a entrevista, a implementação de um questionário e posteriormente procedi à elaboração de análise SWOT.

Considerado como um meio bastante utilizado, a entrevista “permite a recolha de informação, opiniões ou necessidades, e até de maior conhecimento da população” (Ferrito *et al.*, 2010, p.14). Corroborado por Vilelas (2017), as entrevistas são um método exploratório e constituem uma forma específica de interação social que tem como objetivo a recolha de dados para uma investigação, podendo ser estruturadas, semi-estruturadas ou não estruturadas.

Compreendendo as características desta fase, nas primeiras duas semanas do EF foi realizada uma análise sobre as temáticas que poderiam ser consideradas como uma situação-problema para o serviço, que fosse passível de uma intervenção. Para este fim, foi realizada uma

entrevista exploratória não estruturada com a enfermeira (enf.^a) responsável da UCIP que detém um conhecimento aprofundado do serviço e com a enf.^a supervisora.

Tal como refere Mão -de-Ferro (1999 *cit in* Ferrito *et al.*, 2010) para que uma formação seja direcionada à necessidade dos participantes e da organização, evitando a desmotivação dos mesmos, é necessário que se faça um levantamento das necessidades formativas. Por indicação da enfermeira responsável do serviço, na tentativa de perceber quais as problemáticas sugeridas no questionário de necessidades formativas implementado aos enfermeiros que exercem funções na UCIP, foi ainda realizada uma entrevista também ela de carácter exploratória e não estruturada com a enf.^a, esta por sua vez responsável pela formação no serviço em questão. Desta entrevista ressurtiu como temática de interesse muito pertinente e atual, as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetida a administração de terapêutica fibrinolítica. Consciente de que os enfermeiros desempenham um papel fulcral na implementação das boas práticas, e que um dos objetivos é garantir a segurança na administração de terapêutica, contribuindo assim para uma prestação de cuidados de excelência, seguros e de qualidade, constatou-se que, apenas existia na unidade hospitalar um protocolo de ativação da VVAVC e que mesmo este se encontrava desatualizado, concluindo que ainda existe um longo caminho a percorrer e a melhorar no âmbito desta temática. Posteriormente foi realizada uma reunião com o professor supervisor pedagógico para também validar a pertinência da temática a abordar. Com o intuito de uma melhor definição e exploração do problema, foi efetuada uma recolha de dados através da aplicação de um questionário (APÊNDICE I) a toda a equipa que exercem funções na UCIP. Este foi elaborado na plataforma Google Forms® e a partilha da hiperligação de acesso ao questionário foi disponibilizado através do aplicativo Whatsapp®, num grupo da equipa já existente a que todos os enfermeiros têm acesso e por onde são partilhadas todas as informações relevante para a equipa bem como as formações. Segundo Ruivo *et al.* (2010), a inclusão da equipa multidisciplinar neste projeto vem realçar a importância do trabalho em equipa na implementação de projeto na área da saúde. A participação num projeto pressupõe o consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes, respeitando a confidencialidade, anonimato e decisão individual de participação, como descreve Nunes (2013), de forma a cumprir os requisitos éticos, do Regulamento de ética e do Regulamento Geral de Proteção de Dados descrito na Lei nº. 58/2019. Como tal antes do preenchimento do questionário, foi requerido a todos os enfermeiros que participaram neste, o preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido (APÊNDICE II).

O questionário terá alcançado um total de 10 respostas num universo de 18 enfermeiros, em que 100% declaram participar de livre vontade.

O questionário é constituído por três partes distintas. Na primeira parte pretende-se fazer uma caracterização da equipa, através de questões relacionadas com os dados sociodemográficos, profissionais e académicos.

Perante os resultados obtidos, relativamente à idade dos respondentes, aferiu-se que a faixa etária varia entre os 26 e os 40 anos. Em relação às habilitações académicas, verificou-se que a maioria dos enfermeiros respondentes detém o grau de mestrado em enfermagem (40%), 30% referem ser pós-graduados/licenciados e apenas 20% dos respondentes têm licenciatura em enfermagem (Gráfico 1).

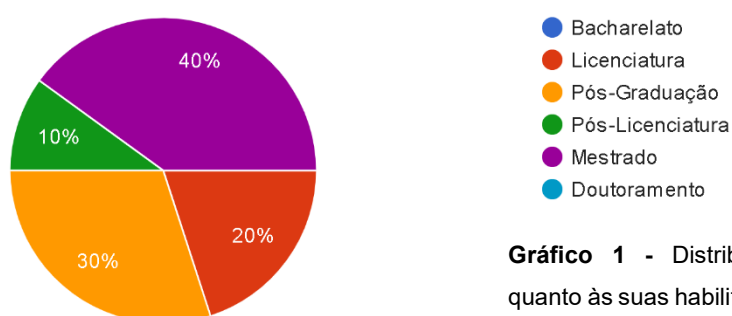


Gráfico 1 - Distribuição dos participantes quanto às suas habilitações académicas (n=10)

Fonte: Autoria própria

No que diz respeito à categoria profissional, a maioria dos respondentes exercem funções como enfermeiros de cuidados gerais (70%) e apenas 30% como enfermeiro especialista (Gráfico 2).

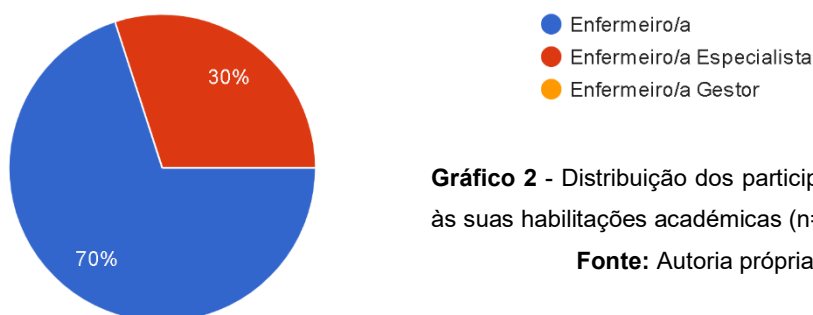


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes quanto às suas habilitações académicas (n=10)

Fonte: Autoria própria

Dos enfermeiros que referiram ser especialistas, a maioria possuía especialidade na área de EMC (75%), seguindo-se da especialidade em Enfermagem de Reabilitação (25%) (Gráfico 3).

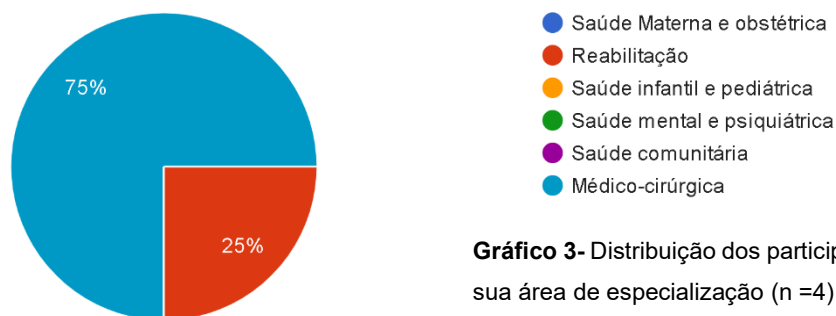


Gráfico 3- Distribuição dos participantes quanto à sua área de especialização (n =4)

Fonte: Autoria própria

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional, constatou-se que a maioria dos respondentes tem mais de 7 anos de experiência profissional (80%), seguindo-se uma experiência profissional entre os 4 e os 6 anos (20%) (Gráfico 4).

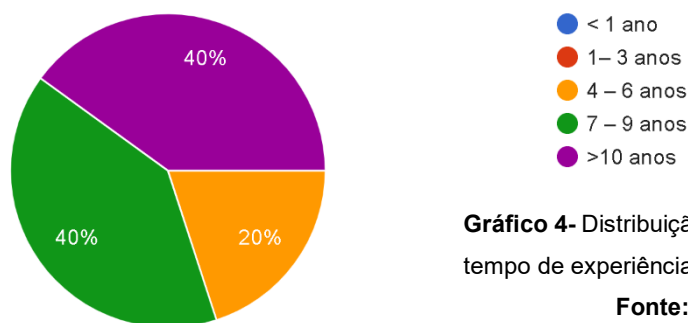


Gráfico 4- Distribuição dos participantes quanto ao tempo de experiência profissional (n =10)

Fonte: Autoria própria

Quanto ao tempo que exercem funções na UCIP, 40% dos respondentes referem uma experiência superior a 7 anos, enquanto 60% tem menos de 6 anos de experiência (Gráfico 5).

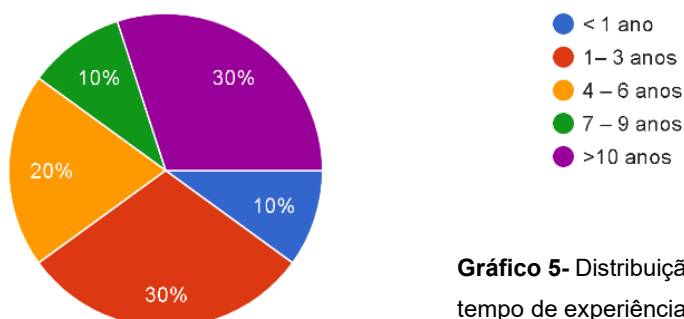


Gráfico 5- Distribuição dos participantes quanto ao tempo de experiência profissional na UCIP (n =10)

Fonte: Autoria própria

Na segunda parte do questionário pretende-se aferir a formação dos enfermeiros relativamente à pertinência do tema.

Deste modo, no que diz respeito ao conhecimento da existência/ atualização de normas/procedimentos relacionadas com a temática, 30% (Gráfico 6) dos enfermeiros responderam que não têm conhecimento da existência da norma.

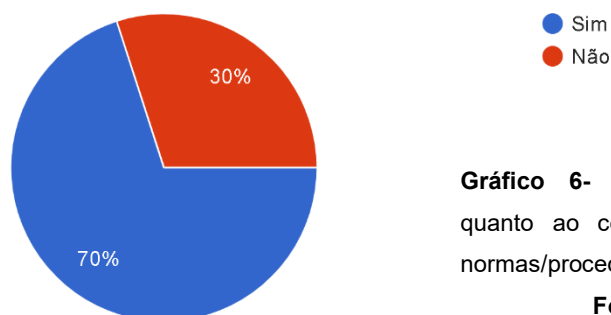


Gráfico 6- Distribuição dos participantes quanto ao conhecimento de existência de normas/procedimentos (n =10)

Fonte: Autoria própria

Quanto à sua atualização 60% (Gráfico 7) não sabem se estas estão atualizadas, o que revela quem nem todos estão informados acerca do conhecimento da existência das mesmas.

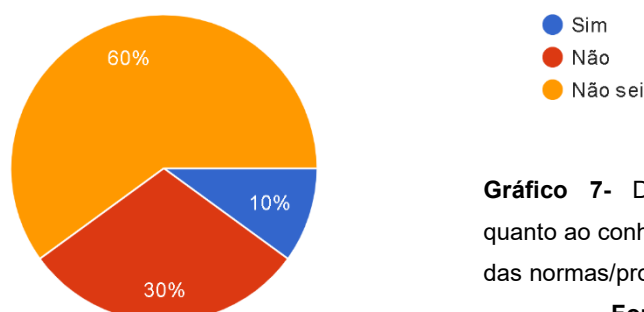


Gráfico 7- Distribuição dos participantes quanto ao conhecimento quanto à atualização das normas/procedimentos (n =10)

Fonte: Autoria própria

E por fim a terceira parte do questionário pretende-se aferir a importância atribuída à escolha do tema. Relativamente a estas questões houve unanimidade nas respostas, verificando-se que a totalidade dos participantes (100%), considerou importante a construção de um protocolo de atuação, bem como a criação de um instrumento de registo de enfermagem com o intuito de

uniformizar as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC bem como o desenvolvimento de ações de formação, contribuindo assim para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente (Gráfico 8).

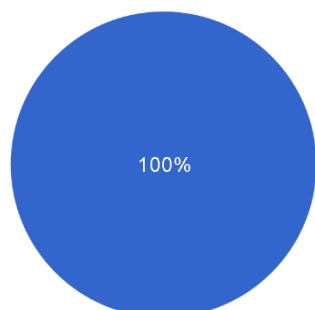


Gráfico 8- Distribuição dos participantes quanto à importância atribuída ao papel do enfermeiro nesta área (n =10)

Fonte: Autoria própria

Após a realização do questionário e poster análise dos resultados, foi ainda utilizado como instrumento de avaliação a análise SWOT, de forma a sustentar a problemática identificada. Este método é caracterizado por estar alicerçado por 4 pilares fundamentais, considerando fulcral o reconhecimento das fraquezas, a prevenção das ameaças, a identificação das forças e a deteção das oportunidades através da confrontação dos fatores positivos e negativos de carácter interno ou externo. Assim sendo, as primeiras estão inseridas nos fatores positivos, sendo que as forças são de carácter interno e as oportunidades têm carácter externo. Quanto às fraquezas e ameaças, estas estão relacionadas com os fatores negativos, em que as fraquezas são de carácter interno e as ameaças são de carácter externo (Ferrito *et al.*, 2010). A análise SWOT realizada para o presente PIP encontra-se representada na Tabela 2.

STRENGTHS (FORÇAS)	WEAKNESS (FRAQUEZAS)
- Colaboração e aprovação do enfermeiro responsável da UCIP; - Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de novos conhecimentos para políticas de qualidade e melhoria contínua de cuidados; - Consentimento e apoio da enfermeira coordenadora do serviço, da enfermeira supervisora e do professor supervisor; - Estímulo à formação em serviço como forma de desenvolvimento profissional e pessoal; - Pertinência da temática abordada; - Sem custos adicionais; - Área de interesse pessoal geradora de auto-motivação;	- Risco de desmotivação da equipa multidisciplinar pela carga de trabalho excessiva; - Não adesão da equipa de enfermagem; - Falta de incentivo de participação nas ações de formação; - Realização da ação de formação fora do horário laboral.

OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES)	THREATS (AMEAÇAS)
- Melhoria contínua da instituição; - Instituição envolvida em programas de melhoria contínua; - Temática inerente às competências do enfermeiro especialista; - Existência de normas da DGS; - Desenvolvimento de padrões de qualidade na prática da equipa de enfermagem; - Relevância da Prática Baseada na Evidência na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica; - Lucros em saúde associados resultando numa melhoria nos cuidados de saúde prestados; - Elaborar um Protocolo de Atuação, Instrumento de Registo e Documento de Consulta prático a fim de uniformizar procedimentos de enfermagem à Pessoa com AVC submetida a terapêutica trombólise; - Cooperar na redução das taxas de mortalidade e morbilidade e dos custos em saúde.	- Números reduzidos doentes internados na UCIP, durante o período da realização do plano de intervenção em serviço, que possam ser incluídos no estudo; - Tempo reduzido para a realização do projeto; - Predomínio de outras classes profissionais na decisão e efetivação do tratamento; - Acréscimo de procedimentos à prestação de cuidados de enfermagem.

Tabela 2 - Tabela de análise SWOT

Fonte: Autoria própria

Após análise dos demais instrumentos de avaliação utilizados e face ao supracitado, constatou-se que havia uma ausência de uniformização nas práticas adotadas na prestação de cuidados ao doente com AVC isquémico submetido a terapêutica fibrinolítica, surgindo assim a necessidade da criação e implementação de um documento orientador da prática que integre as intervenções de enfermagem preconizadas pelas *guidelines* emanadas. Sendo esta uma temática atual, com evidência científica recente, esta permite fomentar a PBE através da promoção da melhoria na qualidade da prestação de cuidados bem como na segurança do doente.

3.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Considerada como a segunda etapa da MP, segundo Ferrito *et al.* (2010) e inserida na etapa de diagnóstico de situação, após a identificação do problema, procede-se à definição dos objetivos a atingir, que de acordo com Dias (2012) estes “devem ser claros, realistas, razoáveis, exequíveis e mensuráveis” (p.14). Segundo Mão-de-Ferro (1999) os objetivos permitem definir

os resultados que se pretendem atingir, podendo compreender diferentes níveis, que vão desde o geral, onde é fornecida a indicação acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de atingir após o seu percurso formativo, até ao mais específico, onde estes por sua vez, são indicadores de conhecimentos e aptidões, que os formandos deverão adquirir ao longo do seu processo formativo. Assim sendo, deve ser definido o objetivo geral e baseado neste, definir os objetivos específicos (Mão-de-Ferro, 1999 *cit in* Ferrito *et al.*, 2010).

Deste modo, e baseado no diagnóstico de situação descrito anteriormente, foi delineado como objetivo geral:

- Garantir a segurança da pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, contribuindo assim para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Segundo Mão-de-Ferro (1999 *cit in* Ferrito *et al.*, 2010) “só é possível avaliar um objetivo geral se este for traduzido em termos concretos e específicos, visto que permite uma garantia maior de objetividade aos resultados esperados, sob a forma de comportamentos observáveis” (p.18). Assim, no que diz respeito aos objetivos específicos e de forma a conseguir alcançar com o maior sucesso possível o objetivo geral, foram definidos como objetivos específicos:

- Recolher evidência científica mais recente sobre a temática abordada;
- Elaborar uma *Scoping Review* sobre as Intervenções de Enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a administração de terapêutica fibrinolítica e sua relevância para a melhoria da qualidade dos mesmos;
- Elaborar um procedimento de atuação de enfermagem sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI;
- Uniformizar os procedimentos de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, através da elaboração de uma proposta de instrumento de registo de enfermagem relacionada com o protocolo de atuação;
- Atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde da UCIP no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a terapêutica fibrinolítica através da realização de uma sessão de formação em serviço;
- Elaboração de uma proposta de um instrumento de auditoria.

Posteriormente, será desenvolvido o planeamento, onde são estabelecidas as atividades, as estratégias a desenvolver, a identificação dos recursos necessários e a calendarização das tarefas a que me propôs a realizar (Miguel, 2006 *cit in* Ferrito *et al.*, 2010).

3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

A etapa consequente da MP é o Planeamento, na qual é feita uma estruturação específica e organizada de forma detalhada das ações a realizar, e onde constam todas as vertentes de gestão, calendarização das atividades, recursos humanos e não humanos necessários, riscos e qualidades. Nesta fase serão também apresentadas todas as atividades desenvolvidas e, quais as técnicas e os meios de pesquisa utilizados, bem como, o respetivo cronograma elaborado. Segundo Miguel (2006, *cit in* Ferrito *et al.*, 2010) a importância da escolha e utilização das atividades, os meios (humanos, materiais e financeiros) e as estratégias a realizar, sendo esta parte integrante do planeamento, estão diretamente alicerçados aos objetivos previamente definidos.

Em suma, e de forma a dar resposta ao objetivo geral e aos objetivos específicos traçados após análise dos resultados obtidos durante a etapa de diagnóstico da situação, foram estruturadas as atividades, estratégias e os recursos, bem como a articulação com os profissionais envolvidos neste projeto.

Remetendo para o MMPBE, podemos encontrar um paralelismo na linha de pensamento, organizacional e funcional, entre a fase de planeamento e a fase de execução com as etapas 2,3 e 4, que sugere a elaboração de um plano para a mudança da prática (Larrabee, 2011) abordado anteriormente.

Em suma, a etapa do planeamento, consiste, em traçar um plano pormenorizado do projeto, englobando a definição de estratégias, recursos e atividades a realizar, em contrapartida a etapa da execução resume-se a materializar o previamente planeado (Ferrito *et al.*, 2010). Desta forma e constatando-se a sua relação entre estas duas etapas, optei pela sua abordagem conjunta.

Com o intuito de projetar e planear as atividades a desenvolver ao longo do EF, foi desenvolvido inicialmente um Projeto de Estágio, onde foram delineadas todas as atividades e estratégias a desenvolver, com vista à aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do EE na área de especialização em EMC – PSC e das competências de mestre.

No decorrer do EF, foi também elaborada uma proposta de PIP, onde constava uma síntese do projeto, com breve fundamentação da problemática e os objetivos delineados, instrumentos de colheita de dados (questionários), atividades a desenvolver e respetivo cronograma das mesmas. O mesmo foi analisado e posteriormente aprovado pela Enfermeira supervisora, Enfermeira responsável do serviço, bem como Professor supervisor.

Tendo por base o descrito anteriormente e sendo transversal a qualquer projeto, foi elaborado um cronograma (APÊNDICE III), enquanto guia orientador em termos temporais, onde foram definidas e detalhadas minuciosamente as atividades e estratégias a serem executadas.

Este é considerado um processo dinâmico, que pode sofrer alterações durante o desenvolvimento do projeto.

Com a finalidade de cumprir os princípios institucionais e ético-legais implícitos ao processo de investigação e corroborado por Nunes (2020) “a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado (...) por quem tem a responsabilidade e a representação da organização” (p.26). Foi redigido um requerimento para formalizar o pedido de autorização para a realização do PIP na UCIP, à enfermeira responsável do serviço, ao Presidente do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar, à Direção Clínica e à Presidente da Comissão de Ética, ao Diretor do serviço e ao Presidente do Conselho Administrativo, obtendo parecer favorável para a realização do mesmo no dia 27 de novembro de 2023 (APÊNDICE IV). De forma a cumprir as orientações da DGS através da sua norma nº015/2013, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, foi realizado o consentimento ético informado, para aceitação livre e esclarecida no instrumento de recolha de dados, comprometendo-me em garantir sempre o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e consentimento informado, cumprindo os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo e realizar o tratamento e recolha dos dados realizados de acordo com regulamento geral sobre a proteção de dados (APÊNDICE V).

Em seguida serão apresentadas as estratégias e atividades planeadas com vista à concretização dos objetivos definidos. Desta forma, mostra-se pertinente estruturar e apresentar as mesmas a partir dos objetivos específicos assim como os indicadores de avaliação para a análise de cada um deles e os recursos necessários para os desenvolver com o propósito de executar o objetivo central.

O planeamento dos objetivos 1 e 2, bem como os objetivos específicos 3, 4 e 5 serão apresentados em conjunto uma vez que os mesmos se relacionam e a sua operacionalização decorreu em simultâneo.

Objetivo específico 1 - Recolher a evidência científica mais recente sobre a temática abordada;

Objetivo específico 2 - Elaborar uma *Scoping Review* (APÊNDICE VI) sobre as Intervenções de Enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a administração de terapêutica fibrinolítica e sua relevância para a melhoria da qualidade dos mesmos;

Atividades/estratégias

- Pesquisa preliminar sobre a temática;
- Aprofundar conhecimentos sobre a metodologia de *Scoping Review*;

- Reuniões de tutoria com o professor supervisor; - Construção da questão de investigação; - Identificação e seleção dos descritores a utilizar nas bases de dados científicas; - Definição do período temporal da pesquisa; - Identificação de critérios de inclusão e exclusão; - Seleção dos artigos; - Análise e síntese dos resultados obtidos; - Discussão dos resultados obtidos; - Elaboração da conclusão da <i>Scoping Review</i>.
<u>Recursos Humanos</u>
- Discente; - Professor supervisor.
<u>Recursos Materiais</u>
- Computador; Acesso à Internet e a bases de dados científicas; Acesso a documentos legais e oficiais das normas e diretrizes nacionais e internacionais acerca da temática.
<u>Indicador de Avaliação</u>
- Elaboração de uma <i>Scoping Review</i> sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica.

Tabela 3- Planeamento dos objetivos específicos 1 e 2 do PIP**Fonte:** Autoria própria

Segundo Larrabee (2011), a pesquisa é um método de investigação rigoroso e sistemático que permite desenvolver ainda mais o conhecimento adquirido e produz novos conhecimentos para posteriormente orientar a prática. A realização de uma *Scoping Review* vem dar ênfase a esta mesma autora que alude para "(...) o uso deliberado de pesquisa para melhorar a prática clínica, integrando processos específicos para transformar o conhecimento em atividades práticas, criando um clima de mudança da prática (...)" (p.). Definido por Salvador (2021), a *Scoping Review* é caracterizado como um método de investigação que possibilita, "(...) sintetizar evidências de questões de pesquisa amplas de modo sistemático, com transparência e confiabilidade dos seus dados, o que possibilita a replicação do método por outros autores distintos" (p.1).

Para a realização desta *Scoping Review* recorreu-se à utilização da metodologia de Joanna Briggs Institute [JBI] (JBI, 2015, Peters *et al.*, 2020). Este método está alicerçado num conjunto de etapas e critérios devidamente definidos, sendo que a primeira etapa consiste na identificação e definição dos objetivos, geral e específicos, seguindo-se da formulação da pergunta de investigação, a definição clara dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, estudos e/ou

guidelines, seleção dos estudos pretendidos com base nos objetivos estabelecidos, organização dos estudos selecionados e mapeamento dos dados, análise e discussão dos resultados obtidos nos diversos estudos e por último o resumo e a exposição dos resultados obtidos. Posto isto, e com base na metodologia JBI, foi definido como objetivo geral: mapear e identificar os resultados das Intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto hospitalar, através da realização de uma *Scoping Review*.

O ponto de partida de uma das etapas cruciais para a realização de uma pesquisa vasta da literatura com o intuito de encontrar a melhor evidência é a formulação de uma questão de investigação, claramente definida, que pode ser facilmente traduzida numa estratégia para a procura eficaz. Conhecendo a problemática inicial e de forma a responder aos objetivos desta revisão, elaborou-se a questão de investigação de acordo com o acrónimo PCC, P – População; C – Conceito e C – Contexto (JBI, 2015; Peters *et al.*, 2020). Sendo definidos como: P – todos os indivíduos adultos (> 18 anos de idade) com o diagnóstico de AVC isquémico submetidos a terapêutica fibrinolíticas; C – cuidados de enfermagem que potenciam a segurança do doente; C – Unidade de Cuidados Intensivos.

Assim sendo, este trabalho de investigação teve como ponto de partida a seguinte questão: Quais os cuidados de enfermagem que potenciam a segurança do doente com AVC isquémico submetido a terapêutica fibrinolítica em contexto hospitalar?

Após a definição dos objetivos e formulação das perguntas de investigação deu-se início à fase seguinte, que se prende na pesquisa da evidência científica sobre a temática. A recolha da bibliografia baseou-se numa pesquisa realizada via internet na plataforma EBSCOhost®, com acesso a base de dados de produção e investigação científica na área das ciências de enfermagem, onde foram selecionadas todas as bases que a integram, sendo elas a CINAHL *complete*, MEDLINE *complete*, Nursing & Allied Health, Collection Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers. Os descritores utilizados para realizar a pesquisa na EBSCOhost® foram devidamente validados nos Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) e na *Medical Subject Heading* (MeSH), estes são compostos por um vocabulário estruturado e quadrilíngue com indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica, e consiste na atribuição de “etiquetas” a documentos, permitindo a sua recuperação em banco de dados sendo os descritores essas etiquetas. Assim sendo, foram delineados os seguintes descritores: Terapia fibrinolítica; AVC isquémico; Enfermagem, Hospital. Com recurso à interseção entre os descritores supracitados nas plataformas de base dados EBSCOhost®, utilizou-se a interseção entre os descritores do operador booleano, resultando a seguinte equação booleana: *Trombolytic Therapy AND Ischeamic Stroke AND Nursing, AND Hospital, NOT Childrens*.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão qualquer estudo que envolvesse a prestação de cuidados de enfermagem em doentes adultos com o diagnóstico de AVC submetidos a terapêutica fibrinolítica, com publicação num intervalo temporal entre 2019 e 2023 inclusive. Este espaço temporal deve-se à necessidade de assegurar a evidência científica mais recente. Os critérios de exclusão prenderam-se com estudos que abordassem exclusivamente outros serviços que não a UCI, cuja população fosse pediátrica e que não envolvessem a área de enfermagem. Foram excluídos também os estudos que não dessem resposta às questões de investigação formuladas.

Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, artigos que englobassem estudos relacionados com o tema mas que não incluíssem enfermeiros em contexto hospitalar, estudos sem relevância para a temática abordada, artigos que não disponibilizassem o texto completo/integral (*full text*) e que não cumpriram os critérios de inclusão.

Resultante dos critérios estabelecidos para a pesquisa, descritos anteriormente, obtive um total de 129 artigos. Após a leitura dos títulos, por não responderem à pergunta de investigação e/ou aos critérios de inclusão/exclusão estabelecidos, foram excluídos 117 artigos. Foram rastreados 12 artigos tendo sido, posteriormente, elaborada uma seleção onde foram excluídos artigos pelo tema, tendo ficado 7 artigos avaliados para elegibilidade. Posteriormente, foi realizada uma leitura integral dos 7 artigos selecionados, em que 3 desses artigos foram excluídos pelo seu resumo, ficando 4 dos artigos avaliados para elegibilidade e foi confirmada a sua adequação ao estudo. A esquematização de todo o processo dos estudos foi realizada segundo o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* [PRISMA] (Figura 2), segundo a JBI, permitindo assim ajudar a melhorar o relato da *Scoping Review*.

O fluxograma permitiu descrever o fluxo de informação através das diferentes fases, onde foi mapeado o número de registos identificados, incluídos e excluídos e as razões das exclusões.

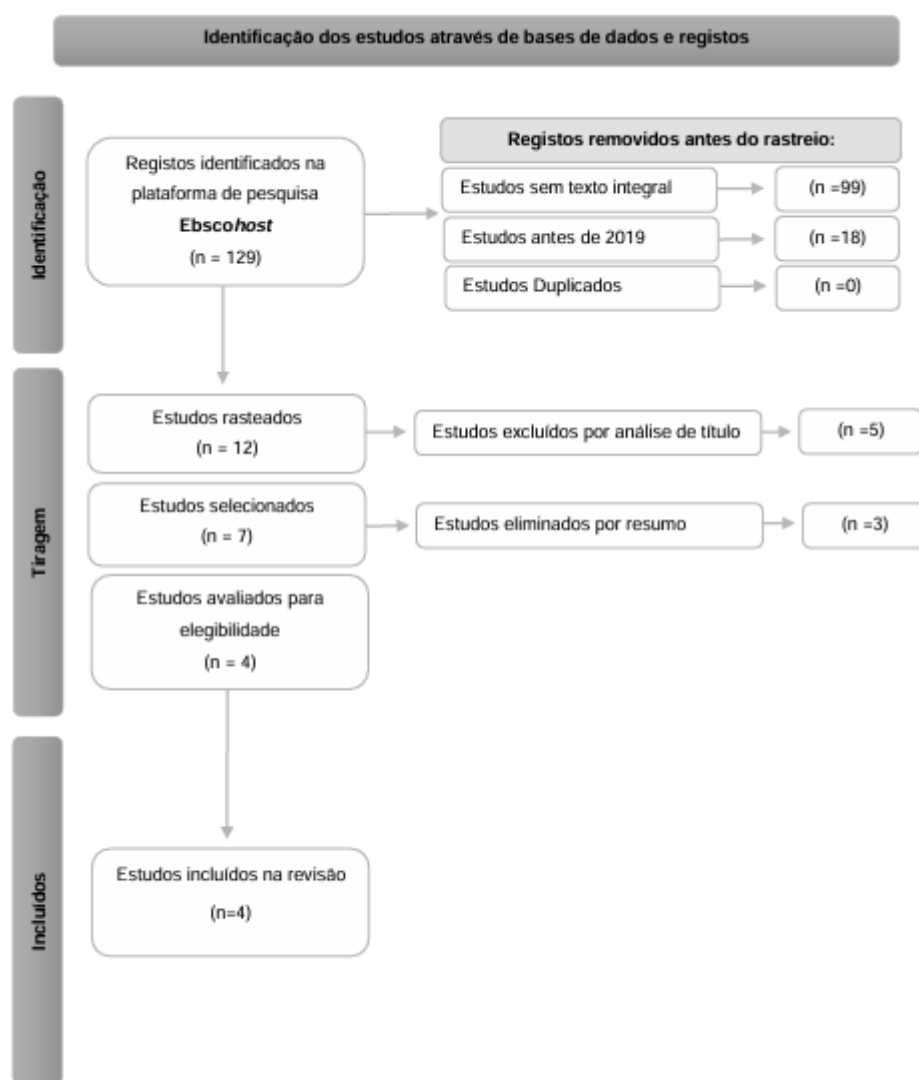


Figura 2 - Diagrama *PRISMA Flow Diagram* da *Scoping Review*

Com a realização desta *Scoping Review*, concluímos que foi ao encontro com as *guidelines* preconizadas. A pessoa com AVC isquémico submetida a terapêutica fibrinolítica requer ser cuidada por uma equipa multidisciplinar treinada, especializada e de excelência, sendo imperativo para tal a definição dos cuidados de enfermagem e a criação de protocolos de atuação, promovendo assim a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. A equipa de enfermagem é uma peça fundamental na administração da terapêutica fibrinolítica, sendo a principal responsável pela mesma, e quanto mais competência e experiência possuir mais rápida será a sua atuação. Os registos de enfermagem são fundamentais uma vez que revelam as intervenções realizadas, atribuindo visibilidade ao desempenho do enfermeiro garantindo a segurança do doente e a excelência dos cuidados. Finalizada a *Scoping Review*, consideramos que este objetivo foi atingido, tendo sido posteriormente entrega ao professor supervisor, que procedeu à sua avaliação, sendo que a mesma está integrada na nota final da UC EF.

Objetivo específico 3 - Uniformizar os cuidados prestados à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica;

Objetivo específico 4 - Elaborar um procedimento de atuação de enfermagem sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI;

Objetivo específico 5 - Uniformizar os procedimentos de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, através da elaboração de uma proposta de instrumento de registo de enfermagem relacionada com o protocolo de atuação;

Atividades/estratégias

- Criação de uma proposta de Procedimento de Atuação (APÊNDICE VII) sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a trombólise;
- Criação de uma proposta de Instrumento de Registo de enfermagem (APÊNDICE VIII) relacionado com o procedimento de atuação;
- Apresentação das propostas à enfermeira responsável, enfermeira supervisora e ao professor supervisor;
- Revisão das propostas supracitadas, após sugestões e indicações;
- Elaboração da proposta final do Protocolo de Atuação, Instrumento de Registo e sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida administração de terapêutica fibrinolítica;
- Elaboração da proposta final do Instrumento de Registo de enfermagem;
- Apresentação à equipa da UCI dos instrumentos elaborados.

Recursos Humanos

- Discente;
- Professor supervisor,
- Enfermeira supervisora de estágio;
- Enfermeira responsável da UCIP;
- Equipa de enfermagem da UCIP.

Recursos Materiais

- Computador; Acesso à Internet; Acesso a bases de dados científicas; Acesso a documentos legais e oficiais das normas e diretrizes nacionais e internacionais sobre a temática; *Scoping Review* em execução;

Indicador de Avaliação

- Elaboração de um procedimento de atuação sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetida a administração de terapêuticas fibrinolíticas

e elaboração do instrumento de registo de enfermagem relacionado com o procedimento de atuação;

Tabela 4 - Planeamento dos objetivos específicos 3, 4 e 5 do PIP

Fonte: Autoria própria

Com o intuito de dar resposta a estes objetivos, foi realizada uma pesquisa pormenorizada das normas, protocolos e documentos existente em vigor na UCIP bem como na instituição hospitalar onde foi realizado o EF. Uma análise prévia do contexto clínico, assume também um papel fulcral, pois permite conhecer a organização do serviço, as dinâmicas do serviço bem como os recursos disponíveis na instituição.

Numa fase inicial foi realizada uma reunião com a Enf.^a supervisora do EF e com a Enf.^a Responsável da UCIP, com o objetivo de traçar as linhas orientadoras a seguir.

Os procedimentos de atuação são caracterizados como documentos que envolvem recomendações de condutas, ações e técnicas, baseadas em evidências científicas, onde se prevê que venham a nortear as intervenções de enfermagem permitindo assim a garantia da melhor prestação de cuidados de saúde.

Posto isto, para a elaboração do protocolo de atuação e do instrumento de registo de enfermagem, no sentido de alcançar a melhor evidência disponível, foi efetuada uma pesquisa exaustiva em bases de dados, revistas e jornais da especialidade, *guidelines* de prática clínica, normas, protocolos de atuação e artigos científicos. A elaboração prévia da *Scoping Review*, referenciado anteriormente, sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica bem como os resultados obtidos na mesma, teve um suporte fundamental na elaboração da proposta de procedimento de atuação.

Foi então elaborada uma primeira versão da proposta do procedimento de atuação bem como da proposta do instrumento de registos de enfermagem com vista à uniformização das boas práticas e consequente melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Procurou-se desta forma criar um documento de fácil acesso e interpretação, com orientações de prática clínica, alicerçadas na melhor evidência disponível. Durante este processo foram desenvolvidas reuniões com a Enf.^a supervisora, de caráter preponderante para a criação destes, uma vez que durante as reuniões suscitaram dúvidas, tendo assim um papel orientador para mim.

As propostas iniciais foram então submetidas para análise da Enf.^a supervisora e da Enf.^a responsável da UCIP que, sugeriram pequenas alterações de melhoria, que após serem efetuadas foram então elaboradas as propostas finais e encaminhado para o departamento de qualidade, para posterior aprovação pelo Diretor Clínico.

No entanto, ainda que a aguardar aprovação por parte do diretor clínico, o procedimento de atuação e o instrumento de registos de enfermagem foram apresentados á equipa de enfermagem da UCIP na sessão formativa.

É importante salientar que tanto o procedimento de atuação sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a administração de terapêutica fibrinolítica como o instrumento de registo de enfermagem, apesar de ter sido desenvolvido em contexto da UCIP, este é uma mais-valia e pode ser aplicado em qualquer serviço da instituição, em caso especial na urgência, uma vez que muitas das vezes os doentes iniciam o tratamento com o fibrinolítico nesse contexto. Face ao exposto considere-se que estes objetivos foram atingidos, uma vez que foram finalizados, bem como estipuladas responsabilidades para submissão do mesmo após término do estágio.

Objetivo específico 6 - Atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde da UCI no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a terapêutica fibrinolítica através da realização de uma sessão de formação em serviço;

Atividades/estratégias

- Consulta de normas, protocolos de atuação, artigos relevantes, *bundles* e *guidelines* sobre a temática em estudo;
- Organização e compilação de toda a informação sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetidas a terapêutica à administração de terapêutica fibrinolítica, obtida através do desenvolvimento da *Scoping Review* e de toda a restante pesquisa bibliográfica realizada;
- Planeamento de um plano de sessão de formação (APÊNDICE IX) para divulgação de conhecimentos sobre a temática,
- Apresentação do plano de sessão de formação à Enfermeira responsável, Enfermeira supervisora a fim de obter sugestões e orientações;
- Agendamento da sessão de formação com a enfermeira supervisora, enfermeiro responsável pela formação em serviço e professor orientador pedagógico;
- Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem, através do aplicativo WhatsApp®;
- Construção da apresentação da sessão de formação em formato *PowerPoint*®, para apresentação da sessão de formação;
- Apresentação da sessão de formação à equipa de enfermagem via online, através do aplicativo Microsoft Teams®;

- Elaboração de um questionário de avaliação (APÊNDICE X) da sessão de formação na plataforma GoogleForms®, que ficaria acessível através de <i>link</i> fornecido no final da apresentação em PowerPoint.
<u>Recursos Humanos</u>
- Discente; - Professor supervisor; - Enfermeira supervisora de estágio; - Enfermeira responsável pela formação em serviço da UCIP; - Enfermeira responsável da UCIP; - Equipa de enfermagem da UCIP.
<u>Recursos Materiais</u>
- Computador; Acesso à Internet; Acesso a bases de dados científicas; Acesso a documentos legais e oficiais das normas e diretrizes nacionais e internacionais sobre a temática; <i>Scoping Review</i> em execução; Aplicativo WhatsApp®, Videoprojector; Programa PowerPoint®, Aplicativo Microsoft Teams®, Plataforma GoogleForms®.
<u>Indicador de Avaliação</u>
- Realização da sessão de formação e análise dos resultados obtidos através do questionário de avaliação da sessão de formação.

Tabela 5 - Planeamento do objetivo específico 6 do PIP

Fonte: Autoria própria

A concretização deste objetivo consiste numa das fases mais desafiante, exigente e motivadora, uma vez que, tendo por base as atividades desenvolvidas nos objetivos anteriores, foi onde permitiu partilhar todo o meu trabalho, pesquisa e conteúdo produzido, com a equipa de enfermagem da UCIP, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados à PSC com AVC Isquémico neste serviço e posteriormente na instituição onde se realizou o EF. Corroborado pela OE (2016), que considera a formação e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros um pilar determinante e fundamental para a melhoria continua de qualidade, repercutindo-se no seu desempenho profissional e consequentemente nos cuidados prestados ao doente.

Durante todo o EF e todo o processo de elaboração do plano de intervenção em serviço, recorri a pesquisa bibliográfica e a base de dados, onde me foi permitido selecionar adequadamente os conteúdos a apresentar, atualizar e adquirir novos conhecimentos baseados na evidência mais recente. Esta pesquisa bibliográfica orientou-me ainda na escolha dos potenciais conteúdos a apresentar, assim como a realização de sessões de *brainstorming* sobre

as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI.

Numa fase inicial e de modo a desenvolver a sessão de formação, foi realizado um plano da sessão, que surge como um guia, estando nele definidos todos os dados relacionados com a sessão de formação: o local, a data; a duração, os métodos e meios audiovisuais necessários para formação, bem como, a ordem e estrutura dos conteúdos a abordar tendo em consideração os objetivos gerais e específicos delineados. De acordo com os objetivos estabelecidos, os conteúdos a abordar na sessão de formação foram: Apresentação do tema; a pertinência do tema; algumas definições relevantes acerca da temática; definição do r-tPA; modo de preparação, armazenamento e administração da terapêutica; critérios de inclusão e exclusão para a administração da terapêutica; sinais de alarme durante a administração da terapêutica, apresentação das propostas desenvolvidas no EF.

A definição da data para a realização da sessão de formação foi discutida com a Enf.º supervisora, com a Enf.ª Responsável do serviço, com a Enf.ª responsável pela formação em serviço em concordância com professor supervisor, ficando agendada para o dia 29 de janeiro de 2024. A sua divulgação ficou a cargo da Enf.ª responsável pela formação tendo sido efetuada através do aplicativo Whatapp®, no grupo da equipa.

Como material de suporte para a apresentação da sessão de formação foram elaborados diapositivos em programa PowerPoint®,

Com objetivo de obter uma maior taxa de participação por parte da equipa de enfermagem na sessão de formação, a mesma foi apresentada apenas via *on-line* através da plataforma Microsoft Teams®. Dos 18 enfermeiros que exercem funções na UCIP estiveram presentes na formação 9 enfermeiros e o professor supervisor, constituindo uma taxa de participação de 50% de adesão. No final da sessão de formação, como forma de avaliação da sessão de formação, foi solicitado aos formandos o preenchimento de um questionário (de carácter anónimo) elaborado no GoogleForms®, relativo ao conteúdo da formação e ao desempenho do formando, obtendo um total de 6 respostas neste questionário. A sua divulgação ficou também a cargo da Enf.ª responsável pela formação, tendo sido efetuada de igual modo através do aplicativo Whatapp®, no grupo da equipa. Foi realizada uma análise aos questionários, verificando-se que a avaliação foi positiva como representado na Tabela 6.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Satisfação do Formando

TEMA DA FORMAÇÃO	“Intervenções de Enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI”					
DATA:	29/01/2024					
Ajude-me a melhorar, partilhando a sua opinião. Agradeço a sua colaboração, no sentido de a adequar e melhorar continuamente.						
Preencha o presente questionário atribuindo um valor 1 (não satisfaz), 2 (satisfaz pouco); 3 (satisfaz), 4 (bom) a 5 (excelente) aos diferentes aspetos da formação.						
Responda com um (X), a opção que melhor caracteriza a sua opinião.						
	NÍVEIS DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5
A FORMADORA						
Domínio dos conteúdos e técnicas					50%	50%
Clareza e envolvimento com o grupo					66,7%	33,3%
Incentivo dos formandos a participar na ação de formação					50%	50%
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS						
Linguagem clara e objetiva					66,7%	33,3%
Identificados os objetivos de forma clara					50%	50%
Interesse nos temas expostos					33,3%	66,7%
Utilidade dos conhecimentos adquiridos					33,3%	66,7%
QUALIDADE DO MATERIAL E MEIOS PEDAGÓGICOS						
Documentos de apoio					16,7%	83,3%
Meios Audiovisuais					16,7%	83,3%
Material de Demonstração					16,7%	83,3%
Instalações (conforto, acessos, iluminação)					16,7%	83,3%
ORGANIZAÇÃO						
Divulgação da formação					16,7%	83,3%
Cumprimento do horário previsto					16,7%	83,3%
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas					16,7%	83,3%
Organização da ação de formação foi eficiente					33,3%	66,7%
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:						
Não obtendo resposta neste campo.						
Obrigado pela sua Colaboração!						
Disponível no Link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdSjv3FJv4gF5DLt-zADpqrXz9eG0toZYWWQw_oioRwNRCh3A/viewform?usp=pp_url						

Tabela 6 - Avaliação da sessão de formação realizado pelos formandos

Fonte: Autoria própria

Perante as estratégias apresentadas para que todos os elementos da equipa de enfermagem tivessem acesso à sessão de formação, assim como o grau de satisfação dos formandos, considere-se que este objetivo foi cumprido, uma vez que através da apresentação da mesma houve uma partilha da evidência mais recente acerca da temática abordada, bem como das atividades desenvolvidas, mesmo que ainda sob aprovação.

Objetivo específico 7 – Elaboração de uma proposta de um instrumento de auditoria.
<u>Atividades/estratégias</u>
- Consulta de normas, protocolos de atuação, artigos relevantes, <i>bundles</i> e <i>guidelines</i> sobre a temática em estudo; - Criação da proposta inicial de instrumento de auditoria (APÊNDICE XI); - Apresentação da proposta inicial do instrumento de auditoria à Enf.^a responsável, Enf.^a supervisora a fim de obter sugestões e orientações para uma melhoria da mesma; - Revisão da proposta inicial de instrumento de auditoria, consoante as recomendações; - Realização da proposta final de instrumento de auditoria.
<u>Recursos Humanos</u>
- Discente; - Enfermeira supervisora de estágio; - Enfermeira responsável da UCIP; - Equipa de enfermagem da UCIP.
<u>Recursos Materiais</u>
- Computador; Acesso à Internet; Acesso a bases de dados científicas; Acesso a documentos legais e oficiais das normas e diretrizes nacionais e internacionais sobre a temática.
<u>Indicador de Avaliação</u>
- Realização, entrega e apresentação da proposta final de instrumento de auditoria.

Tabela 7 – Planeamento do objetivo específico 7 do PIP

Fonte: Autoria própria

A problemática em torno da qualidade na saúde assim como na melhoria na prestação de cuidados com qualidade é abordada tanto a nível mundial, como ao nível mais micro, como por exemplo as instituições de saúde.

Cada vez mais assiste-se na população a um aumento exponencial das expectativas e exigências dos cidadãos, percutindo-se no aumento da responsabilidade por parte dos

profissionais de saúde. Em consequência, existe uma crescente preocupação na melhoria da qualidade e do desempenho dos enfermeiros no sistema de saúde e de acordo com a DGS (2015) a melhoria contínua da qualidade na saúde está assente na procura dos profissionais por cuidados mais equitativos, efetivos e seguros, onde aproveitem os recursos, humanos e materiais, da melhor maneira e que satisfaçam as necessidades do doente. Concludentemente, irá contribuir para a melhoria da equidade, do acesso aos cuidados, da segurança e adequação desses mesmos cuidados. Neste sentido, as boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Segundo a OE (2007) a avaliação da qualidade dos cuidados prestados deve estar assente em três domínios: a estrutura - a organização, infraestrutura física, profissionais e doentes; o processo, referente à prestação de cuidados que os doentes recebem desde o diagnóstico, ao tratamento ou até mesmo a prevenção da doença; e os resultados referentes são os resultados finais dos cuidados que foram prestados.

Considerado por Braun *et al.*, (2010) os indicadores são instrumentos de medicação que indicam a presença de um fenómeno ou evento e a sua intensidade. Estes são considerados como um instrumento de medida, cujo resultado será refletido na gestão da qualidade, pois está intrinsecamente relacionado com o fenómeno que se pretende medir. Os indicadores de qualidade ao serem mesuráveis, permite distinguir uma boa de uma má estrutura e no processo no sentido de obtenção do melhor resultado.

Os indicadores de qualidade permitem assim uma melhoria contínua na qualidade e são consideradas como uma importante ferramenta na melhoria e gestão dos mesmos através de uma avaliação diária e da identificação de falhas nas áreas onde é necessária uma intervenção. Contudo, estes indicadores devem de ser adaptados ao sistema de saúde em que se inserem bem como à realidade de cada serviço.

Intrínseco ao procedimento de atuação desenvolvido, relacionado com as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetida a administração de terapêutica fibrinolítica, pretendeu-se monitorizar a atuação dos enfermeiros durante todo esse processo através de uma auditoria, permitindo aferir se as estratégias planeadas foram implementadas de forma correta.

De forma a dar resposta a este objetivo, numa fase inicial realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de auditoria com o intuito de o desenvolver de acordo com base na evidência científica mais recente. Posteriormente foi efetuada uma reunião com a Enf.^a supervisora e com a Enf.^a responsável da UCIP, com o objetivo de traçar linhas orientadores a seguir. Foi então elaborada uma primeira versão do instrumento de auditoria, com o objetivo de uniformizar as boas práticas e consequentemente a melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados. O cumprimento das intervenções previstas no procedimento de atuação

deve assim constar nos registos de enfermagem efetuados, e desta forma este instrumento de auditoria permitirá avaliar o cumprimento do procedimento de atuação e consequentemente a avaliação da mudança da prática. Sendo que ficou definido que deve ser aplicada a todos os doentes que sejam submetidos a administração de terapêutica fibrinolítica e apresentar uma taxa de 100% de conformidade. No entanto não foi definido quem iria fazer esta auditoria. A proposta inicial foi submetida para análise, surgindo pequenas alterações de melhoria. Após realizadas as alterações sugeridas foi anexado ao procedimento de atuação e encaminhado ao departamento de qualidade, para verificação/validação, e posteriormente ser publicado na plataforma da instituição, o que nos permite conferir a concretização deste objetivo.

3.4. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Segundo Ferrito *et al.* (2010) a avaliação é a etapa que se segue na metodologia do projeto e, é considerado como um processo complexo e tão importante quanto o produzido e aplicado, que está implícito a análise e a sua reflexão. Este processo é caracterizado por ser contínuo e também dinâmico e incide em dois momentos distintos, a avaliação do processo e a avaliação dos resultados. A avaliação do processo ou intermédia é feita em simultâneo com a etapa de execução, caracterizada por um momento de pausa e de reflexão sobre o caminho delineado até ao momento (Ruivo *et al.*, 2010). Assim sendo, durante a realização do planeamento das atividades foram efetuadas avaliações, e em caso de necessidade foram realizadas alterações. Em contrapartida, a avaliação final, surge no final do projeto, e o objetivo é a avaliação do produto final. (Ruivo *et al.*, 2010). Transpondo para o MMPBE de Larrabee (2011), este processo enquadra-se na etapa número cinco, na medida que reporta à avaliação do processo e respetivos resultados culminando no desenvolvimento de conclusões e recomendações. Para efetivar essa avaliação, pode ser necessário a aplicação de um método de verificação da execução dos objetivos e assim, perante os objetivos apresentados, poderá ser realizada uma avaliação a cada um deles, verificando-se se os mesmos foram atingidos de forma positiva e que tiveram pertinência e utilidade para o processo.

Tendo em conta o supracitado, considereei que os objetivos iniciais foram atingidos, com pertinência adequada para a implementação do PIP.

Por fim, a última fase da metodologia do projeto consiste na divulgação dos resultados, dando a conhecer, concomitantemente, a relevância do projeto e o caminho percorrido (Ruivo *et al.*, 2010). A divulgação dos resultados obtidos após a realização do projeto, é considerada pela mesma uma fase importante, na medida em que permite dar a conhecer à população em geral,

a pertinência do projeto e o caminho percorrido, com o intuito de resolução de um determinado problema.

A divulgação dos resultados obtidos em projetos desenvolvidos na área da saúde através da utilização da metodologia do projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade promovem a disseminação do conhecimento científico assumindo um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para uma melhoria dos cuidados prestados (Ferrito *et al.*, 2010).

Para dar término a este ciclo, a divulgação do projeto bem como os seus resultados é fulcral, permitindo assim manter uma linha de investigação e de produção de evidência científica, uma vez que desenvolve nos profissionais competências científicas e técnicas permitindo uma melhoria na prestação de cuidados e com segurança, bem como na melhoria dos cuidados prestados. Corroborado por Larrabee, na etapa 6 do MMPBE enfatiza a disseminação dos resultados, referindo que a divulgação será “potencialmente útil para terceiros que poderão desejar replicar o projeto” (Larrabee, 2011).

A divulgação dos resultados pode ser através de reuniões informais, de uma publicação, de apresentação em eventos científicos ou através da redação de um relatório final. (Larrabee, 2011; Ferrito *et al.*, 2010). Primeiramente, o resultado do trabalho desenvolvido durante o PIP foi partilhado com a equipa de enfermagem da UCIP através de uma sessão de formação. Esta sessão foi posteriormente disponibilizada em formato digital para que fosse permitido o acesso a toda a equipa multidisciplinar. Foi ainda considerado como forma de disseminação de resultados durante o desenvolvimento do PIP a elaboração de uma *Scoping Review* e a respetiva possível submissão em revista científica.

A redação do presente relatório e a sua posterior discussão pública e publicação no repositório científico permitirá o acesso à população em geral, assumindo-se como um meio de disseminação do conhecimento científico.

Sumariamente e, tendo em conta todo o caminho percorrido durante o desenvolvimento do PIP, desde o diagnóstico da situação, que permitiu identificar uma necessidade de intervenção na UCIP, passando pelo planeamento e execução, com especial ênfase para as atividades desenvolvidas, avaliação e divulgação dos resultados, foi fulcral para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com AVC isquémico submetidos a administração de terapêutica fibrinolítica, bem como para o desenvolvimento das diferentes competências.

À data de término do EF, o procedimento de atuação bem como o instrumento para registo de enfermagem apresentados não se encontrava ainda disponível na plataforma documental da instituição, estando a aguardar a validação por parte do departamento de qualidade da mesma, desta forma não foi possível durante o EF aplicar o instrumento de auditoria para verificação do

cumprimento do procedimento de atuação bem como o instrumento para o registo de enfermagem.

É esperado desta forma contribuir para a disseminação de informação através da prestação de cuidados bem como a mudança da prática baseada na evidência.

De forma conclusiva e após a realização de todo o enquadramento teórico, a descrição dos contextos clínicos bem como o desenvolvimento do PIP, considera-se reunidas as bases para o desenvolvimento do próximo capítulo e realizar uma análise critico-reflexiva de todas as competências, tanto as comuns como as específicas, que se pretende adquirir e desenvolver durante este percurso académico.

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

A prática da enfermagem encontra-se inserida num processo contínuo, resultante de uma aprendizagem experiencial adquirida em ambientes nos quais o enfermeiro é confrontado perante situações clínicas complexas.

Corroborado por Nunes (2010) “(...) o profissional é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar atividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa” (p.8).

Definido pela OE (2011) o EE é considerado como um profissional “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (p. 8648).

Considerada pluridimensional e descrito pela *International Council of Nurses* (ICN) a palavra Competência refere-se à “(...) aplicação efetiva de uma combinação de conhecimento, habilidade e julgamento demonstrada por um individuo na prática diária ou no desempenho no trabalho” (p.17). Estas envolvem conhecimento, julgamento clínico e compreensão de diversas capacidades a nível técnico, cognitivo, psicomotor e interpessoais, assim como atributos e atitudes pessoais, quando aplicado à enfermagem (ICN, 2010). Corroborado pela OE (2017a), competência assume-se como “um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho” e é considerada como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidade, atitudes e recursos externos, devidamente aplicadas a uma determinada situação”.

Em enfermagem, a prática reflexiva tem um significado importante, pois permite aplicar o conhecimento adquirido na prática, revelando uma aptidão crucial para o desenvolvimento profissional, uma vez que este permite fomentar a autoconsciencialização e posteriormente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Peixoto & Peixoto, 2016). Com o intuito de explorar e examinar as experiências realizadas, os mesmos autores aludem para a importância da análise reflexiva do percurso efetuado ao longo dos diferentes contextos clínicos, uma vez que só assim é permitido proporcionar uma compreensão aprofundada das mesmas, resultando numa consolidação dos conhecimentos e das competências desenvolvidas. Direcionando o enfermeiro para uma série de dimensões, como o conhecimento técnico-científico, a conduta ético-legal e a relação de ajuda, esta prática remete para um processo de julgamento clínico do conhecimento e das ações praticadas, através do envolvimento na responsabilização profissional (Nunes, 2018). Assim sendo, o desenvolvimento das competências encaixa numa reflexão onde

a aprendizagem adquirida se baseia nos contextos ou situações particulares bem como na capacidade de tomada de decisão adequada e eficaz, proporcionando uma prática de enfermagem com qualidade e em segurança (Serrano *et al.*, 2011). Segundo Benner (2001), para ser possível a obtenção das competências com este tipo de especificidade não se pode considerar só aquele que é o desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, sendo sempre necessário desenvolver uma reflexão crítica sobre os mesmos.

Sendo este um curso de Mestrado em Enfermagem, aferindo não só o título de EE como também o grau de Mestre em Enfermagem, é importante destacar as competências deste. Estas são regidas pelo Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (OE, 2018), Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro (OE, 2019) e encontram-se também explanadas e definidas no documento aprovado do novo ciclo de estudos da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), enquadrado legalmente pelo Artigo 15º do Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de março e modificado pelo Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018): Assim sendo e tendo em conta a documentação supracitada, o Mestre em Enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p. 27).

Face ao supracitado e remetendo o capítulo em ênfase, este foi desenvolvido com o intuito de desenvolver e adquirir as competências específicas de Mestre, as competências comuns de EE e as competências de EEEMC com especialização na área da PSC. Será realizada uma breve descrição, uma análise e uma reflexão assente nas atividades desenvolvidas durante os estágios, bem como de uma diversidade de ações realizadas ao longo de todo este percurso

académico inserido no mestrado de Enfermagem, dando especial importância ao EF. Neste contexto, é indispensável ter como base as competências explanadas no Regulamento de Competências Comuns do EE (OE, 2019b), no Regulamento das Competências Específicas do EEEMC-PSC (OE, 2018). Ponderando tanto a transversalidade, como a correlação, como a complementaridade das competências, comuns e específicas da EEEMC- PSC assim como as competências necessárias à aquisição de Grau de Mestre descritas anteriormente, optou-se por desenvolvê-las, organizá-las e refletir sobre as mesmas de forma conjunta neste capítulo, sempre que se justifique a sua pertinência e a sua coerência.

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

Com base na descrição das atividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso académico do Mestrado em Enfermagem, neste subcapítulo será realizada uma análise crítica e reflexiva das Competências Comuns do EE, com foco para as desenvolvidas durante o EF.

Definido pela OE (2019) e descrito no Regulamento nº140/2019, o conceito de competências comuns consiste em: “(...) competências, partilhadas por todos os enfermeiros, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Segundo o Regulamento nº140/2019, da OE (2019), é importante evidenciar que os Domínios das competências, consistem numa “esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados”.

Segundo o regulamento supracitado as CC do EE têm por base quatro domínios de competências específicos: A) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; B) Domínio da melhoria contínua da qualidade; C) Domínio da gestão de cuidados e; D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019, p.4745).

Em seguida e de forma individualizada será realizada uma análise das Competências Comuns do EE de cada um dos domínios que as integra bem como as competências de Mestre em Enfermagem que se interrelacionam, através das atividades e estratégias desenvolvidas no decorrer do EF que foram definidas previamente, com vista a aquisição e desenvolvimento destas competências

A. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	
A ₁	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.
A ₂	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. (OE, 2019b, p. 4745).
Competências de Mestre em Enfermagem	
3	Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
7	Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade (UE, 2015, p. 27).

Enquanto enfermeiros, a responsabilidade profissional ética, legal e o respeito pelos direitos humanos tem início na Licenciatura em Enfermagem, desenvolvendo-se durante todo o percurso profissional.

A enfermagem assenta a sua prática no REPE, criado no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, e no CDE. O CDE é considerado como uma ferramenta legal para a regulamentação da profissão conferindo, uma autonomia essencial para a regulação de uma profissão ao mesmo tempo que responsabiliza esta profissão por defender e zelar pelos direitos das pessoas. Corroborado por Nunes (2016), esta refere que a autonomia reconhecida é o principal atributo de uma profissão que se autorregula, autodirige e autogoverna (Nunes, 2016).

Todo este conhecimento é fundamental, uma vez que no seu exercício profissional diário, os enfermeiros são confrontados permanentemente com dilemas éticos que exigem uma tomada de decisão. Na presença destes dilemas, o enfermeiro, assumindo o seu dever profissional de agir, procura fazê-lo de forma adequada e segura com foco na resolução do problema, utilizando capacidades de tomada de decisão não só agindo de forma eticamente correta como deontológica para a pessoa em causa.

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem e no que diz respeito à aquisição de competências de EE, neste domínio em particular recordamos e consolidamos conhecimentos adquiridos na UC de Epistemologia, Ética e Direitos em Enfermagem. A sua contribuição permitiu reforçar as bases para a prática profissional responsável, ética e legal mostrando-se fundamental na compreensão dos vários conceitos, documentos de cariz jurídico e normas de conduta inerentes ao exercício de enfermagem. A enfermagem, enquanto profissão, tem a sua práxis orientada pelo REPE e pelo CDE, que se encontra inserido no Estatuto da OE.

Assim, no decorrer do EF foi importante rever os documentos reguladores da profissão supracitados não só os referentes aos princípios éticos e deontológicos, mas também os documentos relacionados com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos e a Carta Social Europeia Revista, a que devemos atender, com o intuito de mobilizar conhecimentos adquiridos para uma tomada de decisão consciente e ética, respeitando os valores e normas deontológicas (OE, 2015b).

Durante o desenvolvimento deste, foi fulcral ter em conta as condições específicas da UCIP assim como as situações individuais e necessidades de cada doente e assegurar os direitos dos doentes e ao mesmo tempo cumprir com o dever enquanto ser enfermeiro.

No que diz respeito ao exercício profissional, quando exercemos as nossas funções enquanto enfermeiros estes “devem adotar uma conduta eticamente responsável e devem atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos” (OE, 2015a, pp. 101-102), garantido desta forma o respeito pelos direitos humanos e uma intervenção adequada à pessoa alvo, considerando-o como um ser único e individual (OE, 2015a, p.81).

Referente às dimensões éticas e legais é também crucial a existência constante da preocupação em garantir a privacidade, a dignidade e a confidencialidade, bem como o respeito pelos valores e crenças de cada pessoa a quem prestamos cuidados, tal como descrito na Declaração Universal dos Direitos do Homem, em que todos os seres humanos, seja qual for a raça, cor, sexo, religião, origem ou nacionalidade, nascem livres e iguais em dignidade e direitos (United Nations, 2017). O artigo 102º do código deontológico, corrobora com o descrito anteriormente, referindo que é dever do enfermeiro “cuidar a pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (OE, 2015a, p.82), abstendo-se de juízos de valor sobre o seu comportamento (OE, 2015a).

O contexto atual de crescente e diversificada mobilidade humana a nível global assim como a localização do hospital onde foi realizado o EF fazem com que recorram aos hospitais portuguesas pessoas de múltiplas culturas e nacionalidade. Neste sentido e durante o decorrer do estágio esse fato foi notório, pelo que refletir acerca dos pressupostos explanados foi bastante importante garantido o “princípio humanista de respeito integral pelas pessoas” (Nunes, 2008, p.3).

No que diz respeito à autodeterminação, o artigo 105º referente ao dever de informação, menciona na alínea b que o enfermeiro tem o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (DR, 2001). A PSC no contexto específico da UCI apresenta frequentemente um elevado grau de disfunção cognitiva, muitas das vezes associado à patologia que o levou ao internamento, ou devido aos fármacos depressores de estado de consciência a que o doente está submetido, afetando deste modo a sua autonomia impossibilitando desta forma a aplicação do consentimento informado.

É importante salvaguardar, que na impossibilidade de o doente conseguir assinar o seu consentimento, apenas as intervenções em seu benefício podem ser efetuadas (AR, 2001). Neste sentido, os cuidados prestados durante a realização do EF foram tidos em consideração os princípios éticos em cuidados de saúde nomeadamente o da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. (Nunes *et al.*, 2005).

Em distintos momentos no decorrer do estágio e, paralelamente a esta atuação, com base nos princípios ética e deontológicos foram realizadas reflexões com a enfermeira supervisora. Estes momentos permitiram fortalecer e aprofundar conhecimentos, assim como desenvolver habilidades nesta área, permitindo tomar decisões coerentes em situações complexas com a premissa dos melhores cuidados à PSC e à sua família.

Durante a realização do PIP também foram incrementados os princípios éticos da investigação, remetendo o projeto para apreciação da comissão de ética, solicitando o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes e mantendo a confidencialidade dos dados obtidos, permitindo desta forma desenvolver as competências referidas.

Perante o descrito considero ter atingido o objetivo de desenvolver as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal bem como as competências de Mestre acima referidas.

B. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade
B ₁ – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
B ₂ – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
B ₃ – Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b, p. 4745).
Competências de Mestre em Enfermagem
2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Reconhecida como uma das prioridades para as organizações de saúde, a qualidade e a segurança do doente nos cuidados de saúde, como já descrito anteriormente num capítulo do presente relatório, “contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados” (DGS, 2015a, p.16).

Remetendo para a profissão, é de realçar que a produção de linhas orientadoras para as boas práticas dos cuidados aumenta a qualidade e segurança, sendo esta regida por diversos documentos relacionados com a qualidade dos cuidados, nomeadamente os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017) e o Regulamento das Competências Comuns do EE em EMC (OE, 2019a).

No decorrer do EF, a consulta dos documentos referidos, surgiram como um guia orientador para estruturar e orientar a prática de enfermagem com o objetivo de garantir a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados. Em concordância Larrabee (2011), refere que os profissionais de saúde devem recolher a melhor e a mais recente evidência científica, e integrar-se em atividades e estratégias que conduzam à transição para a PBE.

Deste modo, para ser possível atingir as competências no domínio da melhoria continua da qualidade e segurança do doente, destaca-se a importância dos conteúdos programáticos lecionados na UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica e UC Investigação em Enfermagem, bem como a leitura, a análise e a reflexão de diversos documentos relevantes e de referência neste âmbito, nomeadamente o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 e o PNSD 2021-2026, sendo que estes têm como objetivos proporcionar uma perceção ampla de todo os conceitos inerentes a esta temática, bem como as estratégias, as metas e as propostas de aperfeiçoamento idealizadas a nível nacional.

Com o intuito de promover a qualidade dos cuidados prestados, Larrabee (2011) evidencia a importância da realização de uma pesquisa bibliográfica sistemática e rigorosa, que irá potenciar o aumento do nível de conhecimento atual e por sua vez originar novos conhecimentos.

Deste modo, foi pertinente obter conhecimento através da consulta de normas, protocolos, diretrizes e *guidelines* instituídas na instituição e serviço onde foi realizado o EF assim como obter conhecimentos dos documentos relacionados com as políticas de gestão, indicadores de qualidade e programas de melhoria contínua em prática no mesmo. Todos os documentos referenciados anteriormente encontram-se disponíveis numa plataforma documental *on-line*, com acesso ilimitado a todos os profissionais que lá exercem funções e é também nesta

plataforma que é realizada a notificação de eventos adversos no âmbito da gestão do risco. É também importante referir que este hospital no que diz respeito aos padrões de segurança e qualidade do doente assenta a sua prática nas normas emanadas pela *Joint Commission International* (JCI) – Organismo internacional reconhecido por creditar unidades de saúde, que tem como principal missão a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de saúde. As metas na segurança do doente incluem, mas não limitam, a identificação segura do doente; Comunicação Segura; Uso seguro de Medicamento; Cirurgia segura; Prevenção de Infecções; Prevenção de Quedas. Com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados seguros e de qualidade, face a uma necessidade identificada e reconhecida no serviço, foi desenvolvido o PIP, que teve como objetivo garantir a segurança e a qualidade da pessoa com AVC Isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, através da criação de um procedimento de atuação (a aguardar validação por parte do gabinete de qualidade) com o objetivo de consolidar conhecimento e melhorar a qualidade das intervenções prestadas. A construção do PIP teve por base a melhor e mais recente evidência científica, normativos internacionais e nacionais e foi elaborado a partir de um modelo teórico da PBE, originando a elaboração de um artigo científico relacionado com a temática já referida. Uma vez que a segurança do doente é indissociável da melhoria na qualidade dos cuidados, pretende-se deste modo promover um ambiente seguro focalizando uma atuação preventiva. Perante o descrito e em concordância com a enfermeira responsável e com a enfermeira supervisora, achamos pertinente durante o desenvolvimento do PIP, a realização de um guia orientador para a administração de terapêutica fibrinolítica (APÊNDICE XV) assim como uma *check-list* para a administração de terapêutica fibrinolítica (APÊNDICE XVI). Estes são inclusos ao procedimento de atuação realizado e ficarão disponíveis na plataforma digital após aprovação da direção do hospital onde foi realizado o EF.

Deste modo, relativamente à promoção e manutenção de uma cultura segura e eficiente relacionado com os cuidados prestados à PSC, é primordial atuar de forma preventiva através da monitorização de indicadores de qualidade, nomeadamente a Escala de Agitação e Sedação de *Richmond* e da Escala Comportamental de Dor - avalia o nível de sedo-analgesia do doente ventilado, a Escala de *Braden* - avalia o risco de desenvolver lesões por pressão, a Escala de *Morse* - avalia o risco de queda, sendo que na prática diária a verificação da correta identificação dos doentes é realizada através da sinalização com uma pulseira vermelha quando estes apresentam risco moderado ou risco elevado de queda, *Behavioral Pain Scale* (BPS) - avalia a dor em doentes submetidos a intubação Orotraquel, a Escala de Coma de *Glasgow* - avalia o nível de consciência de uma pessoa, Triagem da disfagia Orofaríngea - avalia a deglutição e reduz o risco de aspiração, a dupla confirmação aquando a realização de uma transfusão de concentrado de eritrócitos, a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde segundo a metodologia ISBAR - que permite a transmissão de informação de forma sistematizada entre as

equipas prestadoras de cuidados (DGS, 2017b) e a identificação do risco inerente à infeção/colonização por microrganismos multirresistentes, estes são alguns exemplos da aplicabilidade prática do foco preventivo na prestação de cuidados, onde, mediante a identificação do risco, se criam estratégias para minimizar/eliminar o erro e promover a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a segurança do doente.

No dia-a-dia da nossa prática profissional recorremos à utilização de diversas escalas de forma inconsciente. Durante a realização da proposta de atuação foi pertinente a introdução de algumas dessas escalas, nomeadamente a Escala de *Braden*, assim como a Escala de Coma de *Glasgow*, no entanto estas não se encontravam oficializadas na plataforma documental do hospital, pelo que a pedido da Enfermeira responsável da UCIP e da enfermeira supervisora, foram desenvolvidos diversos documentos pertinentes que foram incluídos neste procedimento de atuação, na perspetiva de aprovação para posteriormente ficar disponível na plataforma supracitada. (APÊNDICES XII; APÊNDICE XIII e APÊNDICE XIV).

Com base no exposto, consideramos ter desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da melhoria da qualidade, assim como as competências de mestres supracitadas.

C. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	
C ₁	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
C ₂	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019b, p.4745).
Competências de Mestre em Enfermagem	
1	Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
7	Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.27).

A gestão dos cuidados nas organizações de saúde representa um desafio constante e é considerado como uma competência fundamental do enfermeiro. Neste sentido tem-se vindo a verificar uma exigência crescente a nível das organizações de saúde, no entanto condicionado por diversos fatores, nomeadamente políticos e económicos, assim como pelas inúmeras atualizações e avanços tecnológicos e científicos.

No que diz respeito à prestação de cuidados especializados, o enfermeiro avalia o seu trabalho e gere os recursos disponíveis em resposta às necessidades, às tomadas de decisão e

pelas ações que pratica ou delega (AR,2015). Na vertente da competência do EE na gestão dos cuidados, esta não está relacionada apenas com a prestação direta dos cuidados ao doente, envolve também a gestão das equipas assim como a sua atuação, a delegação de tarefas tal como o supervisionamento das mesmas, não só referente à equipa de enfermagem, mas também a outros profissionais de saúde. Segundo Fraga (2018) define líder como “alguém que orienta e influencia outro ou outros em determinado objetivo” (Fraga,2018, p. 4). Perante o descrito as organizações de saúde têm vindo a exigir uma gestão e uma coordenação, sendo indispensável o desenvolvimento de líderes, bem como a adoção de comportamentos de liderança no processo de melhoria contínua dos cuidados, contribuindo deste modo para a motivação das equipas de enfermagem e permitindo desenvolver um ambiente de confiança e um melhor desempenho das funções.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, o EE deve possuir competências nesta área, através da (...) “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019, p. 4748) e (...) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4745).

De forma a desenvolver as competências anteriormente explanadas, é de salientar as pesquisas bibliográficas realizadas acerca da gestão de cuidados e os diversos tipos de liderança assim como os conhecimentos previamente adquiridos durante o percurso académico nomeadamente, os conteúdos programáticos lecionados na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica e da UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde de forma a articular os conhecimentos teóricos com a prática clínica.

Durante o decurso do EF procedemos à observação e análise das funções assumidas pela enfermeira responsável da UCIP assim como pelos enfermeiros responsáveis de turno, na ausência do enfermeiro responsável.

Ainda com o intuito de atingir estas competências, considerei pertinente realizar um turno de observação, acompanhando as funções da enfermeira responsável que exerce funções de gestão na UCIP. Esta assume um papel preponderante no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados por parte de toda a equipa multidisciplinar, através do exemplo demonstrado. É também expetável que detenha um elevado nível de conhecimento assim como de competências técnicas e científicas. Neste sentido constatou-se que a enfermeira responsável da UCIP é considerada como uma referência para toda a equipa, não só de enfermagem, como também de outros grupos profissionais, sendo ela o elemento a quem recorrem perante o aparecimento de dificuldades ou dúvidas. Relativamente às atividades que desenvolve no âmbito da gestão, esta é responsável pela gestão de conflitos entre os profissionais; e pela articulação

com outros serviços (armazém, farmácia, serviço de cirurgia e serviço de medicina, serviço de radiologia, bloco operatório, serviço de urgência, serviço de medicina física e reabilitação, cozinha, serviços de manutenção, departamento da qualidade, comissão de controlo de infeção, pela elaboração e gestão dos horários da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, pela planificação e distribuição do trabalho pelos enfermeiros e assistentes operacionais, pela gestão dos recursos materiais, pela certificação da operacionalidade dos equipamentos e preservação das infraestruturas. Na ausência da enfermeira responsável do serviço, a gestão do serviço e a supervisão dos cuidados é delegada por esta a um enfermeiro responsável de turno que por norma deve ser detentor do título de enfermeiro especialista ou nessa impossibilidade é atribuído ao enfermeiro com mais experiência. Neste sentido e em concordância, está descrito, no parecer conjunto n.º 01/2017b do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que a atribuição da função de responsável de turno deve ser atribuída a um EE, pois este foi-lhe reconhecido essa competência. no entanto pode ser definido um enfermeiro de cuidados gerais desde que este apresente capacidades para essa função e corroborado por Benner (2001) que refere que a experiência é resultante das aprendizagens vivenciadas permitindo desta forma a aquisição de conhecimento, julgamento crítico e habilidades conduzindo à perícia.

Neste sentido, refletir sobre os diversos tipos de liderança foi crucial, pois o enfermeiro gestor/responsável adapta a sua postura e tomada de decisão às necessidades da equipa e do serviço bem como aos diferentes contextos e situações detetadas.

Assim sendo, uma gestão eficaz impulsiona a motivação, o desempenho e a satisfação profissional de uma equipa. Perante o descrito, é importante que o enfermeiro gestor tenha uma compreensão sólida do seu próprio estilo de liderança, permitindo-lhe desta forma uma maior perceção da sua equipa/unidade resultante em equipas de sucesso e posteriormente conduzir a uma melhoria nos cuidados prestados ao doente. O estilo de liderança adotado pelo enfermeiro gestor/responsável deve promover um “ambiente positivo e favorável à prática” (OE, 2019a, p4749). O tipo de liderança que a enfermeira responsável pela UCIP adota, é uma liderança transformacional, caracterizada por uma liderança motivadora potenciadora de um desempenho para além do expectável. Este tipo de liderança em vez de atribuir tarefas a partir do topo, educa/ensina os enfermeiros a fazer juízo dos seus atos e não apenas a fazer o que lhe é pedido. É considerada uma liderança silenciosa uma vez que impera o exemplo.

A enfermeira responsável da UCIP é parte integrante da equipa, no entanto no turno da manhã exerce funções exclusivamente de gestão e coordenação do serviço.

Ainda no que diz respeito à gestão dos cuidados, o enfermeiro no exercício das suas funções é responsável “pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2015c, p. 81). Neste sentido sempre que necessário e oportuno, foram delegadas funções através da

transferência de uma determinada tarefa para um profissional competente na sua execução. Contudo as tarefas delegadas foram sempre alvo de supervisão, uma vez que a delegação de tarefas não isenta a responsabilidade de quem a delegou. Ainda com o intuito de desenvolver esta competência participei no *Webinar* intitulado de “Gestão e Liderança em Emergência médica e Catástrofe” que decorreu no dia 29/01/2024, com a duração de 8 horas e uma validade de três anos (ANEXO XI).

Enquanto aluna não me foi permitido desenvolver de forma autónoma as funções inerentes a um enfermeiro gestor, no entanto a observação, a colaboração e as ações reflexivas das situações supracitadas em conjunto com a enfermeira supervisora, permitiram-me desenvolver e adquirir as competências em questão assim como as de Mestre em Enfermagem.

D. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Competências do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	
D ₁ – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;	
D ₂ – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019b: 4745).	
Competências de Mestre em Enfermagem	
2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;	
4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;	
6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;	
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade (UE, 2015, p.27).	

Na prática da enfermagem, é indispensável a capacidade de autoconhecimento, uma vez que está relacionado com o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019a). Deste modo, a OE (2019), refere que o EE deve ter “consciência de si enquanto pessoa e da relação com o outro”. Esta autoconsciencialização não se pode dissociar da relação terapêutica, uma vez que, possibilita o desenvolvimento de uma relação terapêutica e interpessoal entre a PSC e a família, permitindo assim o aperfeiçoamento do pensamento crítico e da tomada de decisão. Phaneuf (2005) corrobora com o supracitado, referindo que estas relações são favorecidas pela autorreflexão, que impulsiona o autoconhecimento através da consciencialização das diversas estruturas da personalidade individual de cada indivíduo bem

como o seu funcionamento. Também o enfermeiro enquanto pessoa, possui um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual, resultantes dos contextos em que vivem e se desenvolvem (OE, 2001). Neste sentido, para a prática clínica, e intrínseca à evolução enquanto pessoa, é importante que os enfermeiros tenham conhecimento destas estruturas de forma a evoluir enquanto EE. A assertividade, segundo Veloso (2016) consiste na capacidade de lidar com situações interpessoais através de comportamentos que respeitem não só os nossos valores e os nossos direitos bem como os dos outros.

Assim sendo, conclui-se que é o conhecimento acerca de nós, nomeadamente as nossas competências e limitações que nos permite evoluir enquanto pessoas e enquanto profissionais e nos impulsiona para o desenvolvimento da assertividade na interação com os outros. Neste âmbito, é relevante salientar, no que diz respeito às competências supracitadas, a experiência profissional da estudante de 13 anos, sendo que 8 desses anos assentam na prestação de cuidados na área da PSC. Muitas das vezes o ambiente durante a prestação de cuidados à PSC é descrito como um trabalho iminentemente stressante não só devido à sobrecarga física, mas também emocional que recaem sobre os profissionais de saúde. Neste sentido, ao longo do meu percurso enquanto enfermeira, vivenciei diversas situações complexas, e foi imperativo nesses momentos o meu autoconhecimento para manter uma conduta profissional adequada, permitindo-me assim gerir da melhor forma todos os sentimentos e todas as emoções envolventes sem que estes interferissem com o relacionamento entre a equipa multidisciplinar assim como com o dente e a sua família.

A realização do EF num UCIP, embora que a prestação de cuidados seja também no âmbito da PSC, difere bastante do SUMC onde exerço funções enquanto enfermeira. É de salientar o quão desafiante, exigente e motivante se manifestou este estágio, dando-me a oportunidade de estimular e desenvolver o meu autoconhecimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira, mais propriamente futura EE. Esta experiência foi fundamental, uma vez que a exigente adaptação a uma realidade bastante diferente estimulou o meu autoconhecimento, tanto das minhas capacidades como das minhas limitações permitindo desta forma promover a realização de reflexões diárias, não só individuais, mas também em conjunto com a enfermeira supervisora e com a restante equipa sobre as situações que me marcaram de forma positiva e negativa, acerca dos meus comportamentos e dificuldade que manifestei na prestação de cuidados e que foi fundamental no desenvolvimento de estratégias para ultrapassar esses obstáculos. Perante o supracitado, o Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019 o EE “(...) demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é primordial na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. Em consonância, encontra-se o artigo n.º 109 do REPE e Estatuto da OE, que refere que o

enfermeiro, em toda a sua prática clínica procura a excelência do exercício, e deve “(...) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e procura “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.” (OE, 2015, p.86).

Após o término do EF, considere as estratégias utilizadas eficientes, uma vez que foram promotoras de uma evolução considerável da minha parte, assim como superei algumas das dificuldades e limitações que foram surgindo ao longo deste percurso. Em concordância com o referido encontra-se o artigo n.º 109 do REPE e Estatuto da OE, que menciona que o enfermeiro, em toda a sua prática clínica procura a excelência do exercício, assumindo o dever de “(...) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p.86).

Nesta fase do meu desenvolvimento profissional, sendo que o percurso académico e os conhecimentos adquiridos têm tido um papel fundamental, pois possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento de um conjunto de competências facilitadoras na gestão das relações terapêuticas, nomeadamente a comunicação e a escuta ativa, e da relação de ajuda, permitindo deste modo agir com assertividade e garantir a prestação de cuidados de qualidade à PSC e à sua família.

O autoconhecimento não se pode dissociar da capacidade de estabelecer relações interpessoais. Neste sentido, é importante salientar o contributo da UC de Relação de Ajuda, não só pelos conteúdos lecionados, mas também pelo desenvolvimento de estratégias para gerir sentimentos e emoções refletidas de vivências passadas, assim como técnicas de comunicação com a pessoa/família e ainda a UC enfermagem Médico-Cirúrgica 1, onde foi desenvolvido um trabalho sobre a temática da comunicação de más notícias. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019 o EE “(...) fundamenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p.4749).

A procura do conhecimento mais atualizado foi essencial ao longo do EF, tendo sido necessário rever os conteúdos abordados nas UC deste mestrado, como *guidelines* de prática clínica, normas de orientação clínica assim como o recurso à pesquisa em bases de dados científicas. Estas pesquisas foram essenciais uma vez que, como já descrito anteriormente, a PBE consiste na pesquisa organizada, sistemática e sistematizada em busca da melhor evidência em integração com a experiência e julgamento clínico e os valores assentes nas preferências do doente para uma tomada de decisão clínica fundamentada (Larrabee, 2011).

Direcionado para a documentação de carácter profissional, a OE (2015) refere no artigo 97º, que os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da

população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (OE, 2015b, p. 78). Definido no artigo 100º do CDE, o enfermeiro deve garantir uma atualização dos conhecimentos permanente, nomeadamente através da participação em ações consideradas de qualificação profissional (AR, 2015). O artigo 109º reforça que os enfermeiros devem procurar a excelência, assumindo o dever de manter uma atualização contínua dos conhecimentos e “(...)utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (AR, 2015, p.8080).

Durante todo o percurso académico foram desenvolvidos diversos trabalhos científicos, promovidos pelas diferentes UC's deste curso de Mestrado, com o intuito de promover a investigação científica através da realização de trabalhos científicos fundamentados em bases teóricas e científicas incrementado desde logo uma PBE.

A elaboração do PIP inerente a este EF também me proporcionou a aquisição e o desenvolvimento das competências em análise, uma vez que me permitiu a realização de um projeto assente na Metodologia do projeto e na MMPBE. É de salientar a importância de todo o percurso desenvolvido durante a realização do PIP, desde o diagnóstico da situação – através da identificação de uma necessidade de intervenção no serviço onde decorreu o EF, passando pelo planeamento e pela sua execução. Destaca-se também a formação à equipa através de uma sessão de formação onde me permitiu divulgar e partilhar todo o trabalho desenvolvido inclusivamente todos os documentos realizados, terminando este percurso na sua avaliação. Inserido na realização do PIP destaca-se ainda a elaboração de uma *Scoping Review* em forma de artigo científico referente à temática abordada intitulado como “Intervenções de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico Submetida a Terapêutica Fibrinolítica” ambicionando a sua publicação para disseminação de informação.

Neste sentido e perante o supracitado é de grande importância salientar o contributo fundamental da UC de Investigação em Enfermagem assim como da UC de Formação e Supervisão em Enfermagem, para o desenvolvimento do PIP e consequentemente a aquisição destas competências.

Durante o período em que decorreu o EF, tive a oportunidade de participar em algumas sessões de formação em serviço, bem como alguns eventos formativos considerados pertinentes na minha formação. Por fim, é de igual modo importante reconhecer, a formação profissional adquirida durante o meu exercício profissional enquanto formanda nas formações em serviço, assistindo à maioria das formações apresentadas.

Perante toda a reflexão e análise crítica das competências relacionadas com o domínio das aprendizagens profissionais e as de Mestre descrita anteriormente, considerei ter alcançado as mesmas com sucesso.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o conceito arrogado pela OE (2019a), competências específicas do Enfermeiro Especialista são

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

Segundo o descrito no Regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do EE em EMC – PSC, integram-se com as competências comuns do EE, pois define a prática de enfermagem especializada, juntamente com as competências clínicas específicas da área, de acordo com o alvo e o contexto de intervenção (OE, 2018). O alvo dos cuidados desta área da especialidade é a PSC, cuja “(...) a vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende dos meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” como forma de resposta às necessidades afetadas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, e tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018, p.19362).

Assim, a OE (2018) define que o EE EMC-PSC, para além das Competências Comuns de EE, deve deter as seguintes Competências Específicas:

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 prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p. 19359).

De seguida será realizada uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas relacionadas com EMC-PSC, com base nas atividades e nas estratégias delineadas e desenvolvidas ao longo do percurso académico e profissional.

As competências de Mestre em Enfermagem serão analisadas em conjunto com as Competências Específicas EMC-PSC, sempre que se mostre adequado.

Competência Específica do EEE MC – PSC
1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).
Competências de Mestre em Enfermagem
1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
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;
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade (UE, 2015, p.27).

Considera-se uma PSC “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

No exercício das suas funções tendo, em conta a complexidade, exigência, especificidade, que a prestação de cuidados à PSC e à sua família/cuidador exige, o EE em EMC-PSC deve mobilizar os seus “(...) conhecimentos e habilidades múltiplas para uma resposta em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018).

Neste sentido, e tal como descrito no regulamento nº. 124/2011, os cuidados de enfermagem à PSC e à sua família são considerados altamente qualificados e prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas e, permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e eventos adversos tendo em conta a sua recuperação total. O EE procura uma “(...) deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19360).

Implícitos à maioria das intervenções à PCS, de carácter urgente ou emergente, é imperativo instituir cuidados com o necessário nível de vigilância e monitorização tendo em conta a gravidade da situação clínica da PSC.

Neste contexto, o EE EMC-PSC, dadas as suas competências adicionais na prestação de cuidados à PSC, e tendo em conta a permanência constante junto do doente a que os enfermeiros estão sujeitos, é imprescindível a realização de uma avaliação transversal, através da identificação de situações críticas de forma atempada, assim como a identificação de situações de risco de vida iminente, de modo a prevenir complicações para o doente e priorizando as ações do enfermeiro de acordo com as alterações fisiológicas e/ou físicas (Elbahi & Basyouni, 2020; INEM, 2020).

Deste modo, pretende-se, no decurso do EF, através dos conteúdos programáticos lecionados durante o ME assim como da experiência adquirida durante a prática profissional, de 8 anos na prestação de cuidados à PSC num SUMC, aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades na área da PSC através de pesquisa bibliográfica e demonstrar competências no que diz respeito à identificação e resposta adequada e atempada de focos de instabilidade.

No que diz respeito à minha prática profissional é importante salientar as funções desempenhadas na sala de triagem e na sala de emergência, pois é nestes contextos que me é permitido desenvolver capacidades de identificação rápida, precoce e de forma antecipada perante focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Neste âmbito, a abordagem inicial é realizada pelo enfermeiro que se encontra no posto de triagem, ou pelos enfermeiros que se encontram no posto de sala de emergência aquando das situações em que o doente é transportado para o hospital acompanhado pela VMER, estando inerente às funções destes enfermeiros a ativação das VV segundo os protocolos da instituição, perante pessoas com Trauma *major*, suspeita de sépsis, doença coronária aguda e suspeita de AVC. Durante o estágio houve ainda oportunidade de assistir aos Cursos de formação sobre VV coronária (ANEXO VV), AVC (ANEXO VIII), Sépsis (IX) e Trauma (ANEXO X), contribuindo assim para o aumento dos conhecimentos nessa área.

A prestação de cuidados é realizada segundo uma avaliação, vigilância e monitorização contínua do doente e realizamos uma abordagem priorizada, organizada e sistematizada. Na abordagem à PSC está preconizada a utilização da metodologia ABCDE, com as devidas adaptações em situação de trauma (INEM, 2020).

Esta abordagem é um instrumento de avaliação com o objetivo de identificar condições potencialmente fatais de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE (INEM, 2020). No decorrer do EF, é pertinente referir que a aplicação desta metodologia foi uma constante com o intuito de detetar focos de instabilidade e para avaliar posteriormente as intervenções realizadas, possibilitando desta forma uma resposta célere e adequada perante uma PSC no contexto do mesmo.

O trabalho em equipa, nos cuidados à PSC revelou-se fundamental, devido à complexidade que estes assumem, uma vez que envolvem uma multiplicidade de procedimentos complexos e exigentes que requerem uma intervenção multidisciplinar. Neste sentido é importante que cada profissional saiba as funções que tem de desempenhar com o intuito de minimizar a ocorrência de erros e prevenir atrasos nas intervenções ao doente.

No decorrer do EF assim como no âmbito da minha experiência profissional é importante referir a importância que o transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar da PSC acarreta, permitindo-me desta forma desenvolver competências nesta área. A necessidade de transferir doentes de caráter crítico ocorre pela necessidade de realizar exames complementares de

diagnóstico e terapêutica (cuja realização não é possível na unidade onde o doente se encontra), pela necessidade de internamento num serviço com nível assistencial superior, ou pela inexistência da especialidade médica ou cirúrgica no hospital (OE, 2017; Ordem dos Médicos [OM] & SPCI, 2023). Neste sentido é importante referir a inexistência do serviço de cardiologia, bem como do serviço de neurocirurgia assim como da UAVC, pelo que a ocorrência de transferências inter-hospitalares é uma constante diária na minha prática profissional. Todas as situações supracitas requerem uma avaliação por parte da equipa multidisciplinar, pois é imperativo assegurar as condições necessárias inerentes ao transporte na tentativa de garantir a continuidade dos cuidados com foco na qualidade e segurança dos mesmos, uma vez que os níveis dos cuidados não podem ser inferiores ao verificado no serviço de origem. Posto isto, é imprescindível promover formação específica acerca desta temática a todos os profissionais de saúde, realizando-se anualmente formações em serviço para todos os profissionais (OM & SPCI, 2023). Neste contexto, durante a prática profissional participei enquanto formadora numa formação em serviço no âmbito do Transporte do Doente Crítico (ANEXO XII).

A UCIP onde desenvolvi o EF é detentora de diversos protocolos clínicos, acerca de diversas áreas, permitindo desta forma intervir perante as diferentes situações de acordo com os protocolos existentes. Em concordância com o supracitado Mazer & Levy (2016), referem que os cuidados à PSC em contexto de UCI, são considerados de grande complexidade e assumem carácter urgente/emergente sendo fundamental a implementação de protocolos e normas de atuação, considerados instrumentos promotores da PBE, da uniformização dos cuidados para uma prestação destes com qualidade e em segurança.

Ao longo do percurso profissional e académico, foram igualmente desenvolvidas competências no que respeita à execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, nomeadamente:

- Monitorização hemodinâmica invasiva ou não invasiva (monitorização por eletrocardiografia, SpO₂, pressão arterial, pressão venosa central, cateter PICCO);
- Manutenção da via aérea e oxigenação (IET, traqueostomia percutânea ou cirúrgica, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, aspiração de secreções, Oxigenoterapia de Alto Fluxo por Cânula Nasal (OAFCN);
- Técnicas de melhoria da oxigenação (decúbito ventral, recrutamento alveolar);
- Realização e interpretação de gasometria arterial;
- Avaliação do estado de consciência através da monitorização do índice bispectral;
- Controlo e gestão da dor por meio farmacológico (sistémico ou epidural), não farmacológico e aplicação de escalas de avaliação (escala visual analógica, numérica ou escala BPS);
- Transporte e acompanhamento do doente crítico intra e inter-hospitalar, com recurso a equipamento de suporte vital;

- Realização e manutenção de toracocentese;
- Realização e manutenção de paracentese;
- Colocação, manutenção e remoção de dispositivos intra-vasculares (cateter venoso central, cateter arterial);
- Abordagem à pessoa vítima de politrauma;
- Reanimação cardíaca e respiratória com recurso a manobras de SAV;
- Prestação de cuidados ao doente sedado e curarizado;
- Aplicação e gestão de protocolos complexos específicos como: desmame ventilatório; normotermia terapêutica; perfusão de insulina endovenosa; administração de fibrinolíticos; nutrição entérica no doente crítico; sedação, analgesia; despiste de infeção da corrente sanguínea associada ao cateter vascular central, colocação, manutenção e remoção de dispositivos intra-vasculares; entre outros).

É importante salientar o contributo que a revisão dos conteúdos lecionados nas UC de EMC 2 assim como a UC Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem tiveram na aplicação de forma adequada e competente das diferentes intervenções referidas em associação com uma pesquisa autónoma com recurso a outras fontes de publicação de evidência científica, bem como com as reflexões e partilha de conhecimentos com a enfermeira supervisora e com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, com o objetivo de adquirir as competências para prestar cuidados de qualidade à PSC a viver processos de doença crítica, disfunção e/ou falência orgânica.

A DGS através da norma nº. 9, considerou a dor como o 5.º sinal vital (DGS, 2003), sendo esta um dos sintomas mais comuns com maior impacto na qualidade de vida da PSC. O cuidado à PSC exige também que os EE EMC-PSC demonstrem uma capacidade aprofundada para realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando as respostas (OE, 2018), procurando assim desenvolver conhecimentos, habilidades e competência nesta área. O controlo da dor constitui um desafio, uma vez que a dor não detetada e não tratada pode levar a diversas complicações, envolvendo os sistemas cardiovascular, pulmonar e neurológico (Urden *et al.*, 2017). Muitas vezes estes doentes encontram-se incapacitados de comunicar de forma efetiva e a avaliação realizada por parte da equipa de enfermagem é baseada na observação comportamental e nos indicadores fisiológicos, assumindo assim o enfermeiro um papel fulcral na identificação destes (OE, 2008). Neste sentido sempre que estamos na presença de um doente consciente a escala utilizada é a visual, analógica ou numérica, através do registo da dor referida pelo doente. Quando estamos na presença de incapacidade em comunicar por estarem submetidas a ventilação mecânica, a escala utilizada é a comportamental BPS (OE, 2008; SPCI, 2008).

É importante referir que não existe apenas dor física e muitas vezes deparamo-nos com doentes em situação de desconforto ou mal estar psicossocial, neste sentido a atuação assenta na aplicação de medidas não farmacológicas, estabelecendo uma relação terapêutica. Durante o EF na UCIP, quando na presença de um doente com dor e mal-estar recorremos não só a medidas farmacológicas, através da administração de terapêuticas analgésicas e sedativa prescrita, mas também adotamos medidas terapêuticas não farmacológicas nomeadamente, proporcionar medidas de conforto, alternância de posicionamento e mobilizações, desenvolver uma escuta ativa, suporte emocional e proporcionar um ambiente calmo. Descrito por Benner *et al.* (2001), o foco das boas práticas de enfermagem consiste em assegurar medidas de conforto e apoio psicológico e social de modo a atenuar o sofrimento inerentes às intervenções terapêuticas. As mesmas referem ainda que estas medidas de conforto vão potenciar a sensação de bem-estar, confiança e desenvolver uma relação terapêutica enfermeiro/doente/família. Ainda corroborado com o supracitado, Pires *et al.* (2021) referem que a utilização de fármacos nunca deve ser substituída por medidas não farmacológicas, mas sim complementar-se. O cuidar em enfermagem, para além das competências técnicas, centra-se sobretudo numa relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa/família, mediante habilidades de interação e comunicação (OE, 2001; Pott *et al.*, 2013).

A relação terapêutica devido à sua importância está implícita nos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem (2001). Este conceito é corroborado por diversos autores confluído em conceitos centrais nomeadamente a comunicação eficaz, a relação de ajuda, a empatia e a partilha (Riley, 2014 e Phaneuf, 2005). Phaneuf (2005) define relação de ajuda como “uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade” permitindo desde modo “compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor (...) abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”, bem como, “demonstrar coragem diante de adversidades, e mesmo diante da morte.” (p.324).

Neste sentido, reconhecendo a relação de ajuda como uma importante intervenção do enfermeiro e elemento essencial no cuidado à PSC e à família, foi realizada uma pesquisa na procura da evidência sobre este tema e procurámos desenvolver, aplicar e adequar os conhecimentos adquiridos na UC Relação de Ajuda.

As UCI dadas as suas características e as suas especificidades, são frequentemente geradores de sentimentos como a incerteza, o medo, a preocupação e uma instabilidade emocional não só para o doente, mas também para as suas famílias, traduzindo situações de crise, com forte impacto na organização, dinâmica e equilíbrio familiar. Neste sentido é exigido à equipa multidisciplinar um conjunto de competências e habilidades, que permitam dotá-los das ferramentas necessárias para ultrapassar a situação de crise.

Neste sentido, estabelecer uma relação de ajuda através da comunicação eficaz, representa uma ajuda fundamental na adoção, por parte do doente/família, de estratégias de *coping* que permitam gerir a situação de crise.

A comunicação com a PSC é considerada como um verdadeiro desafio. Phaneuf (2005) define comunicação como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” e que se transmite “(...) de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (p.23).

A PSC internada nestes serviços, muitas das vezes devido ao seu estado de saúde e ao processo terapêutico instituído, leva à diminuição ou ausência do seu estado de consciência e consequentemente à incapacidade em comunicar, sendo fulcral que o EE EMC-PSC evidencie e desenvolva estratégias para uma comunicação eficaz, atendendo aos “obstáculos à comunicação” ajustada ao estado de saúde e à pessoa (OE, 2018).

Perante a complexidade e a importância exigida nesta área considerei assim que durante o EF, foi fundamental o desenvolvimento e aquisição de estratégias e habilidades sobre o tema de relação de ajuda bem como a aquisição de conhecimentos sobre as técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação perante a pessoa/família em contexto de UCI. Neste sentido participei enquanto formanda numa formação em serviço sobre a temática da comunicação (ANEXO IV).

Tendo em conta o descrito anteriormente, considerei ter atingido a primeira competência específica do EE EMC – PSC bem como as competências de mestres referidas.

Competência Específica do EEEMC – PSC
2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018).
Competências de Mestre em Enfermagem
1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área de especializada;
7-Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

No nosso dia-a-dia vivemos constantemente com a eminente “possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções” (DGS, 2010, p.1).

Definida pela Lei de bases da Proteção Civil (Lei nº 80/2015) denomina-se catástrofe como um: “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados

prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p.). Definida pela OE (2018) entende-se por emergência, como uma situação que

“resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que tem como consequência a perda de saúde, de forma abrupta e violenta, comprometendo ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida” devendo a “assistência à vítima” (OE, 2018, p.19362);

Já situação de exceção consiste numa “situação em que se verifica de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p.19362).

É importante mencionar que estes acontecimentos ocorrem de forma súbita e inesperada, sendo importante que as organizações de proteção civil bem como as organizações de saúde desenvolvam estratégias, atividades e mecanismos, de forma eficaz, eficiente, rápida e adequada, permitindo dar resposta quando ocorre uma situação desta dimensão.

Com o objetivo de minimizar os possíveis danos/consequências resultantes, de dar resposta perante estas situações e de capacitar os profissionais de saúde na atuação face aos possíveis cenários de crise, a DGS (2010) recomenda que todas as organizações de saúde detenham um Plano de Emergência Médica, seguindo as diretrizes descritas no “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidade de Saúde”, estabelecido pelo Departamento da Qualidade na Saúde. Assim é importante que as instituições e os serviços possuam planos de emergência e catástrofe que garantam a eficácia e eficiência da resposta. Uma vez que os enfermeiros representam o maior grupo de profissionais de saúde, estes detêm um papel vital na prestação de cuidados às vítimas e familiares quando ocorrem este tipo de situações, perante o exposto é fulcral qualificar os enfermeiros nos diversos níveis de resposta uma vez que estes desempenham funções complexas, em vários planos de ação desde a triagem das vítimas, às equipas de primeira intervenção, passando pelas funções de educação e coordenação.

Neste sentido e no âmbito do desenvolvimento desta competência, cabe ao EE EMC-PSC assumir-se como um pilar de referência na conceção dos planos, no planeamento da resposta de forma imediata, proporcional, rápida e eficaz, bem como na gestão dos cuidados de enfermagem em situações de emergência, exceção e catástrofe (OE, 2018).

Para ser possível adquirir e desenvolver esta competência, comecei por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática assim como fazer uma pesquisa dos planos de emergência e catástrofe, as normas e protocolos existentes na unidade hospitalar onde foi

desenvolvido o EF. Disponível na plataforma documental digital desta unidade hospitalar encontra-se o Plano Interno de Segurança e Gestão da Emergência, permitindo o acesso fácil a todos os profissionais que exercem funções assim como me foi permitindo também a sua consulta. Existe ainda uma formação periódica obrigatória para todos os colaboradores, nessa mesma plataforma, intitulada “Gestão de Emergência” e são realizados simulacros e auditorias que certificam a capacidade de resposta e os conhecimentos adquiridos acerca do plano.

No que se refere a contextos de catástrofe com envolvimento de cenários multivítimas, a realização do curso ITLS (ANEXO II), inserido na UC Médico-Cirúrgica 4, teve uma importante contribuição uma vez que me permitiu o desenvolvimento de aptidões no domínio da avaliação e intervenção perante vítimas de trauma para adquirir e desenvolver esta competência específica do EE. De forma a adquirir e desenvolver esta competência no âmbito do planeamento e gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, é de salientar ainda a experiência profissional adquirida pela estudante durante os três anos de resposta à pandemia provocada pela disseminação do vírus SARS – CoV 2, declarada pela OMS como uma situação de emergência global. Estes 3 anos de pandemia foram caracterizados pela adoção de medidas excecionais a nível mundial e o SUMC de um hospital do país onde exerço a minha atividade profissional não foi exceção. Considerando que vivenciei uma situação de exceção, uma vez que foi imperativo a adoção tanto do serviço como dos profissionais de saúde bem como uma adaptação instantânea e desenvolver estratégias para a sua atuação, uma vez que a evolução da situação epidemiológica impunha uma gestão diária da situação e atualização das medidas a tomar consoante as fases determinadas no Plano de Contingência providas pela DGS.

Durante o percurso profissional, realizei um curso de Triagem de Manchester. Este é constituído por vários módulos, sendo um deles o de atuação em situação de catástrofe, composto por dois fluxogramas direcionados para esta área, nomeadamente o de atuação de avaliação primária e de avaliação secundária.

Tive ainda a oportunidade de participar em vários simulacros no SUMC onde exerço funções, organizados pela enfermeira responsável pelo plano de catástrofe, com a premissa de treinar e capacitar os profissionais de saúde para uma atuação rápida e eficiente quando ativado o plano de catástrofe ou perante um cenário multivítimas.

Não obstante, realça-se que, no contexto clínico do SUP, assim como no contexto da minha prática profissional no SUMC, ocorrem muitas das vezes, a necessidade de admitir em simultâneo várias PSC, na sala de emergência. A resposta em simultâneo neste contexto é complexa e, muitas das vezes confusa em espaços que são limitados ou reduzidos e, perante estas situações é necessária a adoção de uma liderança adequada assim como, uma gestão adequada dos recursos humanos e materiais. Neste sentido, no que se refere à gestão de

cuidados em situações de emergência, considerei ter desenvolvido inúmeros conhecimentos, capacidades e habilidades para prestar estes cuidados.

Destaca-se também para a aquisição desta competência os conteúdos teóricos e práticos adquiridos no curso de SBV e SAV (ANEXO I) inseridos na UC Médico-Cirúrgica 4 assim como na minha participação no *Webinar* intitulado de “Gestão e Liderança em Emergência médica e Catástrofe” que decorreu no dia 29/01/2024, com a duração de 8 horas e uma validade de três anos (ANEXO XI).

Objetivando a aquisição e o desenvolvimento desta competência, achei pertinente a realização de um estágio de observação no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro (CMPCOS), onde tive a oportunidade de conhecer a dinâmica e as funções dos elementos que lá desempenham funções, orientado por um EE em EMC que por sua vez desempenha funções de Coordenador Municipal de Proteção Civil.

O plano nacional de emergência de proteção civil, que é caracterizado como um instrumento que orienta as operações da proteção civil, em situações de eminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe, permitindo a coordenação técnica e operacional dos meios (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2021). Este plano, por sua vez está articulado com os planos regionais, os distritais e indiretamente com os planos municipais de emergência, este último que tive oportunidade de conhecer durante este estágio de observação. Este plano constitui-se como instrumento que visa coordenar as ações a desenvolver e a gestão dos meios e recursos a mobilizar, perante situações de acidente grave ou catástrofe, onde o objetivo é minimizar perdas de vidas humanas, prejuízos dos bens e o restabelecimento da normalidade nas áreas afetadas

Particpei num exercício desenvolvido pelo Instituto Português do Mar e Atmosfera (IPMA) e pela Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC), realizado no dia 6 de novembro de 2023, intitulado como “NEAMWAVE’23”. A data escolhida para a realização deste exercício teve em conta o “Dia Mundial de sensibilização para Risco de Tsunami” estabelecido pela ONU a 5 de novembro. Este exercício teve como objetivo alertar a sociedade para a necessidade de mitigar o impacto da ocorrência de um tsunami na região do Atlântico Nordeste, Mediterrâneo e Mares Conexos, através do alerta atempado à população e testar o grau de prontidão das instituições envolvidas na proteção de pessoas e bens.

Promovido pela ANEPC conjuntamente com as Infraestruturas de Portugal, estes desenvolveram um exercício público, desenvolvido numa escola, com o objetivo de sensibilização para os riscos associados à infraestrutura rododotroviária intitulada por “Rodovia e Ferrovia – Juntos encurtamos distâncias”, que tive oportunidade de participar.

A participação nestes exercícios permitiu-me adquirir experiências e contribuíram para me preparar para uma resposta eficaz e breve na presença de um acidente grave ou catástrofe.

Ainda no âmbito do desenvolvimento desta competência, o enfermeiro “assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p. 19364). Assim sendo, a eficiência dos cuidados do EE passa por diagnosticar de forma prematura os indícios de prática de crime numa vítima e/ou o meio envolvente e assegurar a preservação das provas e os vestígios forenses, de forma a encaminhar as mesmas para as entidades competentes (OE, 2018). Os enfermeiros são, muitas das vezes, o primeiro profissional a ter contato com a vítima e assumem um papel fulcral e de elevada responsabilidade. Neste sentido a preservação de vestígios exigem registos completos, detalhados, concretos e objetivos por parte dos profissionais de saúde envolvidos. Nos contextos clínicos onde realizei os estágios não me foi possível prestar cuidados de enfermagem a pessoas vítimas de agressão sexual, maus-tratos, violência doméstica ou outras situações da área forense, no entanto, durante a minha praxis ocorreram diversas situações em que foi necessário contactar os agentes da autoridade na sequência de situações referidas anteriormente, sendo necessário proceder à conservação de potenciais provas criminais de acordo com a norma que existe na instituição. Participei ainda enquanto formanda numa formação em serviço intitulada “Recolha e preservação de vestígios no Serviço de Urgência”.

Desta forma, face ao supracitado anteriormente e mesmo sem prestar cuidados a doentes envolvidos em situações de catástrofe ou de emergência multivítimas, bem como na vertente de preservar os vestígios de indícios de prática de crime, considerei ter adquirido a competência alvo de reflexão e análise bem como as competências de mestre mencionadas.

Competência Específica do EEEMC – PSC
3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).
Competências de Mestre em Enfermagem
1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
7-Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem uma importante causa de mortalidade e morbilidade. Consideradas como uma problemática de saúde pública reconhecida mundialmente, restringindo a obtenção da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes, as IACS constituem

uma ameaça à segurança do doente assim como uma ameaça aos serviços de saúde, uma vez que pode resultar num aumento dos números de internamentos assim como o tempo de internamento previsto, que por sua vez leva a um aumento de custos (DGS, 2017i). Desta forma é fundamental o investimento nesta área, uma vez que o aumento das IACS não afeta apenas os *outcomes* na saúde do doente, mas também em toda a contextura social e monetária, tendo em conta as implicações resultantes, que por sua vez causam impacto negativo nos custos associados levando a um aumento do consumo dos recursos hospitalares e da comunidade (DGS, 2018). As IACS são caracterizadas por qualquer infeção contraída pelos doentes em consequência da prestação de cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo também ser contraídas pelos profissionais de saúde no decorrer da sua atividade profissional (DGS, 2007i, p.4).

Com o avanço dos cuidados de saúde, a implementação sistémica de novos meios, as terapias e dispositivos invasivos, associados ao aumento da esperança média de vida das populações e as comorbilidades que as mesmas apresentam, são considerados fatores de risco que promovem o aumento da infeção inerente à prestação de cuidados de saúde (DGS, 2018a).

Segundo dados divulgados pela OMS (2011) as IACS apresentam-se como o efeito adverso mais comum associado à prestação de cuidados, no entanto estima-se que, um terço das mesmas possam ser evitáveis (DGS, 2018). Neste sentido, em Portugal, no que se refere a esta questão, a DGS tem apresentado um papel ativo, onde o seu principal objetivo assenta na prevenção e na redução da taxa de incidência das IACS e da Resistência aos Antimicrobianos, através da criação de orientações e estratégias no combate ao aumento das IACS, nomeadamente o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), de acordo com o Despacho n.º 15423/2013, como resultado da fusão do Programa Nacional de Controlo da Infeção com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana. De forma a promover e incentivar o cumprimento das medidas de combate às IACS, bem como a vigilância epidemiológica, foram criados Grupos de Coordenação Local (GCL), nas diferentes unidades de prestação de cuidados permitindo assim atingir os objetivos delineados (DGS, 2018)

O EE em EMCPSC é considerado o agente que assume o principal papel na “prevenção do controlo de infeção e resistência a antimicrobianos”, sendo estes um dos enunciados presentes no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMCPSC (OE, 2017, p.16). Tornando-se imperativo que se reflita nas nossas ações e associado aos cuidados especializados, altamente complexos e ininterruptos prestados à PSC, facilmente se compreende a importância em prevenir a ocorrência de IACS, uma vez que há um risco elevado em contrair infeções e a resistência a antimicrobianos.

As UCI, segundo o Relatório Epidemiológico de 2017, são considerados os serviços hospitalares com maior risco no que diz respeito à prevalência de IACS. Relativamente à PSC, estes apresentam um maior risco de contrair IACS, pois são submetidos frequentemente a técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, nomeadamente cateteres vasculares, tubos orotraqueais e cateteres vesicais. No que diz respeito ao aumento da taxa à resistência a antimicrobianos, está relacionada com a instabilidade e gravidade da situação clínica do doente e o uso frequente de antibióticos (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019). Pina *et al.* (2019) corrobora com o supracitado, uma vez que refere que a presença de dispositivos invasivos, infeções por microrganismos multirresistentes e procedimentos cirúrgicos, são considerados uma preocupação acrescida devido ao impasse terapêutico que originam. Este refere ainda que as principais medidas de prevenção e controlo das IACS, baseiam-se na aplicação das boas práticas, como a higiene das mãos, o controlo ambiental (isolamento e uso racional dos antimicrobianos) e do uso de equipamento de proteção individual. Perante os fatores supracitados e considerando o risco iminente de infeção decorrente do contexto clínico em que há uma complexidade nas situações e uma diferenciação nos cuidados exigidos com recurso a múltiplas medidas terapêuticas e de diagnóstico para a manutenção do ciclo vital, o EE em EMC-PSC deve responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

Com o intuito de fundamentar o conhecimento ao longo de todo o EF, para além da revisão desses conteúdos, procurei aplicar os conhecimentos adquiridos e foi fundamental rever, pesquisar e analisar documentos com validação internacional e nacional de referência nesta área tais como, normas, diretrizes e *guidelines* para as boas práticas na prevenção e controlo das IACS, nomeadamente as principais orientações apresentadas por entidades acreditadas como a OMS, a ECDC e a DGS. No contexto da UCI, é de salientar a consulta e análise de diversos documentos, sendo eles as Precauções Básicas do Controlo de Infeção e o Relatório Anual referente às Infeções e Resistência aos Antimicrobianos assim como as normas referentes aos “Feixes de intervenção” nomeadamente para a prevenção da Infeção de Local Cirúrgico (DGS, 2022a), prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (DGS, 2022b), prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2022c) e prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central (DGS, 2022d). Tendo participado enquanto formanda numa formação em contexto da formação em serviço acerca desta temática (ANEXO III).

Para além da informação adquirida através da análise dos documentos acima referidos, é importante referenciar a importância e o contributo dos conteúdos lecionados na UC EMC 5, onde foram apresentados e debatidos diversos temas relacionados com esta área. No âmbito desta UC desenvolvi um trabalho como o tema “Plano de Prevenção e Controlo de Infeção na Pneumonia Associada à Intubação em Unidade de Cuidados Intensivos”. No âmbito da minha

prática profissional teve oportunidade de participar em diversas formações em serviço sobre esta temática (ANEXO V).

Os SU, como já referido anteriormente, são serviços caracterizados por uma elevada afluência de doentes, uma elevada carga de trabalho, défice de recursos humanos, materiais e físicos e o elevado tempo de permanência dos doentes no serviço (por diversas razões), pelo que muitas das vezes os profissionais de saúde, pela falta de tempo, negligenciam algumas das precauções básicas do controlo de infeção. A minha experiência profissional de 8 anos num SUMC, também assumiu um contributo importante para o desenvolvimento desta competência, uma vez que mesmo com todas as controvérsias inerentes a este serviço, aquando da minha prestação de cuidados ao doente, esta assenta nos cumprimentos das PBCI e procuro aplicar e cumprir escrupulosamente as recomendações das boas práticas na prevenção e controlo das IACS.

Ainda com o intuito de adquirir e desenvolver a competência em análise, e admitindo a importância da UL-PPCIRA na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos nas unidades hospitalares, foi realizado um estágio de observação, de 8 horas, na UL-PPCIRA do hospital onde foi desenvolvido o estágio, permitindo-me compreender a dinâmica e a organização da mesma.

Esta UL-PPCIRA é constituída por uma equipa multidisciplinar da qual faz parte um médico e um EE com formação nesta área específica para a qual disponibiliza a totalidade do seu horário laboral cumprindo deste modo com o definido no despacho n.º 10901/2022 (DR, 2022).

A enfermeira responsável pela UL-PPCIRA por norma não está presente no hospital onde foi realizado o estágio, contudo realiza uma visita semanal com o intuito de supervisionar as práticas locais assim como o cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção. É pertinente referir que embora a responsável pela UL-PPCIRA não se encontre presente nesta unidade hospitalar, existem nos diversos serviços um elo de ligação que funciona como membro dinamizador entre a UL-PPCIRA e a equipa multidisciplinar que exercem funções nos serviços, através da promoção de formações e através da divulgação de informação relevante nesta área.

Tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira responsável pelo UL-PPCIRA numa visita guiada pelos diversos serviços da unidade hospitalar tendo sido possível aferir, supervisionar e apresentar sugestões de melhoria, no que se refere às práticas de isolamento para contenção de agentes multirresistentes ou epidemiologicamente significativos, nomeadamente na melhor gestão dos recursos físicos disponíveis. Esta trabalha em articulação diária com o laboratório, na identificação de microrganismos alerta ou microrganismos problema, nos exames culturais realizados. Neste sentido, quando identificado um desses microrganismos procede-se à localização do doente, para posteriormente se poder proceder às medidas de contenção e isolamento do agente. No que diz respeito ao uso de antimicrobianos também é realizado através

de um alerta no sistema informático sempre que é efetuada uma nova prescrição pela equipa médica.

Neste sentido e, segundo informação obtida com a enfermeira responsável, a implementação de planos para uma melhoria e perante as necessidades ou lacunas identificadas resulta dos relatórios de vigilância efetuados de três em três meses.

Ainda no que concerne a esta questão do controlo de infeção procurei consultar documentos, não só no âmbito nacional e europeu, mas também conhecer as normas e protocolos instituídos na UCIP. Constatei que a UCIP investe bastante nesta área, uma vez que todos estes protocolos e normas se encontra atualizados segundo as normas nacionais e internacionais.

Durante a prática clínica e no decorrer do EF, prestamos cuidados de enfermagem à PSC que pode estar infetada ou colonizada por agentes multirresistentes. Neste sentido tentei sempre respeitar as medidas de precauções básicas de controlo de infeção, nunca descurando a mais básica de todas, a Higienização das Mãos, assim como as normativas de isolamento da instituição assegurando a sua implementação.

Assim sendo, o EE deve ter a capacidade de atuar e conduzir o desenvolvimento de condutas no controlo de infeções e, face ao descrito anteriormente e, após reflexão sobre as práticas realizadas, considera-se que a aquisição e o desenvolvimento da competência no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos no doente crítico foi alcançada, bem como a competência de mestre.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio, inserido na UC relatório, reflete o culminar de um percurso formativo trilhado pelo estudante no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC – PSC, com vista a aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas do EE bem como a de mestre.

A redação do mesmo resulta do agregado de todas as unidades curriculares inseridas no plano curricular, dando especial ênfase à UC EF e à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas.

Alicerçado a este percurso académico, estão os momentos enriquecedores e as experiências vivenciadas, que foram fulcrais para uma aprendizagem contínua e dinâmica e que me permitiu a transposição de todo o conhecimento proveniente da experiência profissional para a prática clínica, e assim desenvolver as competências já referenciadas, com especial atenção não só às componentes técnicas, mas também às componentes não técnicas, nomeadamente a comunicação e a capacidade de liderança e gestão.

No decorrer do EF considerou-se pertinente a caracterização dos contextos clínicos, com o intuito de compreender a especificidade e singularidade de cada serviço, através dos seus enquadramentos legislativos, normativos e organizacionais, das suas estruturas, recursos humanos e materiais através de uma análise à gestão e à prestação dos cuidados, averiguando desta forma que são serviços de excelência enaltecendo assim a importância do papel do EE EMC-PSC e assim realizar uma análise e uma reflexão de algumas situações que foram surgindo, identificando-as como experiências únicas de aprendizagem, para a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências. Alicerçada a uma lógica de cariz reflexivo, permiti-me consolidar uma forma de “pensar e agir”, em que a “reflexão para a ação” e a “ação refletida” são fulcrais e assentes na melhor evidência disponível e sustentadas em valores e princípios éticos e deontológicos que caracterizam a enfermagem e consequentemente o EE.

O PIP desenvolvido teve por base a metodologia de projeto e alicerçado na MMPBE de Larrabee, permitiu identificar uma necessidade do serviço onde incidiu a minha intervenção, nomeadamente na problemática da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetidos a administração de terapêutica fibrinolítica, e perante essa necessidade foi estruturado um plano de intervenção através do desenvolvimento de atividades e estratégias que permitisse colmatar as necessidades identificadas. Numa fase inicial procedeu-se à realização de uma *Scoping Review*, sobre a temática do PIP, respeitando a metodologia JBI, através de uma pesquisa de literatura assente na mais recente evidência

científica, considerada esta como um pilar de destaque e uma mais-valia para sustentar a PBE e a disseminação da investigação científica.

Como referido, o desenvolvimento do PIP possibilitou-me criar um instrumento de registo de enfermagem e de um procedimento de atuação durante a administração da terapêutica, onde todas estas ações foram desenvolvidas com o intuito de estimular e orientar a melhoria dos cuidados e as boas práticas através de uma sessão de formação on-line, onde imperou a partilha de conhecimentos.

Para terminar este relatório foi realizada uma análise critico-reflexiva fundamentada e alicerçada nos respetivos documentos reguladores, através da descrição de todas as atividades e estratégias desenvolvidas para o processo de obtenção e desenvolvimento de competências, durante o percurso do mestrado com ênfase no EF realizado, nomeadamente competências comuns e específicas de EE em EMC PSC e ainda de Mestre em Enfermagem. Esta prática foi perseverante para executar ações e para capacitar a tomada de decisões, antecipação e determinação na resolução de problemas, características estas que define um EE, contribuindo assim para o desenvolvimento de um eficaz raciocínio clínico, para o desenvolvimento das competências, das relações técnicas, interpessoais, éticas, bem como as científicas.

Durante todo este percurso senti alguns constrangimentos, nomeadamente na elaboração do Projeto de estágio e do presente relatório, assim como na condução da pesquisa para obtenção de evidência científica perante o tema e os objetivos definidos. O fator tempo também foi um obstáculo para desenvolver o pretendido assim como tudo o que foi surgindo durante a elaboração do PIP e pela dificuldade em conciliar os prazos de entrega dos trabalhos, com a carga horária profissional e dos ensinamentos clínicos, além da vida pessoal. Apesar de ter sido um período bastante exigente, impondo alguns sacrifícios pessoais, creio que foi superado com a motivação certa e foco, não esquecendo de todo o apoio incondicional dos enfermeiros supervisores e da minha família, considerando que o enriquecimento que me foi proporcionado quer a nível pessoal, intelectual, mas principalmente a nível profissional fez com que toda esta caminhada tenha um balanço bastante positivo, sentindo que me fez crescer enquanto enfermeira.

Em suma e perante o explanado, considero ter alcançado todos os objetivos delineados para o presente relatório, aguardando a prova de defesa pública, que irá pôr termo a este capítulo do meu percurso formativo.

De forma conclusiva, esta caminhada ainda não terminou, e foi apenas mais um caminho percorrido com a perspetiva do constante desenvolvimento do SER enfermeiro, mais especificamente SER EE, sustentado numa base sólida para continuar a desenvolver um percurso profissional diferenciado, fator este considerado um elemento fulcral para uma busca contínua para a melhoria da prestação de cuidados especializados e de excelência, para

posteriormente ser desenvolvida uma enfermagem com significado sobretudo para os doentes em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-382. <https://www.researchgate.net/publication/26604172> Interdisciplinaridade estágios clínicos e desenvolvimento de competencias
- Ambrosioni J, Urrea X, Hernández-Meneses M, Almela M, Falces C, Tellez A, et al. (2018). Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke secondary to infective endocarditis. *Clin Infect Dis*; 66(8):1286-9. 31.
- Administração central do sistema de saúde. (2013). Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos. [CAPA RT UCI 26.03.2013.cdr \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt/CAPA_RT_UCI_26.03.2013.cdr)
- Assembleia da República [AR]. (2001). Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro. *Diário da República I SÉRIE-A*, (janeiro): 14-36. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>
- Assembleia da República [AR]. (2005). Lei n.º 1/2015 de 12 de agosto. *Diário da República I SÉRIE-A*, 155 (agosto): 4642-4686. Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto | DRE. [Lei Constitucional n.º 1/2005 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896)
- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015. *Diário Da República: I Série*, 8059 – 8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Assembleia da República. (2022). Despacho nº 10901/2022 : Aprova a Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República: II* [0009300099.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896)
- American Heart Association [AHA] (2018). Types of Strokes. America: American Stroke Association. [Types of Stroke and Treatment | American Stroke Association](https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms)
- American Heart Association [AHA] (2018a). Types of Strokes. America: American Stroke Association [Types of Stroke and Treatment | American Stroke Association](https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms)
- American Heart Association [AHA] (2018b). Types of Strokes. America: American Stroke Association [Types of Stroke and Treatment | American Stroke Association](https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms)
- American Heart Association [AHA] (2018c). Types of Strokes. America: American Stroke Association [Types of Stroke and Treatment | American Stroke Association](https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms)
- American Heart Association [AHA] (2018d). Types of Strokes. America: American Stroke Association [Types of Stroke and Treatment | American Stroke Association](https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms)
- American Heart Association [AHA] (2018e). Stroke Symptoms. America: American Stroke Association <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms>

- American Heart Association [AHA] (2018f). Ischemic Stroke. America: American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações técnicas para serviços de urgência. [Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- American Heart Association [AHA] (2019a). Stroke Risk Factors. America: American Stroke Association. [AHA 2019 Heart Disease and Stroke Statistics - American College of Cardiology \(acc.org\)](#)
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2021). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. http://www.prociv.pt/bk/Lists/Noticias/Attachments/478/PNEPC_2021_Consulta%20P%C3%BAblica.pdf
- Barch, C. A. (2003). AVC: Enfarte Cerebral Agudo e Hematoma Intracerebral. In: Swearingen, P. L. & Keen, J. H. (ED.), *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ª edição, p. 533-548. Lusociência.
- Benner: (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L. D., Caniçali, C., Bispo, G. S., & Lopes, R. O. P. (2019). Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 577-581. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Braun, J. P., Mende, H., Bause, H., Bloos, F., Geldner, G., Kastrup, M., Kuhlen, R., Markewitz, A., Martin, J., Quintel, M., Steinmeier-Bauer, K., Waydhas, C., Spies, C., & NeQuI (quality network in intensive care medicine). (2010). Quality indicators in intensive care medicine: Why? Use or burden for the intensivist. *German medical science: GMS e-journal*, (8) 1-20. [GMS | GMS German Medical Science — an Interdisciplinary Journal | Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist \(egms.de\)](#)
- Despins, L. A., Kim, J. H., Deroche, C. & Song, X. (2019). Factors Influencing How Intensive Care Unit Nurses Allocate Their Time. *Western Journal of Nursing Research*, 41 (11), 1551–1575.
- Diário da República (2018). Despacho n.º 9639/2018. [Despacho n.º 9639/2018 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Diário da República (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. [0009600103.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

- Direção Geral de Saúde. (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção Geral de Saúde. [cn_09_03_dgcg \(sip-pt.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [Microsoft Word - Orientação 007 2010.doc \(dgs.pt\)](#)
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020). [Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf \(dgs.pt\)](#)
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017a). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral Da Saúde. [norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção-geral de Saúde. [Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Portal das Normas Clínicas \(min-saude.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017c). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovascular. [por-serie-882061-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017d). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. [DGS PNPAS2017 V7.pdf \(sns.gov.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017e). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. [por-serie-882061-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017f). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. [por-serie-882061-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017g). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. [por-serie-882061-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017h). Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017i). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde (2018). Norma nº 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Direção Geral da Saúde. [NÚMERO: \(min-saude.pt\)](#)
- Direção-Geral de Saúde (2018a). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário. Direção-Geral da Saúde. [Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf \(min-saude.pt\)](#)

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardio-vasculares. Lisboa. Acidente Vascular Cerebral – SNS
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021a). Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardio-vasculares. Lisboa. Acidente Vascular Cerebral – SNS
- Direção Geral Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Lisboa: Ministério da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) | A Enfermagem e as Leis
- Direção Geral Saúde. (2022a). Norma n.º 020/2015 atualizada 17 de novembro de 2022- “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral Saúde. (2022b). Norma n.º 019/2015 atualizada 29 de agosto de 2022- “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral Saúde. (2022c). Norma n.º 021/2015 atualizada 17 de novembro de 2022- “Feixe de Intervenções” Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral Saúde. (2022d). Norma n.º 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022- “Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Donaldson & Crowley (1978). Nursology. Nursing is a Discipline–Donaldson and Crowley Notable Work | Nursology
- Elbaih, A. & Basyouni, F. (2020). Teaching Approach of Primary Survey in Trauma Patients. Int J Intern Emerg Med. 3 (3): 1-6. (PDF) Teaching Approach of Primary Survey in Trauma Patients (researchgate.net)
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2020). ERS - A ERS
- Ferrito, C., Ruivo, A., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, (15), 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2019). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. In: ECDC. Annual epidemiological report for mar-23 | Página 136 A Promoção da Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com Sépsis | 2017. Stockholm. Fabião [et al.] (2005). Formação: Contributo para a Qualidade. Lisboa: Servir ISSN 0871/2370. Vol. 53, nº 5. Healthcare-associated infections (europa.eu)
- Fischer U, Sousa DA, Norrving B, Caso V. (2018). Status and Perspectives of Acute Stroke Care in Europe. Stroke. 2018; 49, p. 2281–2282. Status and Perspectives of Acute Stroke Care in Europe | Stroke (ahajournals.org)

- Fortin, M. (1999). O processo de investigação – Da conceção à idealização. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Grasner, J-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Bötti-ger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L. & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. Resusci-tation, 161, 61-72. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe - PubMed (nih.gov)
- Hanauer, Laíde et al. (2018). Comparação da severidade do déficite neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquémico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. Fisioterapia e Pesquisa, (s.l.), v. 25, n. 2, p. 217-223.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2018). Via Verde do AVC. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/04/02/via-verde-do-avc/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020). Via Verde do AVC. <https://www.inem.pt/2020/03/31/inem-encaminhou-4-415-doentes-para-a-via-verde-do-avc/>
- International Council of Nurses [ICN]. (2010). Scope of Nursing Practice and Decision-Making Framework TOOLKIT. In ICN Regulation Series. 2010 ICN Scope of Nursing and Decision making Toolkit eng.pdf
- Internacional Council of Nurses. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Ordem dos Enfermeiros. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ordemenfermeiros.pt)
- Joanna Briggs Institute. (2015). 'The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Metho-dology for JBI Scoping Reviews. Adelaide. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/jbi/docs/reviewersmanuals/scoping-.pdf>
2119–2126. Doi: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Joint Commission International [JCI]. (2020). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. (7ª ed.). Your Total Quality and Safety Resource | Joint Commission Resources (jcrinc.com)
- Larrabee, J. H. (2011). Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem. AMGH.
- Lavonas, E., Magid, D., Aziz, K., Berg, K., Cheng, A., Hoover, A., Mahgoub, M., Panchal, A., Rodriguez, A., Topjian, A. & Sasson, C. (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association. 90-1043 ECC Guideline Highlights 2010.indd (ufmg.br)
- Mão-de-Ferro, A. (1999). Na Rota da Pedagogia. Edições Colibri
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. Diário da República, 1ª Série, n.º 60 (24 de março), pp.2242 - 2257.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2018). Decreto-Lei nº65/2018. Diário da República, 1ª Série, n.º 60 (16 de Agosto), pp.4147 - 4182.

- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República: II Série, n.º 153, 20673-20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Ministério da Saúde. (2021). Aprova o plano nacional para a segurança dos doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 -2026). Despacho n.º 9390/2021. Diário da República: II Série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Moran, J. L., Nakagawa, K., Asai, S. M. & Koenig, M. A. (2016). 24/7 Neurocritical Care Nurse Practitioner Coverage Reduced Door-to-Needle Time in Stroke Patients Treated with 118 Cuidados de Enfermagem à Pessoa com AVC Isquémico Submetida a Trombólise na UCI Tissue Plasminogen Activator. *Stroke Cerebrovasc Dis.* 25(5), p. 1148-1152. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26907680/>
- Nunes L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos* (17), p. 3– 9. [Revista Percursos n17 Do perito e do conhecimento em enfermagem.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Nunes, L. (2013). CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal. [consideracoeseticasnainvestigacademicaemenf.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Nunes, L. (2016). Regulação profissional: atos profissionais em debate. *Enfermagem em foco.* [artigo-opiniao -revista-enfermagem em foco 2016.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem (2ª ed.). Lusodidacta.
- Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação de enfermagem. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. [ebook aspetoseticosinvestigacaoEnfjun2020.pdf \(rcaap.pt\)](#)
- Nunez, D., Gouveia, J., Sousa, J., Paiva, J., Bento, L., Moreira, Pedro., Araújo, Rui. (2020). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva. [RNERH Medicina-Intensiva v2020.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros, (2001), Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Delegação: Tomada de Posição. Parecer n.º 136/20017. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I (1). Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. [cadernosoe-dor.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República: II Série — N.º 48 — 10 de março de 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Regulamento da formação profissional da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissioaloe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 9/2017: Transporte da pessoa em situação crítica. Mesa do Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Parecer n.º 10/2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Mesa do Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer Conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: Atribuição de responsável de turno. Microsoft Word - Parecer n.º 01-2017 MCEESMP Competências do EESMP na realização de exames do estado mental (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: 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: II Série, n.º 135. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: II Série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: II Série, n.º 26. [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República: II Série, n.º 184. [0012800155.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2019c). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 743/2019. Diário da República, 2.ª série, Nº 184, 2 de setembro de 2019, p. 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem Médicos [OM] (2018). Documento orientador da formação em medicina intensiva (DOFMI). Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde [OMS](2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Organização Mundial da Saúde [Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 \(who.int\)](#).
- Organização Mundial da Saúde. [OMS] (2020). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. [WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020](#)
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.
- Paiva, C., Silva, M., Almeida, L., S., Gomes, R., Ribeiro, G., P., Pedrosa, S., Félix, S., Oliveira, S., Mota, S., Nicola, Z. & Silva, F. (2012). Relatório Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Comissão Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. International journal of evidencebased healthcare, 13 (3), 141–146. Doi: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI evidence synthesis, 18 (10),
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*, 10, 27-39.
- Pires, R., Pedrosa, M. & Marques, M. (2021). A gestão da Dor Aguda. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Coord.), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda. (pp. 161-171). Sabooks Editora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/34686>

- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J., & Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 66(2), 174– 179. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>
- Powers W.J., Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, et al. (2015). American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the AHA/American Stroke Association. *Stroke*. 46(10):3020-35.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C. Becker, K. ... Tirschwell D. L. (2019). Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Guideline*, p.1- 75. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000158>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C. Becker, K. ... Tirschwell D. L. (2019a). Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Guideline*, p.1- 75. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000158>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C. Becker, K. ... Tirschwell D. L. (2019b). Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Guideline*, p.1- 75. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000158>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C. Becker, K. ... Tirschwell D. L. (2019c). Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Guideline*, p.1- 75. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000158>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C. Becker, K. ... Tirschwell D. L. (2019d). Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *AHA/ASA Guideline*, p.1- 75. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000158>
- Riley, J. (2004). Comunicação em Enfermagem. Lusociência.

- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos, 15, pp. 1-38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da Revisão Scoping na produção da área da saúde: reflexões e perspetivas. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde, (6), 1-8. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Revista de Enfermagem Referência, 3 (3), 15-23.
- Silva, D.N et al. (2019). Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral [AVC]: Revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. (S.I.), v. 36, p. 2156.
- Sistema Nacional de Saúde [SNS] (2021). Acidente Vascular Cerebral. Acidente Vascular Cerebral – SNS
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI] (2021). O AVC é a Principal Causa de Morte e Incapacidade em Portugal. O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal - SPMI
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI] (2021a). O AVC é a Principal Causa de Morte e Incapacidade em Portugal. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [SPMI] (2021b). O AVC é a Principal Causa de Morte e Incapacidade em Portugal. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Plano Nacional de Avaliação da Dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2023). Transporte de Doente Crítico. Transporte-Doente-Critico-2023-Versão-CEMI_OM-III-2023.pdf (ordemdosmedicos.pt)
- Tavares, J. (2022). Doente crítico com delirium: planificação de cuidados de enfermagem [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora]. Repositório Científico da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/32647>
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, 4(11), 121-131. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R. & Moreno, R. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final.

Ministério da Saúde. [Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf \(sns.gov.pt\)](#)

- Ponce, P. (2015a). Aspetos da Organização e Gestão de uma Unidade de Cuidados Intensivos. In P. Ponce & J. J. Mendes, Manual de Medicina Intensiva (49/ 536-541). Lidel.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). Model for Change to Evidence-Based Practice. Journal of Nursing Scholarship, 31 (4), 317-322. doi: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x. -
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2017). Critical Care Nursing – Diagnosis and Management (8th ed.). Elsevier
- United Nations. (2017). Universal Declaration of Human Rights. Declaração-Universal-dosDireitos-Humanos.pdf (rocketcdn.me)
- Universidade de Évora. (2015). CE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- Veloso, C.L. (2016). Desenvolvimento de um procedimento para avaliação da assertividade no contexto de trabalho (Tese de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Vilela P, Rowley HA. (2017). Brain ischemia: CT and MRI techniques in acute ischemic stroke. Eur J Radiol. 96(May), p.162–72.
- World Stroke Organization(2023). [Annual reports | World Stroke Organization \(world-stroke.org\)](#)
- World Health Organization. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030:Towards eliminating avoidable harm in health care. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Zhou, Y., Xu, Z., Liao, J., Feng, F., Men, L., Xu, L. ... Li, G. (2017). New standardized nursing cooperation workflow to reduce stroke Thrombolysis delays in patients with acute ischemic stroke. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 13, p. 1215-1220. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S12874>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário aplicado à equipa de enfermagem

DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC SUBMETIDA A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA EM CONTEXTO DE UCI

I – CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA				
1. IDADE:		2. GÉNERO:	MASCULINO:	
			FEMININO:	
3. FORMAÇÃO ACADÉMICA			BACHARELATO	
			LICENCIATURA	
			PÓS-GRADUAÇÃO	
			PÓS-LICENCIATURA	
			MESTRADO	
			DOUTORAMENTO	
4. QUAL A ÁREA DE FORMAÇÃO (Pós-graduação, Pós-licenciatura, Mestrado ou Doutorado):				
5. CATEGORIA PROFISSIONAL NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM:			ENFERMEIRO EXTERNO	
			ENFERMEIRO INTERNO	
6. SE ENFERMEIRO EXTERNO, EM QUE SERVIÇO EXERCE FUNÇÕES?				
7. CATEGORIA PROFISSIONAL:			ENFERMEIRO	
			ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
			ENFERMEIRO GESTOR	
8. SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA, QUAL A ÁREA DE FORMAÇÃO?			SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	
			REABILITAÇÃO	
			SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	
			SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	
			SAÚDE COMUNITÁRIA	
			MÉDICO-CIRÚRGICA	
9. TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL			< 1 ANO	
			1 – 3 ANOS	
			4 – 6 ANOS	
			7 – 9 ANOS	
			>10 ANOS	
10. TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS			< 1 ANO	
			1 – 3 ANOS	
			4 – 6 ANOS	
			7 – 9 ANOS	
			>10 ANOS	

II – FORMAÇÃO NA ÁREA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC SUBMETIDA A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA

TENDO EM CONTA O NÍVEL DE FORMAÇÃO QUE POSSUI NA ÁREA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC SUBMETIDA A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA, ASSINALE COM UM X AS RESPOSTAS QUE MAIS SE COADUNAM COM A SUA SITUAÇÃO.

1. TEM CONHECIMENTOS NESTA ÁREA?	SIM	
	NÃO	
1.1. SE RESPONDEU SIM, CONSIDERA QUE OS SEUS CONHECIMENTOS SÃO?	SUFICIENTES	
	INSUFICIENTES	
2. TEM FORMAÇÃO NESTA ÁREA?	SIM	
	NÃO	
2.1. SE RESPONDEU SIM, ONDE ADQUIRIU ESSA FORMAÇÃO?	FORMAÇÃO EM SERVIÇO	
	CENTRO DE FORMAÇÃO DO HOSPITAL	
	SEMINÁRIOS	
	CONGRESSOS DE ENFERMAGEM	
	OUTROS	
2.2. SE RESPONDEU OUTROS, REFIRA EM QUE CONTEXTO:		
3. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE FORMAÇÃO NA ÁREA?	NO ÚLTIMO ANO	
	HÁ MAIS DE 3 ANOS	
	HÁ MAIS DE 6 ANOS	
4. NO SEU SERVIÇO EXISTEM ALGUMAS NORMAS DE PROCEDIMENTO RELACIONADAS COM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC SUBMETIDAS A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA?	SIM	
	NÃO	
4.1. SE RESPONDEU SIM, ENUNCIE AS NORMAS QUE CONHECE?		
4.2. AS RESPECTIVAS NORMAS ENCONTRAM-SE ATUALIZADAS?	SIM	
	NÃO	
	NÃO SEI	

III – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC SUBMETIDA A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA

RECORRENDO A UMA ESCALA QUE VARIA ENTRE **MI** – MUITO IMPORTANTE, **I** – IMPORTANTE, **PI** – POUCO IMPORTANTE, E **SI** – SEM IMPORTÂNCIA, COLOQUE UM (X) DE ACORDO COM A SUA OPINIÃO NAS SEGUINTE QUESTÕES:

NÍVEIS DE AVALIAÇÃO	MI	I	PI	SI
1. QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI AO PAPEL DO ENFERMEIRO NESTA ÁREA?				
2. QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI À EXISTÊNCIA DE NORMAS DE PROCEDIMENTO NESTA ÁREA, NO SEU SERVIÇO?				
3. QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI À REALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO NESTA ÁREA?				

4. QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUÍ PARA A CRIAÇÃO DE UM DOCUMENTO DE CONSULTA PRÁTICO SOBRE A TEMÁTICA ABORDADA?				
5. QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA DE UNIFORMIZAR OS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOBRE ESTA TEMÁTICA?				
5. QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA PARA A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO SOBRE ESTA TEMÁTICA?				

Fonte: Elaborado pela própria

Obrigado pela sua Colaboração!

Disponível no Link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdjmrIXAnFLYUiJL3PBgD2-43ISTA-Bhd7_zc2QHV9tZLfVIWg/viewform?usp=pp_url

APÊNDICE II

Consentimento Informado

Consentimento informado, livre e esclarecido

Pede consentimento:

Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues Borges

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, bem como todas as informações que me foram transmitidas verbalmente pela pessoa que acima assina. Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção de dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas bem como a garantia de que os dados serão usados unicamente para fins de investigação.

Fui ainda informada(o) de ter total liberdade para, em qualquer momento, revogar o consentimento e desistir sem que seja necessário justificar a minha decisão e sem penalizações ou prejuízos.

Desta forma, considero-me esclarecida(o), e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pela investigadora, declarando a minha participação de livre vontade.

Assinatura: _____.

Data: ____/____/____

APÊNDICE III

Cronograma

Fase	Tempo	2023					2024		
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	
Diagnóstico da situação	Atividade								
	Reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora								
	Diagnóstico da necessidade								
	Análise SWOT								
	Pesquisa bibliográfica								
Diagnóstico da situação	Definição do objetivo geral								
	Construção de questionário aos profissionais de saúde								
	Aplicação de questionário aos profissionais de saúde								
	Recolha de dados								
	Definição de objetivos específicos								
Planejamento	Construção do cronograma do projeto								
	Definição das estratégias e atividades a desenvolver								
	Definição dos recursos necessários								
	Construção de proposta de intervenção profissional								
	Envio da proposta de intervenção profissional								
Execução	Envio da proposta de projeto à Comissão de Ética								
	Pesquisa bibliográfica								
	Revisão sistemática da literatura								
	Construção do protocolo de atuação de intervenção de enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica								
	Construção do instrumento de registo de enfermagem relacionada com o protocolo de atuação de intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica na UCI								
Avaliação	Construção do documento de consulta prática sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI								
	Reunião com a enfermeira orientadora e professor orientador para a apresentação								
	Realização do plano da sessão formação								
	Sessão de formação								
	Aplicação do questionário de avaliação à equipa de enfermagem acerca da formação/formadora								
Análise dos objetivos delineados / Relatório de Mestrado									

APÊNDICE IV

Parecer ao pedido de autorização para a realização do PIP

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL
PARECER Nº15/2023

Assunto: Análise do estudo: "Intervenções de Enfermagem à Pessoa com AVC Submetida a Terapêutica Fibrinolítica em Contexto de UCI"

Nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a), do nº. 1 do art.º 92 da Lei nº. 21/2014 de 16 de abril, foi solicitado o parecer desta Comissão, tendo em vista a autorização para a realização do estudo acima identificado.

No âmbito das competências que lhe são conferidas pelo art.º 32 do Decreto-Lei nº 80/2018 de 15 de outubro e pelo do art.º 162 da Lei nº. 21/2014 de 16 de abril, a Comissão de Ética para a Saúde do [REDACTED], doravante designada por Comissão, analisou o processo que lhe foi apresentado para aquele efeito e avaliou todos os aspetos apontados no nº. 6 do referido art.º 162.

1. Pertinência do estudo e sua conceção

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado uma urgência e uma emergência médica, cujo contexto terapêutico envolve nas primeiras 4,5 horas e, de forma concreta, na presença de um AVC isquémico, a administração do Ativador do Plasminogénio Tecidual Recombinante (rtPA). O manuseamento deste fibrinolítico apresenta determinados riscos, razão por que a Direção Geral da Saúde recomenda, no seu Programa Nacional para a Segurança dos Doentes, "aumentar a segurança na administração medicamentosa" deste fármaco.

Esta administração terapêutica acarreta para o enfermeiro tanto a responsabilidade técnico-científica para a prestação de cuidados especializados e individualizados, como as responsabilidades técnico-legais.

Face à importância da abordagem desta intervenção, a presente investigação tem como objetivo principal diagnosticar as necessidades da equipa de enfermagem, da Unidade de Cuidados Intensivos do [REDACTED], ao nível desta temática e promover aquisição de conhecimentos, com o intuito de garantir a segurança da pessoa com AVC submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, contribuindo assim para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Pretende-se ainda uniformizar os procedimentos de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, através da elaboração de uma proposta de instrumento de registo de enfermagem, relacionado com o protocolo de atuação; construir um documento de consulta prático sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI e, atualizar os

conhecimentos dos profissionais de saúde da UCI no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico, submetido a terapêutica fibrinolítica, através da realização de uma sessão de formação.

2. Avaliação dos benefícios e riscos previsíveis

No projeto partilhado não são referidos benefícios e riscos previsíveis, para além daqueles que se explicitam na abordagem conceptual da temática a investigar.

3. O protocolo, incluindo os planos de divulgação do estudo

O projeto não descreve um protocolo da investigação, nem apresenta um cronograma de atividades a desenvolver. Contudo, dada a sua metodologia (Projeto de Intervenção Profissional), são elencadas as atividades a desenvolver, conforme já abordado no Ponto 1. Os planos de divulgação da investigação estão omissos, apesar de estar prevista a elaboração de um artigo científico com o objetivo de aquisição e consolidação de conhecimento nesta área, e que constitui um dos elementos de avaliação da unidade curricular.

4. Aspetos metodológicos, incluindo o instrumento de colheita de dados e os aspetos éticos e de confidencialidade

No projeto enviado a esta Comissão estão explícitos os seguintes itens metodológicos: população-alvo, instrumento de recolha de dados e questões éticas.

O instrumento de colheita de dados rececionado contempla quatro domínios, supondo-se que o mesmo seja divulgado online, a partir da plataforma Google Formulários:

Caraterização da Equipa; Formação na Área de Intervenção de Enfermagem à Pessoa com AVC Submetida a Administração de Terapêutica Fibrinolítica; Importância Atribuída às Intervenções de Enfermagem à Pessoa com AVC Submetida a Terapêutica Fibrinolítica. Relativamente aos aspetos ligados à ética e à confidencialidade, estes têm a seguinte redação: deforma a cumprir as orientações da Direção Geral da Saúde através da sua norma nº.015/2013 (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo), será produzido um consentimento informado, para aceitação livre e esclarecida no instrumento de recolha de dados (Apêndice II). O tratamento dos dados recolhidos será realizado de acordo com Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. Comprometo-me em garantir sempre o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e consentimento informado, cumprindo os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo.

O consentimento informado, livre e esclarecido foi partilhado com a esta Comissão. Este documento além de esclarecer os objetivos da investigação, faz referência aos seguintes aspetos éticos e de confidencialidade: (...) Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico desta natureza, bem como se garante o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos no âmbito do projeto de intervenção profissional.

5. A aptidão do investigador principal e dos restantes membros da equipa:

O investigador principal — Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues Borges — é Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve no Serviço de Urgência Geral e possui a cédula profissional n.º 71208. É também estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica — Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Politécnico de Portalegre. Tendo o presente projeto de investigação enquadramento académico e curricular no referido curso, o investigador principal terá o devido acompanhamento por parte do Professor Doutor Adriano Pedro e por parte da Sra. Enf. Supervisora, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Joana Russo.

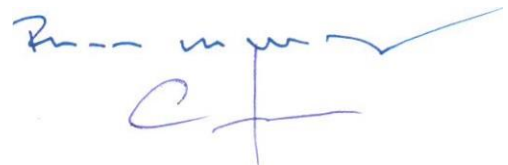
Face ao exposto e, considerando os documentos entregues para a avaliação e a sua fundamentação, parece-nos que o presente projeto de investigação cumpre os compromissos éticos e o respeito dos princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, o que permite que esta Comissão profira um parecer favorável.

6. Nota final

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do art.º 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento a esta Comissão de Ética do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Portimão, 27 de novembro de 2023



APÊNDICE V
Consentimento Ético

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do [REDACTED]

Exmo. Senhor Presidente da Comissão de Ética do [REDACTED]

Exma. Direção Clínica do [REDACTED]

Eu, Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues Borges, portador do Cartão de Cidadão n.º 12476957 8 ZX2, licenciada em Enfermagem, residente na Rua Lucinda Almeida Lamy Leal, bloco B-4 ap. B r/c frente - Lagos, atualmente a exercer funções de Enfermeiro, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve no serviço de urgência geral cédula profissional n.º 71208, contactável pelo telemóvel n.º 962407662 e/ou pelo endereço eletrónico s_borges@hotmail.com, a frequentar o 7º curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, ministrado no âmbito da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde de Évora, Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.^a dirige na área da segurança do doente, mais concretamente na área de “Intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI”, a ser realizado no serviço Cuidados Intensivos, tendo como objetivo Garantir a segurança da pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, contribuindo assim para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, através da recolha de evidência científica sobre a temática abordada e com a elaboração de uma revisão da literatura; através da uniformização de procedimentos de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI com a elaboração de uma proposta de instrumento de registo de enfermagem relacionada com o protocolo de atuação; através da construção de um documento de consulta prático

sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI; e através da atualização dos conhecimentos dos profissionais de saúde da UCI no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a terapêutica fibrinolítica através da realização de uma sessão de formação.

Este projeto decorre sob a orientação do Prof. Adriano Pedro, docente da Universidade de Portalegre e sob orientação da Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica Joana Russo, enfermeira nesta instituição. Salienta-se que não se preveem custos acrescidos à instituição bem como não se prevê o condicionar da normal atividade e dinâmica do serviço. Mais se acrescenta que se garante o compromisso em respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho académico desta natureza, bem como se garante o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos no âmbito do projeto de intervenção profissional.

Atentamente,

■■■■■, 3 de novembro de 2023

(Susana Borges)

APÊNDICE VI

Resumo da *Scoping Review*

RESUMO:

Enquadramento: O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico agudo é uma urgência neurológica. Este define-se como o início súbito de sintomas e sinais neurológicos focais na distribuição de um território vascular que persistem por mais 24 horas. Nos últimos anos tem-se assistido a um progresso acentuado com o surgimento das terapêuticas em fase aguda, quer farmacológicas quer de intervenção endovascular. O único tratamento específico eficaz no AVC isquémico agudo é a trombólise com o *Recombinant Tissue-type Plasminogen Activator* (r-TPA) intravenosa (IV) e deve ser iniciado o mais precocemente possível. Tal como em todas as administrações terapêuticas existem riscos associados e, por isso é importante manter uma vigilância contínua do doente nas 24 horas seguintes à administração do r-TPA.

Objetivo: Mapear e identificar os resultados das Intervenções de enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto hospitalar, através da realização de uma *Scoping Review*.

Método: Utilizando a estratégia de questão relativa à população, conceito e contexto (PCC), foi realizada uma *scoping review* da literatura no período temporal entre 2019 e 2023, considerando-se os artigos científicos em texto integral, e estudos realizados com adultos em contexto hospitalar com patologia de AVC isquémico, submetidos a terapêutica fibrinolítica. Foi realizada uma pesquisa na plataforma *EBSCOhost*, em diversas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem, tendo por base o protocolo preconizado por *Joanna Briggs Institute (JBI)*.

Resultados: Os estudos corroboram com a importância dos cuidados de enfermagem assentes na evidência, céleres e eficazes são cruciais na monitorização e recuperação da pessoa com AVC Isquémico submetida administração de terapêutica fibrinolítica.

Conclusão: A pessoa com AVC isquémico submetida a terapêutica fibrinolítica requer ser cuidada por uma equipa multidisciplinar treinada, especializada e de excelência, sendo imperativo para tal a definição dos cuidados de enfermagem e a criação de protocolos de atuação promovendo assim a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Descritores: Terapia fibrinolítica; AVC isquémico; Enfermagem, Hospital.

APÊNDICE VII

Procedimento de Atuação sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetidas a administração de terapêutica fibrinolítica

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC
SUBMETIDA A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA

PQ-ENF -XXX | R:00 | 29/01/2024 Elaboração inicial: 29/01/2024 | Próxima revisão: 29/01/2027

Conteúdo

SIGLAS/ABREVIATURAS UTILIZADAS NESTE DOCUMENTO 1

1. ENQUADRAMENTO 2

2. OBJETIVOS 2

3. ÂMBITO..... 2

4. RESPONSABILIDADES 2

5. DESCRIÇÃO 3

5.1 Procedimento das intervenções de Enfermagem 3

6. DOCUMENTOS ASSOCIADOS 9

7. MONITORIZAÇÃO 9

8. BIBLIOGRAFIA 10

9. REGISTO HISTÓRICO 10

10. ROTA DO DOCUMENTO 10

11. REQUISITOS JCI 11

SIGLAS/ABREVIATURAS UTILIZADAS NESTE DOCUMENTO

Sigla/Abreviatura	Designação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CE	Crânio Encefálico
CVC	Cateter Vascular Central
CVP	Cateter Venoso Periférico
ECG	Eletrocardiograma
FA	Fibrilhação Auricular
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
GC	Glicémia Capilar
HTA	Hipertensão Arterial
IV	Intravenosa
mRS	<i>Modified Rakin Scale</i>
NIHSS	<i>National Institute Health Stroke Scale</i>
CN	Cânulas Nasais
r-tPA	<i>Recombinant Tissue-type Plasminogen Activator</i>
SPO ₂	Saturações Periféricas de Oxigénio

TA	Tensão Arterial
TAC	Tomografia Computorizada
tPA	Ativador do Plasminogénio Tecidular
TT	Temperatura Timpânica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

1. ENQUADRAMENTO

As doenças cerebrovasculares constituem um importante problema de saúde pública que atinge transversalmente todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento económico. Nos últimos anos tem-se assistido a um progresso acentuado com o surgimento das terapêuticas em fase aguda, quer farmacológicas quer de intervenção endovascular. Tais intervenções deverão iniciar-se tão precocemente quanto possível e continuar durante o processo de estadia hospitalar, prolongando-se após a alta, se adequado, nos cuidados domiciliários, quer de enfermagem, quer de medicina física e reabilitação, quer ainda de apoio social com vista a permitir uma reintegração na comunidade tão completa e rápida quanto possível.

O acidente vascular cerebral (AVC) isquémico agudo é uma urgência neurológica. Este define-se como o início súbito de sintomas e sinais neurológicos focais na distribuição de um território vascular que persistem por mais 24 horas. O único tratamento específico eficaz no AVC isquémico agudo é a trombólise com o *Recombinant Tissue-type Plasminogen Activator* (r-tPA) intravenosa (IV) e deve ser iniciado o mais precocemente possível. Tal como em todas as administrações terapêuticas existem riscos associados e, por isso é importante manter uma vigilância contínua do doente nas 24 horas seguintes à administração do r-tPA.

2. OBJETIVOS

- Uniformizar procedimentos de enfermagem relacionado com o doente com AVC Isquémico submetido a terapêutica fibrinolítica;
- Garantir a segurança do doente após a administração de terapêutica fibrinolítica;
- Minimizar complicações associadas à administração de terapêutica fibrinolítica.

3. ÂMBITO

- Pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com AVC que foram submetidos a terapêutica fibrinolítica.

4. RESPONSABILIDADES

- A quem destina: médicos e enfermeiros;
- Quem executa: Enfermeiros

5. DESCRIÇÃO

O Alteplase (rt-PA) é um medicamento pertencente à classe dos agentes trombolíticos. A terapêutica trombolítica baseia-se na viabilidade de recuperação de tecido cerebral isquémico nas primeiras 3 horas após o início dos sintomas, sendo que numa fase mais tardia (> 3 horas), a proporção de tecido cerebral já necrótico é maior e a reperfusão tecidual não apresenta benefícios evidentes. Este fármaco é reconhecido pelo seu potencial de restaurar o fluxo sanguíneo por meio de administração do ativador plasminogénio tecidual recombinante promovendo assim a decomposição do coágulo (Hanauer et al., 2018). Esta terapêutica deve ser iniciada, tão cedo quanto possível, de preferência entre as 3 primeiras horas subsequentes ao início dos sintomas de AVC e pode ir até 4 horas e 30 minutos, pois o efeito do tratamento depende do tempo em que é feita a administração; consequentemente quanto mais cedo for feito o tratamento, maior é a probabilidade de obter um resultado favorável. A sua administração aumenta significativamente a probabilidade de restabelecimento da circulação arterial cerebral e a regressão dos défices neurológicos instalados (Powers, et al., 2015).

A tomografia computadorizada do crânio é obrigatória e espera-se que seja realizada dentro de 20^m. Confirmado o diagnóstico, o tempo porta-agulha não deve exceder 60'. A ressonância magnética (técnica difusão-perfusão) também poderá ser realizada identificando as áreas isquémicas ainda viáveis. Quanto mais precoce a infusão, melhores os resultados. Alguns exames subsidiários são recomendados, p.ex., doseamento da glicemia, eletrólitos, hemograma, troponina, coagulação, função renal, função hepática, radiografia do tórax, eletrocardiograma (ECG). No entanto, é imperativo avaliar os critérios de inclusão e exclusão para a administração de r-tPA antes de iniciar a terapêutica (DC-DCL – XXX).

5.1 Procedimento das intervenções de Enfermagem

ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Identificar o doente, apresentar-se e esclarecer a pessoa acerca das intervenções de enfermagem a realizar (de acordo com o seu estado de consciência); - Avaliar o estado de consciência segundo Escala de Coma de Glasgow (GCS) (DC-DCL-XX1); - Identificação positiva do doente;	- Minimizar ansiedade; - Reforçar relação terapêutica; - Obter colaboração; - Evitar erros;

Avaliar grau de incapacidade ou independência segundo Escala de <i>Rakin</i> Modificada (mRS) (DC-DCL-XX2);	
2. Registrar informação adquirida em instrumento próprio para os registos de pacientes submetidos a fibrinólise (DC-DCL-XX3);	- Documentar legalmente a avaliação efetuada;
3. Posicionar o doente em decúbito dorsal com cabeça elevada a 30º;	- Prevenção de complicações relacionada com a patologia; - Medidas de conforto para o doente;
4. Manter o doente em dieta zero até indicação médica durante todo o procedimento;	- Prevenção de complicações; - Minimizar o risco de hemorragia e eventual intervenção cirúrgica de urgência;
5. Abordar o doente segundo a avaliação ABCDE (DC-ENF-031-ponto 2.3.4): A (Airway maintenance with cervical spine control) - Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical; B (Breathing) - Ventilação; C (Circulation) - Circulação; D (Disability) - Disfunção neurológica; E (Exposure) - Exposição.	- Identificação de alterações hemodinâmicas e prevenção de complicações;
6. Monitorizar de forma contínua e registar parâmetros vitais (DC-DCL-XX3): - Monitorizar traçado cardíaco e Frequência Cardíaca (FC); - Monitorizar Frequência Respiratória (FR) e Saturações Periféricas de Oxigénio (SPO₂); - Avaliar Temperatura Timpânica (TT); - Avaliar Tensão arterial (TA); - Avaliar a Dor;	- Documentar legalmente a avaliação efetuada; - Vigilância e deteção de alterações dos parâmetros vitais precocemente de modo a prevenir complicações: FC: - Deteção de arritmias (mais frequente é a Fibrilhação auricular [FA]); SPO₂: - Se SPO ₂ < 95% administrar O ₂ a 2 litros por minuto (l/min) por cânulas Nasais (CN); TT: - A TT deve ser mantida abaixo dos 37,5°C sob pena de aumentar as exigências metabólicas do tecido cerebral, o que está associado a um pior prognóstico; TA:

	- A TA extremamente elevadas devem ser diminuídas de forma cautelosa, onde o objetivo é atingir uma TA alvo < 180/105mmHg; Dor: - A presença de dor/ cefaleia também pode contribuir para a ansiedade, desconforto e consequentemente aumento do perfil tensional;
7. Avaliar e registar a glicémia capilar (GC);	- Documentar legalmente a avaliação efetuada; - Vigilância e deteção de alterações de forma precoce de modo a prevenir complicações: GC: - Se hipoglicémia (GC <60mg/dl) deve ser corrigida com glicose hipertónica a 30%;
8. Colocar dois cateteres venosos periféricos (CVP): • Um exclusivo para a perfusão do r-tPA; • Outro para outras perfusões que sejam necessárias; Se necessário colocar cateter vascular central (CVC);	- Administração de terapêutica endovenosa em caso de urgência/emergência;
9. Colher sangue para análises (Hemograma, bioquímica e coagulação);	- Proceder a intervenções-chave; - Promover o tratamento adequado;
10. Acompanhar o doente durante a realização de Exames Complementares de Diagnóstico (Ex. TAC-CE)	- Proceder a intervenções-chave; - Promover o tratamento adequado;
11. Realizar todas as intervenções de enfermagem que possam ser traumáticas antes do início da administração da terapêutica fibrinolítica (Ex: entubação nasogástrica, algaliação; colocação de cateter venosos periférico);	- Prevenção do risco de hemorragia;
12. Proceder avaliação Neurológica com a aplicação da <i>National Institute Health Stroke Scale</i> (NIHSS) (DC-DCL-XX4);	- Identificação de alterações neurológicas e intervenção de acordo com a alteração identificada; - Despiste de agravamento do estado neurológico; - Quantificação da eficácia do tratamento; - Prevenção de complicações;
13. Iniciar administração da terapêutica fibrinolítica por via endovenosa (DC-DCL-XX5);	- Prevenir complicações; - Cumprir protocolo estabelecido; - Iniciar o tratamento o mais precoce para prevenir agravamento da situação clínica;

DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA	
14. Proceder à avaliação Neurológica com a aplicação da NIHSS de 15 em 15 minutos e em SOS;	- Identificação de alterações neurológicas e intervenção de acordo com a alteração identificada; - Despiste de agravamento do estado neurológico; - Quantificação da eficácia do tratamento; - Prevenção de complicações;
15. Manter a monitorização de forma contínua e registar parâmetros vitais: • Monitorizar traçado cardíaco e Frequência Cardíaca (FC); • Monitorizar Frequência Respiratória (FR) e Saturações Periféricas de Oxigénio (SPO₂); • Avaliar Temperatura Timpânica (TT); • Avaliar Tensão arterial (TA); • Avaliar a Dor;	- Documentar legalmente a avaliação efetuada; - Vigilância e deteção de alterações dos parâmetros vitais precocemente de modo a prevenir complicações: FC: -Deteção de arritmias (mais frequente é a Fibrilhação auricular [FA]); SPO₂: -Se SPO₂ < 95% administrar O₂ a 2 litros por minuto (l/min) por Óculos Nasais (ON); TT: - A TT deve ser mantida abaixo dos 37,5°C sob pena de aumentar as exigências metabólicas do tecido cerebral, o que está associado a um pior prognóstico; TA: - A TA extremamente elevadas devem ser diminuídas de forma cautelosa, onde o objetivo é atingir uma TA alvo < 180/105mmHg; Dor: - A presença de dor/ cefaleia também pode contribuir para a ansiedade, desconforto e consequentemente aumento do perfil tensional;
16. Vigiar sinais de alarme durante a administração da terapêutica fibrinolítica;	- Prevenir complicações associadas à administração de terapêutica fibrinolítica;
PÓS ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA – PRIMEIRAS 24 HORAS	
17. Proceder à avaliação neurológica com aplicação da Escala de NIHSS duas horas após o término da administração da terapêutica. Posteriormente esta avaliação deve ser realizada de 3 em 3 horas até perfazer 24 horas;	- Identificação de alterações neurológicas e intervenção de acordo com a alteração identificada; - Despiste de agravamento do estado neurológico; - Quantificação da eficácia do tratamento; - Prevenção de complicações;

18. Manter a monitorização de forma contínua e registar parâmetros vitais: • Monitorizar traçado cardíaco e Frequência Cardíaca (FC); • Monitorizar Frequência Respiratória (FR) e Saturações Periféricas de Oxigénio (SPO₂); • Avaliar Temperatura Timpânica (TT); • Avaliar Tensão arterial (TA); • Avaliar a Dor;	- Documentar legalmente a avaliação efetuada; - Vigilância e deteção de alterações dos parâmetros vitais precocemente de modo a prevenir complicações: FC: - Deteção de arritmias (mais frequente é a Fibrilhação auricular [FA]); SPO₂: - Se SPO₂ < 95% administrar O₂ a 2 litros por minuto (l/min) por Óculos Nasais (ON); TT: - A TT deve ser mantida abaixo dos 37,5°C sob pena de aumentar as exigências metabólicas do tecido cerebral, o que está associado a um pior prognóstico; TA: - A TA extremamente elevadas devem ser diminuídas de forma cautelosa, onde o objetivo é atingir uma TA alvo < 180/105mmHg; Dor: - A presença de dor/ cefaleia também pode contribuir para a ansiedade, desconforto e consequentemente aumento do perfil tensional;
19. Avaliar e registar a GC de 4 em 4 horas ou conforme prescrição médica nas primeiras 24 horas;	- Documentar legalmente a avaliação efetuada; - Vigilância e deteção de alterações de forma precoce de modo a prevenir complicações: GC: - Se hipoglicémia (GC <60mg/dl) deve ser corrigida com glicose hipertónica a 30%;
20. Manter dieta zero até 16 horas após a administração de terapêutica fibrinolítica ou indicação médica: • Avaliar reflexo de deglutição e deteção de disfagia orofaríngea antes de iniciar alimentação ou hidratação oral;	- Prevenir complicações associadas ao risco de aspiração; • Testar disfagia com recurso ao instrumento de avaliação preconizado na UCI (MD-ENF-173), antes de iniciar a alimentação ou hidratação oral;
21. Manter repouso absoluto no leito nas primeiras 24 horas, até repetir TAC-CE de controlo e indicação médica para iniciar levantar;	- Prevenção de agravamento da situação clínica;

22. Vigiar perdas hemáticas e não administrar qualquer antiagregante plaquetário ou anticoagulante durante as primeiras 24 horas;	-Vigiar e prevenir o agravamento da situação clínica;
23. Manter cabeça da cama a 30 graus, se tolerado pelo doente;	- Prevenção de agravamento da situação clínica;
24. Avaliar o auto-cuidado através do índice de Barthel (DC-DCL-XX6);	- Documentar legalmente em notas de enfermagem para efetuar a realização da avaliação;
25. Avaliar o risco de queda através da aplicação da Escala de Morse;	- Prevenção da queda;
26. Garantir uma avaliação completa da pele e tecidos com recurso ao instrumento de pele, promover uma adequada higiene e hidratação; - Avaliar o grau de risco de úlcera por pressão através da aplicação da Escala de Braden; - Posicionar, mobilizar e massajar o doente, considerando o défices apresentados e nível de risco identificado; - Evitar posicionamentos sobre os membros com défices;	- Prevenção de alterações da integridade da pele; - Promoção de conforto e bem-estar; - Manutenção da integridade da pele; - Prevenção de atrofia-musculo-esqueléticas;
27. Monitorizar Balanço Hídrico durante as primeiras 24 horas;	- Documentar legalmente a avaliação efetuada; - Prevenção de complicações; - Avaliar balanço Hídrico; - O equilíbrio hidro-eletrolítico deverá ser mantido, administrar fluidos via IV; - Assegurar que o doente tem o aporte nutricional adequado;
28. Vigiar eliminação vesical: Se necessário algaliar, esta técnica só deve ser realizada após 6 horas do término da administração da terapêutica fibrinolítica;	- Prevenção de complicações relacionadas coma retenção urinária ou incontinência urinária; - Evitar risco de hemorragia;
29. Vigiar eliminação intestinal;	- Prevenção de complicações relacionadas com obstipação;
30. Estabelecer com a pessoa internada metas realistas através da promoção da sua participação em todo o processo, bem como da pessoa significativa;	- Promoção das capacidades funcionais e exercício de cidadania;

- Definir estratégias de superação e autonomia para um processo de transição saudável; - Capacitar na readaptação à nova condição de saúde;	
31. Proceder à realização das notas de enfermagem do doente;	- Documentar legalmente os cuidados prestados ao doente;
OUTRAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
32. Proceder à lavagem higiénica das mãos regularmente;	- Prevenção de infeções cruzadas;
32. Utilizar material de proteção individual;	- Proteção individual; - Prevenção de infeções cruzadas;
34. Vigiar o local da inserção do CVP ou o local de inserção do CVC;	- Prevenção de complicações; - Prevenção de infeções cruzadas;
35. Descrever em notas de enfermagem que foi implementado o procedimento de “Intervenções de Enfermagem à pessoa com AVC submetida a Terapêutica Fibrinolítica”.	- Documentar legalmente a implementação do protocolo.

6. DOCUMENTOS ASSOCIADOS

- DC- DCL-XX0 -CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPEUTICA FIBRINOLITICA;
- DC-DCL-XX1- ESCALA DE COMA DE *GLASGOW*;
- DC-DCL-XX2 – ESCALA DE *RAKIN* MODIFICADA;
- DC-ENF-031-SUPORTE IMEDIATO DE VIDA – ENFERMEIROS;
- DC-DCL-XX3 – INSTRUMENTO DE REGISTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM;
- DC-DCL – XX4 – ESCALA DE NIHSS;
- DC-DCL-XX5- GUIA ORIENTADOR PARA A ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA;
- DC-DCL-XX6- ESCALA DE *BARTHEL*;
- MD-ENF-173 -TRIAGEM DA DISFAGIA OROFARÍNGEA.

7. MONITORIZAÇÃO

Deve ser realizada uma auditoria ao processo do utente, através da verificação do preenchimento da lista de verificação sobre a aplicação do Protocolo das Intervenções de Enfermagem à Pessoa com AVC Submetida a Administração de Terapêutica Fibrinolítica.

8. BIBLIOGRAFIA

- American Heart Association. *Stroke Risk Factors*. America: American Stroke Association; 2019 <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0000000000000211>
- American Heart Association. *Ischemic Stroke*. America: American Stroke Association; 2018 <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Berg E, Whiteley W, Audebert H, et al. (2021). *European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke*. *European Stroke Journal*, 6 (1). Doi; 10.1177/2396987321989865
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. Programa Nacional Para as Doenças CérebroCardiovasculares. Lisboa. (2017). <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx?v=%3d%3dWAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Infarmed (2021). Resumo das características do medicamento – Actilyse. Disponível em: <http://extranet.infarmed.pt/INFARMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C. Becker, K. ... Tirschwell D. L. 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. AHA/ASA Guideline. 2019 1-75. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000158>

9. REGISTO HISTÓRICO

N.º da Revisão	Data	Capítulo revisto	Descrição da Revisão	Pág(s).

10. ROTA DO DOCUMENTO

Elaboração	Validação	Aprovação

APÊNDICE VIII

Instrumento de Registo de enfermagem relacionado com o procedimento de atuação

FOLHA DE REGISTOS DE ENFERMAGEM PARA O DOENTE SUBMETIDO A TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA

Colar Etiqueta do Paciente

CIRCUITO DE ENTRADA				AVALIAÇÃO E TRATAMENTO			
Data:		Hora:		Última vez que foi visto bem:		Data: Hora:	
AVC ocorrido no hospital?		Sim	Não	AVC:	Isquémico	mRS antes do AVC	
AVC prévio?		Sim	Não		Hemorragica	NIHSS à entrada	
Estado de Consciência:				GCS	MCDT	TAC-CE	Data: Hora:
Peso:	kg	Glicemia:	mg/dl	AngioTAC		Data: Hora:	
r-tPA:		Sim	Não	Análises		Data:	
Hora de início r-tPA:				ECG		Data:	
Bólus: Dose		mg	Perfusão: Dose	mg		Raio x	Data:

GRELHA DE REGISTOS DE ENFERMAGEM													
HORA	PARAMETROS VITAIS							GCS	NIHSS	BALANÇO HÍDRICO		OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS	SUSPENSÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE r-tPA
	TA (mmHg)	FC (bpm)	FR (crpm)	TT (°C)	DOR	SPO ₂ (%)	O ₂ (l/min)			ENTRADA	SAÍDA		
0 ^m													
15 ^m													
30 ^m													
45 ^m													
1 ^h													
1 ^h 15 ^m													
1 ^h 30 ^m													
1 ^h 45 ^m													
2 ^h													
2 ^h 30 ^m													
3 ^h													
3 ^h 30 ^m													
4 ^h													
4 ^h 30 ^m													
5 ^h													
5 ^h 30 ^m													
6 ^h													
7 ^h													
8 ^h													
9 ^h													
10 ^h													
11 ^h													
12 ^h													
13 ^h													
14 ^h													
15 ^h													
16 ^h													
17 ^h													
18 ^h													
19 ^h													
20 ^h													
21 ^h													
22 ^h													
23 ^h													
24 ^h													
TOTAL													

MD-QUA-071 // R: 01 // 27-10-2022 Tempo de Arquivo:

Local de Arquivo:

Página 1 de 1

APÊNDICE IX

Plano da sessão de formação

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO						
INSTITUIÇÃO			SERVIÇO:		UCIP	
DATA:	29/01/2024	LOCAL:	ON-LINE	HORA:	INÍCIO: FIM:	14 ^H 14 ^H :46 ^M
TEMA:	"Intervenções de Enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI"					
FORMADORA:	Susana Borges		DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da UCIP			
OBJETIVO GERAL:	Garantir a segurança da pessoa com AVC submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, contribuindo assim para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.					
OBJETIVO ESPECÍFICOS:	Recolher evidência científica sobre a temática abordada, através de uma Scooping Review;					
	Uniformizar os procedimentos de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a administração de terapêutica fibrinolítica, através da elaboração de uma proposta de instrumento de registo de enfermagem relacionada com o procedimento de atuação;					
	Construir um procedimento de enfermagem das intervenções de enfermagem à pessoa com AVC Isquémico submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI;					
	Atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde da UCI no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com AVC isquémico submetido a terapêutica fibrinolítica através da realização de uma sessão de formação.					
ETAPA	CONTEÚDOS		MÉTODOS E MEIOS AUDIOVISUAIS		TEMPO	
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema - Pertinência do tema - Apresentação dos objetivos geral e específicos da ação de formação		Método Expositivo		5m	
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- Algumas definições; - Metodologia do Projeto; - Propostas desenvolvidas; - Fibrinolítico (r-tPA); - Intervenções de enfermagem à pessoa com AVC que foi submetida a terapêutica fibrinolítica; - Instrumento de Registo de Enfermagem.		Método Expositivo		20m	
CONCLUSÃO	- Síntese da ação - Esclarecimento de dúvidas - Referências bibliografia		Método Expositivo/ Método Ativo		10m	
AValiação	Preenchimento do questionário referente à avaliação da formação		Questionário		5m	
MEIOS AUDIOVISUAIS E OUTROS MATERIAIS	Computador com acesso a internet e plataforma Teams®					

APÊNDICE X

Questionário de Avaliação da formação e do formador

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Satisfação do Formando

TEMA DA FORMAÇÃO	"Intervenções de Enfermagem à pessoa com AVC submetida a terapêutica fibrinolítica em contexto de UCI"					
DATA:	29/01/2024					
Ajude-me a melhorar, partilhando a sua opinião. Agradeço a sua colaboração, no sentido de a adequar e melhorar continuamente.						
Preencha o presente questionário atribuindo um valor 1 (não satisfaz), 2 (satisfaz pouco); 3 (satisfaz), 4 (bom) a 5 (excelente) aos diferentes aspetos da formação.						
Responda com um (X), a opção que melhor caracteriza a sua opinião.						
	NÍVEIS DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5
A FORMADORA						
Domínio dos conteúdos e técnicas						
Clareza e envolvimento com o grupo						
Incentivo dos formandos a participar na ação de formação						
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS						
Linguagem clara e objetiva						
Identificados os objetivos de forma clara						
Interesse nos temas expostos						
Utilidade dos conhecimentos adquiridos						
QUALIDADE DO MATERIAL E MEIOS PEDAGÓGICOS						
Documentos de apoio						
Meios Audiovisuais						
Material de Demonstração						
Instalações (conforto, acessos, iluminação)						
ORGANIZAÇÃO						
Divulgação da formação						
Cumprimento do horário previsto						
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas						
Organização da ação de formação foi eficiente						
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:						

Fonte: Elaborado pela própria

Obrigado pela sua Colaboração!

Disponível no Link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdSJv3FJv4gF5DLt-zADpqrXz9eG0toZYWWQw_oi0RwNRCh3A/viewform?usp=pp_url

APÊNDICE XI
Grelha de Auditoria

GRELHA DE AUDITORIA

PROCEDIMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC SUBMETIDA A ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA

Colar Etiqueta do Paciente

INSTRUMENTO DE AUDITORIA					
PROCEDIMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM AVC					
SUBMETIDA A ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA					
DATA:		EQUIPA DE AUDITORIA:			
CRITÉRIOS:		OBSERVAÇÃO			Notas:
		SIM	NÃO	N/A	
1. Existe evidência da aplicação do protocolo XXX em registo de enfermagem					
2. Garantir a avaliação dos parâmetros vitais e escalas implementadas segundo descrito no protocolo XXX					
3. Existe evidência do correto preenchimento da folha de registo DC-DCL-XX3					
SUB TOTAL					
ÍNDICE DE CONFORMIDADE:		%			
AVALIAÇÃO FINAL:					
IC = $\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas NÃO}} \times 100 = \text{___} \%$ Legenda: N/A – Não aplicável					

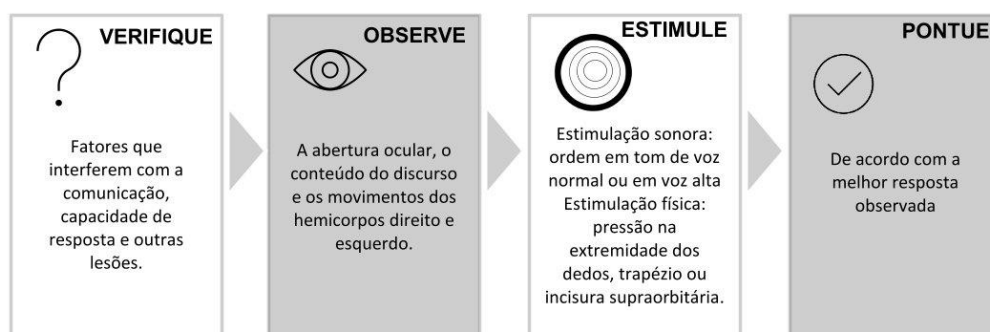
APÊNDICE XII
Escala de *Glasgow*

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Colar Etiqueta do Paciente

A Escala de Coma de Glasgow (GCS) constitui um método prático de avaliação do comprometimento do nível de consciência em resposta a estímulos definidos.

A pontuação da GCS foi desenvolvida para combinar os resultados de três componentes, abertura ocular, resposta verbal e melhor resposta motora, num único índice. Os seus valores possíveis variam entre 3 e 15. Os resultados obtidos com a utilização da escala orientam a tomada de decisões iniciais e monitorizam as tendências da capacidade de resposta, que são importantes para assinalar a necessidade de novas ações.



ABERTURA OCULAR

CRITÉRIO	CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontâneo	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz	Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não testável	NT

RESPOSTA VERBAL

CRITÉRIO	CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientado	5
Resposta não orientada, mas comunicação coerente	Confuso	4
Apenas gemidos	Palavras	3
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Sons	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não testável	NT

APÊNDICE XIII
Escala de NIHSS

ESCALA DE NIHSS

Colar Etiqueta do Paciente

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE

		Início	Fim	SOS	SOS
		Data:	Data:	Data:	Data:
		Hora:	Hora:	Hora:	Hora:
1a. Nível de consciência	Alerta	0			
	Sonolento, mas despertável com mínima estimulação	1			
	Sonolento, requer estimulação repetida para responder	2			
	Coma	3			
1b. Orientação (Pergunte ao doente o mês e a idade)	Responde a ambas as questões corretamente	0			
	Responde a uma questão corretamente	1			
	Ambas as respostas são incorretas	2			
1c. Comandos (abrir e fechar olhos, abrir e fechar mão)	Obedece a ambas as ordens	0			
	Obedece a uma ordem corretamente	1			
	Não obedece a nenhuma ordem	2			
2. Olhar	Normal	0			
	Limitação parcial dos movimentos oculares	1			
	Desvio forçado ocular	2			
3. Campos visuais	Sem défices campimétricos	0			
	Hemianopsia parcial	1			
	Hemianopsia completa	2			
	Hemianopsia bilateral (amaurótico, cegueira cortical)	3			
4. Parésia facial	Movimentos simétricos e normais	0			
	Parésia menor (assimetria a sorrir ou dos sulcos nasogenianos)	1			
	Parésia parcial (paralisia total da face inferior)	2			
	Parésia total de um ou ambos os lados (face inferior e superior)	3			
5a. Força muscular (Membro superior esquerdo)	Normal (estende o braço a 90° ou 45° por 10 segundos)	0			
	Membro começa a cair antes dos 10 segundos	1			
	Alguma força contra a gravidade	2			
	Sem força para vencer a gravidade	3			
	Sem movimento	4			
5b. Força muscular (Membro superior direito)	Não testável (amputação, enquiloze)	9			
	Normal (estende o braço a 90° ou 45° por 10 segundos)	0			
	Membro começa a cair antes dos 10 segundos	1			
	Alguma força contra a gravidade	2			
	Sem força para vencer a gravidade	3			
6a. Força muscular (Membro inferior esquerdo)	Sem movimento	4			
	Não testável (amputação, enquiloze)	9			
	Normal (membro inferior mantém-se a 30° por 5 segundos sem cair)	0			
	Membro começa a cair antes dos 5 segundos	1			
	Alguma força contra a gravidade	2			
6b. Força muscular (Membro inferior direito)	Sem força para vencer a gravidade	3			
	Sem movimento	4			
	Não testável (amputação, enquiloze)	9			
	Normal (membro inferior mantém-se a 30° por 5 segundos sem cair)	0			
	Membro começa a cair antes dos 5 segundos	1			
7. Ataxia dos membros	Alguma força contra a gravidade	2			
	Sem força para vencer a gravidade	3			
	Sem movimento	4			
8. Sensibilidade	Não testável (amputação, enquiloze)	9			
	Sem ataxia	0			
	Presente em um membro	1			
9. Linguagem	Presente em ambos os membros	2			
	Normal	0			
	Diminuição de sensibilidade ligeira a moderada	1			
10. Disartria	Perda de sensibilidade severa ou total	2			
	Sem afasia	0			
	Afasia ligeira	1			
11. Inatenção	Afasia severa	2			
	Mutismo, afasia global	3			
	Articulação normal	0			
Total:	Disartria ligeira a moderada	1			
	Palavras quase ininteligíveis ou incapaz de falar	2			
	Não testável (Entubação orotraqueal ou outro obstáculo físico)	3			
	Normal	0			
	Inatenção para estímulo simultâneo bilateral	1			
	Hemi-inatenção severa ou em mais do que uma modalidade	2			

ADAPTADO: [NIH Stroke Scale](#)

MD-QUA-071 // R: 01 // 27-10-20224 Tempo de Arquivo:

Local de Arquivo:

Página 1 de 1

APÊNDICE XIV

Escala de *Rankin* modificada

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

Colar Etiqueta do Paciente

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA (mRS)

A escala de *Rankin* Modificada é uma escala de uso comum que tem como objetivo avaliar o grau de dependência funcional da pessoa que sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Durante a avaliação do doente, esta escala permite-nos ter em consideração os aspetos físicos e não físicos essenciais para a auto-manutenção de cada indivíduo.

DESCRIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	SCORE
Regressão dos sintomas;	Assintomático	0
Capaz de realizar as suas tarefas e atividades habituais prévias;	Sintomas sem incapacidade	1
Incapaz de realizar todas as suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar as suas necessidades básicas de forma independente.	Incapacidade leve	2
Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa;	Incapacidade moderada	3
Incapacidade de andar sem ajuda;	Incapacidade moderada a grave	4
Limitado a uma cama, incontinência, requer cuidados de enfermagem e vigilância constante;	Incapacidade grave	5
	Óbito	6



ADAPTADO: [Evolution of the Modified Rankin Scale and Its Use in Future Stroke Trials | Stroke \(ahajournals.org\)](#)

APÊNDICE XV

Guia orientador para a administração de terapêutica fibrinolítica (r-tPA)

GUIA ORIENTADOR PARA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPEUTICA FIBRINOLITICA (r-tPA)

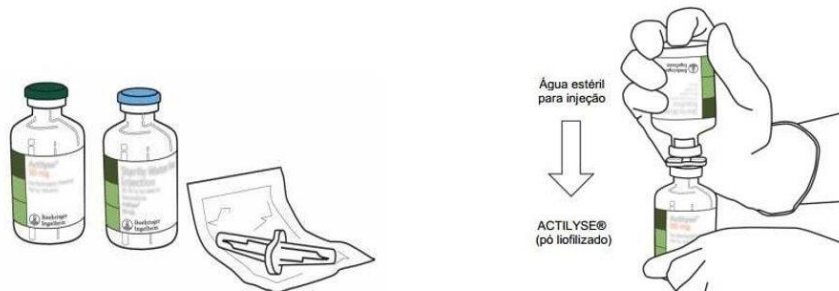
Colar Etiqueta do Paciente

1. ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA FIBRINOLÍTICA

A degradação da fibrina, mediada pela plasmina é uma das definições para a fibrinólise (r-tPA – *Recombinant Tissue Plasminogen Activator*). Esta baseia-se na viabilidade de recuperação de tecido cerebral isquémico nas primeiras 3 horas após o início dos sintomas.

1.1. COMO ADMINISTRAR O MEDICAMENTO:

- Preparar o Alteplase na diluição de 1:1(1ml da solução reconstituída contém 1mg de Alteplase), ou seja, 50mg de Alteplase em Pó deve ser diluído em 50 ml de água para injetáveis (pó e solvente associado);
- O frasco não deve ser agitado durante a diluição para não adulterar o produto. Posteriormente deve-se retirar o necessário para que seja alcançada a dose total calculada e desperdiçar a restante;



- Administrar o bólus (como referido posteriormente) em seringa infusora e após termino do bólus, iniciar a perfusão com os restantes (90% da dose);
- Administrar bólus de Soro Fisiológico (NaCl 0,9%) para garantir a administração da terapêutica na sua totalidade após termino da perfusão;
- Não administrar outro fármaco no mesmo acesso venoso periférico onde perfunde o r-tPA.

1.2. ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO:

- Manter em temperatura ambiente a uma temperatura entre os 15º e os 25º, preservado da luz;
- Após a sua reconstituição deve ser mantido no frigorífico num período de 24h a uma temperatura entre os 2º e os 8º, ou por 8 horas à temperatura ambiente abaixo dos 25ºC.

GUIA ORIENTADOR PARA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPEUTICA FIBRINOLITICA (r-tPA)

Colar Etiqueta do Paciente

1.3. ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO:

- Fibrinólise sistémica via endovenosa com Alteplase: 0,9mg/kg (Dose máxima 90mg);
- Bólus inicial deve ser administrado em 1 minuto com 10% de dose total do tratamento, seguido de uma perfusão da restante dose durante 60 minutos.

ALTEPLASE				
Cálculo da dose total a administrar:		0,9mg/Kg (Não ultrapassar a dose de 90mg)		
- A dose de bólus inicial equivale a 10% da dose total a administrar (perfusão em 1 min);				
- 60 minutos de tratamento.				
Peso	Dose total a administrar	Bólus (10%) 1 minuto	Taxa de Perfusão do Bólus	Taxa de perfusão após o bólus
50 Kg	45mg/45ml	4,5mg/4,5ml	270ml/h	40,5ml/h
55 Kg	50mg/50ml	5mg/5ml	300ml/h	45ml/h
60 Kg	54mg- 50mg/ml	5mg/5ml	300ml/h	45ml/h
65 Kg	58,5mg – 60mg/ml	6mg/6ml	360ml/h	54ml/h
70 Kg	63mg – 70mg/ml	6mg/6ml	360ml/h	54ml/h
75 Kg	67,5mg – 70mg/ml	7mg/7ml	420ml/h	63ml/h
80 Kg	72mg – 70mg/ml	7mg/7ml	420ml/h	63ml/h
85 Kg	76,5mg – 80mg/ml	8mg/8ml	480ml/h	72ml/h
90 Kg	81mg – 80mg/ml	8mg/8ml	480ml/h	72ml/h
>95 Kg	85,5mg – 90mg/ml	9mg/9ml	540ml/h	81ml/h

1.4. SINAIS DE ALARME APÓS INICIAR A TERAPEUTICA FIBRINOLITICA:

- Se depressão do estado de consciência ou agravamento neurológico (NIHSS < 4 em relação à inicial):
 - PARAR PERFUSÃO;**
 - Realizar TAC-CE Urgente;
- Se Hipertensão Arterial (HTA):
 - Se PAS>180mmHg ou PAD> 105mmHg: Administrar Labetalol (fármaco de 1ª linha) 10mg IV em bólus em 1 a 2 minutos, repetir bólus de 10mg num intervalo de 10 minutos e posteriormente iniciar perfusão entre 2-8mg/min até dose máxima de 300mg/dia. Como fármaco de 2ª linha está preconizado a administração de DNI em bólus ou perfusão. Pode ser ainda administrado.
 - Se PA persistir > 180/105mmHg: **INTERROMPER PERFUSÃO DA TERAPEUTICA FIBRINOLITICA;**

GUIA ORIENTADOR PARA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPEUTICA FIBRINOLITICA (r-tPA)

Colar Etiqueta do Paciente

Não administrar inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) pelo risco aumentado de ANGIOEDEMA)

- Se hemorragia, atuar de acordo com a gravidade e local da hemorragia:
 - Hemorragia de pequenas dimensões: compressão direta e aplicar frio (Poderá não ser necessário suspender perfusão);
 - Hemorragia sistémica grave: **PARAR PERFUSÃO**;
 - Se suspeita de hemorragia cerebral: **PARAR PERFUSÃO**, repetir TAC-CE. Se hemorragia cerebral confirmada – é importante reduzir pressão intracraniana, e deve ser realizado o contato com a especialidade de Neurocirurgia.
- Se Angioedema:
 - Tratamento imediato: Hidrocortisona e clemastina (em 30 minutos);
 - Se persistir e/ou agravamento dos sintomas: Metilprednisolona seguida de Adrenalina 0,5mg IV.

ADAPTADO: [Microsoft Word - 637657456878757762.doc \(diluir.me\)](#)

APÊNDICE XVI

Check-List para a administração de terapêutica fibrinolítica

CHECK-LIST PARA ADMISNITRAÇÃO DE
TERAPEUTICA FIBRINOLÍTICA

Colar Etiqueta do Paciente

INICIO DOS SINTOMAS ¹ :	DATA:	HORA:
ADMISSÃO HOSPITALAR:	DATA:	HORA:
REALIZAÇÃO DE TAC-CE/ANGIO-TC:	DATA:	HORA:

¹- Obriga a confirmação pelo próprio, familiar/cuidador ou testemunha; Déficit ao acordar exclui indicação para fibrinólise.

Assinala com uma cruz nas colunas da direita, em que qualquer critério validado numa área sombreada exclui fibrinólise.

		SIM	NÃO
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	- Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquémico;		
	- Tempo de evolução até 4 horas e 30 minutos;		
	- Idade > a 18 anos;		
	- TAC-CE sem sinais de hemorragia;		
	- TA ≤ 185 / 110 mm Hg prévia à perfusão (No caso de PA > 185/110mmHg utilizar hipertensores recomendados);		
	- Idade do doente > 18 anos e > 80 anos com défices neurológicos até 3 horas de evolução no momento de iniciar a perfusão?		
	- Existe défice neurológico e um NIHSS < 25?		
	- NIHSS inicial > 4 (exceto afasia);		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Início dos sintomas > 4 horas e 30 minutos;		
	- AVC ou TCE nos últimos 3 meses?		
	- Desconhecimento do horário do início dos sintomas ou despertar com a sintomatologia;		
	- Hemorragia cerebral prévia?		
	- Hemorragia subaracnoideia?		
	- Hemorragia genitourinária nos últimos 21 dias?		
	- Convulsão na apresentação de AVC?		
	- Sob hipocoagulação oral?		
	- Cirurgia intracraniana/Intraspinal nos últimos 3 meses?		
	- Neoplasia intracraniana maligna;		
	- Suspeita de disseção da aorta;		
	- Punção de LCR < 7 dias;		
	- NIHSS >25 pontos;		
	- Heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica nas últimas 24 horas?		
	- Punções arteriais em locais de compressão difícil (nos últimos 7 dias)?		
TAC-CE	- TAC-CE (com relatório) mostra lesão hemorrágica ou já evidencia de lesão Isquémica aguda envolvendo mais de um terço de território da Artéria Cerebral Média?		
ANÁLISES	- INR > 1,7; INR ≤ 1,7		
	- aPTT > 40s ou TP >15s		
	- Plaquetas < 100.000/mm ³		
	- Glicémia < 50 mg/dl e > 400 mg/dl		

APÊNDICE XVII

Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL

Colar Etiqueta do Paciente

O índice de *Barthel* é um instrumento de avaliação para o nível de independência de uma pessoa para a realização das suas atividades básicas de vida. Esta escala permite avaliar a existência de uma deficiência física ou neurológica que indica uma dificuldade para a realização e execução das tarefas fundamentais do quotidiano. A pontuação da escala varia entre uma pontuação máxima de 100 e uma mínima de 0. Nesta escala é fulcral salientar que a validação é através da observação do que a pessoa faz e não o que a pessoa poderia fazer.

CATEGORIA	DESIGNAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	Independente	10
	Precisa de ajuda parcial (ex. Cortar alimentos)	5
	Dependente	0
TRANSFERÊNCIA	Independente	15
	Precisa de alguma ajuda	10
	Necessita de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
HIGIENE PESSOAL	Independente	5
	Necessita auxílio nos cuidados pessoais	0
USO DA SANITA	Independente	10
	Necessita de alguma ajuda, mas pode fazê-lo sozinho	5
	Dependente	0
MOBILIDADE	Independente	15
	Deambula com ajuda de uma pessoa	10
	Independente em cadeira de rodas	5
	Imóvel	0
VESTIR-SE	Independente	10
	Necessita de ajuda parcial	5
	Dependente	0
ESCADAS	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Incapaz	0
BANHO	Independente	5
	Dependente	0
INTESTINO	Continente	10
	Acidente ocasional (uma vez/semana)	5
	Incontinente	0
BEXIGA	Continente	10
	Acidente ocasional (uma vez/semana)	5
	Incontinente ou algaliado	0
TOTAL		
CLASSIFICAÇÃO		
Autónomo		100
Dependente ligeiro		>60
Dependente moderado		>40 e < 60
Dependente grave		>20 e < 40
dente total		< 20

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de concretização do curso “*Advanced Life Support*”



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

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

Susana Cristina BORGES

11/07/1984

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Ana Catarina PEREIRA MESTRE DA CONCEIÇÃO
diretor de curso

Alento



Data do último curso: 21/05/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://cosy.erc.edu/en/verify-certicate> e digite ERC-868-512014

ANEXO II

Certificado de concretização do curso “*International Trauma Life Support*”



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

Certificate of Participation

Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
6/5/2022

course site
IP Setúbal, Setúbal, INTL (International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21/ITLS-F3-0003 CME 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/Cert/Trade/Trade/Trade>

CME Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL30028)

Card Holder's Signature

Successful completion does not ensure 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
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.trauma.org



349455-48576

**Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues
Borges Borges, 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: 6/5/2022 Expiration Date: 06/2025

Course Number: 48576

Course Location: IP Setúbal, Setúbal, INTL (International)

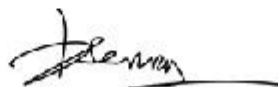
ANEXO III

Certificado de Formação em Serviço – “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico em Contexto de Urgência – Cuidados Pré-Operatórios”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, Enfermeiro, frequentou a Formação em Serviço PREVENCAO DA INFECAO DO LOCAL CIRURGICO EM CONTEXTO DE URGENCIA - CUIDADOS PRE-OPERATORIOS, na qualidade de participante, realizada a 24-06-2022 na Unidade Hospitalar [REDACTED], com a duração de 01h00.

, 24 de junho de 2022



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

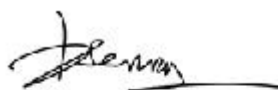
ANEXO IV

Certificado de Formação em Serviço – “Estratégias de Comunicação com a Família da Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, Enfermeiro, frequentou a Formação em Serviço ESTRATEGIAS DE COMUNICACAO COM A FAMILIA DA PESSOA EM SITUACAO CRITICA EM CUIDADOS INTENSIVOS, na qualidade de participante, realizada a 25-01-2023 na Unidade Hospitalar de [REDACTED], com a duração de 01h00.

[REDACTED] 25 de janeiro de 2023



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ANEXO V

Declaração de Participação – “Controlo de Infecção para Enfermeiros”

Declaração de Participação

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, titular do número de identificação 12476957-8ZY0, participou no curso de formação profissional CONTROLO INFECAO PARA ENFERMEIROS - UH [REDACTED] ministrado na [REDACTED] [REDACTED] que decorreu entre 20-03-2024 e 20-03-2024, com a duração de 07h00.

[REDACTED] em 20 de março de 2024



RITA ANDRÉ ASCENSAO MUNHOZ
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ANEXO VI

Declaração de Participação – “Integração de Conhecimentos sobre Supervisão Clínica”

Declaração de Participação

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, titular do número de identificação 12476957-8ZY0, participou no curso de formação profissional INTEGRACAO DE CONHECIMENTOS SOBRE SUPERVISAO CLINICA, ministrado na [REDACTED] [REDACTED] que decorreu entre 15-02-2024 e 15-02-2024, com a duração de 07h00.

[REDACTED], em 15 de fevereiro de 2024



RITA ANDRÉ ASCENSÃO MUNHOZ
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

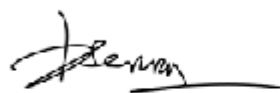
ANEXO VII

Certificado de Frequência na Formação Profissional – “Via Verde Coronária”

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, titular do número de identificação 12476957-8ZY0, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - CORONARIA, ministrado na Unidade Hospitalar de [REDACTED] [REDACTED] que decorreu entre 08-11-2023 e 08-11-2023, com a duração de 02h00.

[REDACTED] 08 de novembro de 2023



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

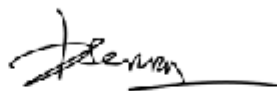
ANEXO VIII

Certificado de Frequência na Formação Profissional – “Via Verde AVC”

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, titular do número de identificação 12476957-8ZY0, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - AVC, ministrado na Unidade Hospitalar de Po [REDACTED] que decorreu entre 08-11-2023 e 08-11-2023, com a duração de 03h00.

[REDACTED] de novembro de 2023



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

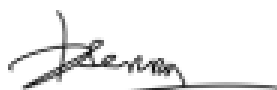
ANEXO IX

Certificado de Frequência na Formação Profissional – “Via Verde Sépsis”

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, titular do número de identificação 12476957-8ZY0, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - SEPSIS, ministrado na Unidade Hospitalar de [REDACTED] [REDACTED] que decorreu entre 08-11-2023 e 08-11-2023, com a duração de 02h00.

[REDACTED] 08 de novembro de 2023



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Sísino, Inovação e Investigação

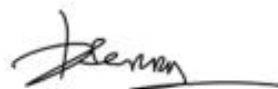
ANEXO X

Certificado de Frequência na Formação Profissional – “Via Verde Trauma”

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, titular do número de identificação 12476957-8ZY0, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - TRAUMA, ministrado na Unidade Hospitalar de [REDACTED], que decorreu entre 09-11-2023 e 09-11-2023, com a duração de 07h00.

[REDACTED] 09 de novembro de 2023



Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ANEXO XI

Certificado de Frequência no *Webinar* - “Gestão e Liderança em
Emergência Médica e Catástrofe”



Certifica-se que **Susana Cristina da Glória Pacheco Rodrigues Borges**, nascido(a) em 11/07/1984, com o número de identificação civil ****6967, participou no Webinar

// GESTÃO E LIDERANÇA EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

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 nº 24022200

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

ANEXO XII

Certificado de Formação em Serviço - “Transporte da pessoa em
situação crítica – inter e intrahospitalar”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que SUSANA CRISTINA DA GLORIA PACHECO RODRIGUES BORGES, Enfermeiro, frequentou a Formação em Serviço TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - INTER E INTRAHOSPITALAR, na qualidade de formador, realizada a 07-07-2022 na Unidade Hospitalar [REDACTED] com a duração de 01h00.

[REDACTED] 07 de julho de 2022



Francisco M. G. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação