

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória
submetida a Ventilação Mecânica Invasiva**

Maria Lucilina Correia de Castro

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.**

Funchal,

2024

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória
submetida a Ventilação Mecânica Invasiva**

Maria Lucilina Correia de Castro

Orientador: Professora Doutora Luísa Santos

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São
José de Cluny para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.**

Funchal,

2024

Caminhante, são tuas pegadas, o caminho e nada mais,
Caminhante, não há caminho,
Faz-se caminho ao andar...

António Machado

Dedico este trabalho a:

A mim, pela minha contínua procura de aprendizagem, e vontade de melhorar,
Às Pessoas, suas Famílias, e colegas que são para mim de referência, e que
todos os dias inspiram a arte de cuidar.

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Por tornar possível esta caminhada

À Professora Doutora Luísa Santos

Pela sua preciosa orientação ao longo de todo este percurso, pela sua sabedoria e excecional habilidade de comunicação. Agradeço seu sábio conselho e influência positiva na procura do meu centro de equilíbrio.

Aos Enfermeiros:

Meus pares, que para mim foram referência e contribuíram para o meu percurso, partilhando as suas experiências, perícia e saberes. Deixaram um pouco de si, determinando e enriquecendo o meu percurso. Fomentaram o meu pensamento crítico, aguçando a minha vontade de aprender, permitindo-me crescer. A eles, Cláudia Ferreira, Luís Tomás, Deolinda Fernandes e Sônia Vasconcelos, gratidão.

Aos colegas do Curso de Mestrado:

Carmo Fernandes, Elsa Abreu e Marta Menezes, pela vossa partilha, compreensão e carinho com que me acolheram e contribuíram para este meu percurso.

Aos amigos:

Em especial à minha colega de profissão, para mim referência, e grande amiga Ana Lúcia Gonçalves, que mesmo à distância física, por entre a correria, obrigações e responsabilidades do nosso dia-a-dia, demonstrou o seu apoio incondicional e empoderador, rumo ao meu desenvolvimento desta minha jornada.

À Família:

Ao meu pai, por ser o exemplo da resiliência e persistência no caminhar.

A todos,

Que direta e/ou indiretamente contribuíram para a minha caminhada, que deu lugar a concretização deste relatório.

RESUMO

A realização deste relatório, baseou-se nas práticas clínicas desenvolvidas ao longo deste curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Um percurso, cujo âmbito centrou-se no desenvolvimento de competências especializadas e de Mestre, no cuidar da pessoa em situação crítica, particularmente no Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva.

A insuficiência respiratória independentemente da sua origem, traduz uma condição em que as trocas gasosas são manifestamente inadequadas. Esta é uma situação crítica em que a vida da pessoa se encontra em risco, podendo levar à necessidade de suporte ventilatório invasivo, cujo intuito é diminuir o esforço respiratório e otimizar as trocas gasosas.

O Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a ventilação Mecânica Invasiva nos diversos contextos das práticas clínicas (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Serviço de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar), alicerçou-se no processo de enfermagem com base na teoria de Nancy Roper. Assim, o processo de enfermagem constituiu uma estratégia fundamental na avaliação, diagnóstico, plano de cuidados e avaliação de resultados obtidos, traduzindo-se num ciclo que se repete até que se dê a resolução dos problemas. Deste modo, a utilização de uma metodologia de abordagem da pessoa em situação crítica, fez parte da rotina, permitindo a sistematização dos cuidados exigidos, evidenciando a priorização, e o desenvolvimento de um pensamento crítico. Esta abordagem, no seu conjunto permitiu, a prestação de cuidados de qualidade, adequados, em tempo útil e consequentemente ganhos em saúde para a pessoa e a sua família.

Desta forma, o “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva” nos diversos contextos das práticas clínicas, incidiu na otimização das trocas gasosas, prevenção de complicações decorrentes da ventilação mecânica invasiva e na antecipação de focos de instabilidade. Com base nestes focos, foi possível a disponibilização de cuidados adequados e atempados, a identificação e atuação na dor, o cuidar da família da pessoa em situação crítica e a maximização de medidas na prevenção da infeção.

Palavras-chave: Insuficiência Respiratória, Ventilação Mecânica Invasiva, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The buildout of this report was based on the development of the clinical practices throughout this Master's Degree in Medical-Surgical Nursing course, in the nursing area related to person in critical situation. Thus, this path aimed and allowed me to develop specialized and Master skills in the critically ill patient, particularly in Taking Care of the Person with Respiratory Failure submitted to Invasive Mechanical Ventilation.

Respiratory failure, regardless of its origin, is a condition in which gas exchange is manifestly inadequate. This situation, reflects a critical situation in which the person's life is at risk, and it may lead to the need for invasive ventilatory support, in order to reduce respiratory effort and optimize gas exchange.

Taking care of the Person with Respiratory Failure submitted to Invasive Mechanical Ventilation in the various contexts of the clinical practices (Intensive Care Unit, Emergency Department, and Pre-hospital Emergency,) was based on the nursing process based on Nancy Roper's theory. The Nursing Process proved to be a fundamental strategy in the evaluation, diagnosis, care plan and evaluation of obtained results. This strategy, translates into a cycle that repeats itself, until the problems are resolved. The use of a methodology to approach the person in critical situation was also part of the routine, allowing the systematization of the required care, evidencing prioritization, and the development of critical thinking. This approach as a whole, allowed the delivery of adequate and quality nursing care, in a timely manner and achieving health gains for the person and his family.

In this way, "Taking care of a Person with Respiratory Failure undergoing Invasive Mechanical Ventilation" in the various contexts of the clinical practices, focused on the optimization of gas exchange, prevention of complications resulting from Invasive Mechanical Ventilation, and the anticipation of outbreaks. This base of care, enabled the delivery of appropriate and timely care, identification and management of pain, caring for the family of the person in critical situation, and the maximization of measures for the prevention of infection.

Keywords: Respiratory Failure, Invasive Mechanical Ventilation, Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS – *Advanced Cardiac Life Support*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

Braden - Escala de avaliação de risco de úlceras por pressão

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CROS – Comando Regional de Operações de Socorro

DAE – Desfibrilador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

GAF – Gabinete de Apoio à Família

GNR – Guarda Nacional Republicana

IACS – Infecção Associada a Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAF – Projeto de Autoformação

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PHTLS – *Pre-hospital Trauma Life Support*

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

PSP – Polícia de Segurança Pública

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STAT – Serviço de Triagem e Aconselhamento Telefónico

SU – Serviço de Urgência

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

REPE – Regulamento Do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	19
1.1. Insuficiência Respiratória	19
1.2. Ventilação Mecânica Invasiva	23
1.3. Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva	27
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	37
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	39
2.2. Competências Específicas Específicas do Enfermeiro Especialista	44
2.3. Competências de Mestre	61
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	69

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, dar-se-á o desenvolvimento do Relatório de Estágio, sob a orientação da Professora Doutora Luísa Santos.

Este Relatório de Estágio irá decorrer no período dos meses de junho e julho com uma duração total de 216h. Assim, este ensino clínico será composto por 108h de seminários, e orientação tutorial, e mais 108h de trabalho individual.

A constituição do Relatório de Estágio será composta por dois grandes capítulos. Assim, no primeiro capítulo será desenvolvido um enquadramento concetual da insuficiência respiratória, da ventilação mecânica invasiva e a abordagem da do cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a ventilação mecânica invasiva. Por sua vez, no segundo capítulo, será feita a abordagem do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de Mestre.

A realização deste relatório alicerça-se na reflexão da ação desenvolvida nos diferentes contextos clínicos I, II, e de opção decorridos respetivamente na área de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com duração de 154h, Serviço de Urgência com duração de 154h, e Emergência Pré-Hospitalar/ Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente com uma duração de 287h. Em todos estes contextos, o foco direccionou-se para o cuidar da pessoa em situação crítica, nomeadamente o cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a ventilação mecânica invasiva.

A elaboração deste relatório terá como objetivo sustentar a defesa pública para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, cujo tema é “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”.

A eleição do referido tema, deve-se a este, ser, desde sempre, uma área de interesse pessoal, bem como, traduzir-se no meu quotidiano laboral – área anestésica em contexto de Bloco Operatório. Nesta área, a incidência/necessidade do cuidar da pessoa submetida à ventilação mecânica invasiva é significativa, sendo que a exigência na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem traduz-se num requisito obrigatório.

Para a realização deste Relatório de Estágio, a metodologia utilizada será crítico reflexiva, fundamentada sobre uma revisão de literatura narrativa, onde será dado enfoque

acerca do estado da arte na atualidade em bases de dados científicas como, Pub-Med, SciELO, CINAHL, RCAAP, entre outras.

A elaboração deste relatório obedece às regras do respeito pelo sigilo e propriedade intelectual, referente à identificação do Serviço, respetivas instituições/Serviços e todas as pessoas envolvidas sejam elas o alvo da prestação de cuidados, bem como, os prestadores dos mesmos.

A composição deste relatório tem por base as regras de formatação e referenciação adotadas pela escola referentes às normas APA, 7^a edição, (American Psychological Association, 2019).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A elaboração de um conjunto de conceitos claros e organizados, vai ao encontro de um enquadramento conceptual. Deste modo, a documentação temática do foco em estudo, fundamenta a sua pertinência, (Fortin, 2009).

“A enfermagem baseia as suas práticas no raciocínio analítico e na melhor evidência disponível”, (Preto et al., 2015, p.35). Assim, a abordagem que se segue incide sobre a insuficiência respiratória, a ventilação mecânica invasiva e o cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a ventilação mecânica invasiva.

1.1. Insuficiência Respiratória

A respiração traduz-se num processo fisiológico, responsável pelas trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente. Este processo, envolve a entrada do oxigénio (O₂) e a remoção do dióxido de carbono (CO₂) do sangue (Hovnanian & Carvalho, 2012).

O processo ventilatório pode ser afetado por fatores como os fármacos anestésicos. A anestesia intravenosa traduz-se na administração destes fármacos, que causam um efeito imediato na circulação sanguínea. Este efeito, traduz-se na sua distribuição até ao sistema nervoso central, onde vão exercer a sua ação. A medicação anestésica, resulta, na sua maioria em depressão dos sistemas cardiovascular e respiratório, sendo a ventilação mecânica invasiva um suporte impreterível à vida, (Suzin et al., 2022).

Por outro lado, o processo ventilatório é também influenciado pela Insuficiência Respiratória. Esta, caracteriza-se pela troca inadequada de gases pelo sistema respiratório, tornando-se incapaz de manter o oxigénio (O₂), e o dióxido de carbono (CO₂) em níveis fisiológicos, ficando aquém das necessidades metabólicas, (Society of Critical Care Medicine (SCCM), 2008). Assim, a Insuficiência Respiratória aguda traduz um compromisso da ventilação alveolar e/ou perfusão vascular ou ambas, podendo resultar num grave desequilíbrio respiratório, (Swearingen & Keen, 2003).

A insuficiência respiratória poderá ser classificada como aguda ou crónica, conforme a duração e a forma de compensação. Contudo a insuficiência respiratória aguda poderá desenvolver-se numa pessoa com insuficiência respiratória crónica, (SCCM, 2008).

Deste modo, os autores supracitados defendem a existência de Insuficiência respiratória aguda, quando, em ar ambiente a PaO₂ é inferior a 50 mmHg, PCO₂ igual ou superior a 50 mmHg e pH inferior a 7,35, (Swearingen & Keen, 2003).

No que concerne à insuficiência respiratória, esta, está classificada sob três formas, sendo elas, hipoxêmica, hipercápnica e mista, sendo a gasimetria arterial um indicador determinante na sua identificação (SCCM, 2008).

Assim, níveis arteriais de O₂ baixos para um intervalo normal (75 – 100 mmHg) caracterizam uma insuficiência respiratória tipo I, sendo o mecanismo fisiopatológico a inadequada ventilação/perfusão, (Patel, 2022).

Por outro lado, a insuficiência respiratória tipo II espelha uma hipoventilação resultando num aumento da PaCO₂ para valores superiores a 45 mmHg, havendo assim por parte do organismo, uma retenção do CO₂, designando-se igualmente por insuficiência respiratória hipercápnica, (Swearingen & Keen, 2003).

Na insuficiência respiratória tipo II, o mecanismo fisiopatológico relaciona-se com a alteração volume corrente, frequência respiratória, e espaço morto fisiológico, (SCCM, 2008).

Já a insuficiência respiratória mista, de acordo com os autores supramencionados, contempla a hipoxemia e hipercápnia, podendo revelar-se mais comumente em doentes com doença respiratória crônica.

As causas da insuficiência respiratória aguda podem ser decorrentes de distúrbios associados à captação anormal de oxigénio (insuficiência respiratória hipoxêmica), centrada nas vias aéreas inferiores e parênquima. Sendo as causas: neoplasia, infeções (virais bacterianas, fúngicas e mycoplasma), trauma (contusão e laceração pulmonar), broncoespasmo, insuficiência cardíaca, síndrome de desconforto respiratório agudo, doença pulmonar intersticial, DPOC, embolia pulmonar, atelectasia, fibrose quística, (Patel, 2022).

No caso da insuficiência respiratória aguda estar associada à inadequada eliminação de dióxido de carbono (CO₂), o autor supracitado, refere tratar-se de insuficiência respiratória hipercápnica. Neste caso podem ser diversos os fatores originários. Sendo assim, quando a causa se origina a nível cerebral, poderá estar relacionada com medicações (opioides, benzodiazepínicos, anestésicos em geral), alterações metabólicas (hiponatremia, hipocalcémia, hipercapnia, alcalose, hiperglicemia, mixedema, neoplasia), e infeções (meningite, encefalite, abscesso, poliomielite, pressão intracraniana aumentada, hipoventilação central alveolar, apneia de sono obstrutiva).

Quando a causa da insuficiência respiratória hipercápnica tem origem no sistema nervoso e muscular, poderá estar relacionada com trauma (lesão da medula espinal, lesão diafragmática), drogas/ toxinas (agentes bloqueadores neuromusculares, antibióticos aminoglicosídeos, arsénico e estricnina), alterações metabólicas (hipo/hipercalémia, hipofosfatémia, hipomagnesémia), neoplasia, infeções (poliomielite, tétano), doença do neurónio motor, miastenia gravis, esclerose múltipla, distrofia muscular, síndrome de Guillan-Barré, (SCCM, 2008).

Sendo a causa da insuficiência respiratória originada nas vias aéreas superiores, os mesmos autores, defendem que, poderá estar relacionada com crescimento tecidual (hiperplasia das amígdalas e adenoides, neoplasia, pólipos e bócio), infeções (epiglotite e laringotraqueíte), trauma, paralisia bilateral das cordas vocais, edema da laringe, traqueomalácia e artrite cricoaritenóide.

Por fim quando a origem da insuficiência respiratória tem origem na ventilação torácica, esta causa poderá estar relacionada com trauma (fractura das costelas, cicatriz de queimadura, torác instável), cifoescoliose, esclerodermia, espondilite, pneumotórax, derrame pleural fibrotórax, obesidade, dor, posição supina, ascite, (Patel, 2022).

Sintomas como a dispneia, cianose, astenia, alteração do estado de consciência, taquicardia, hipertensão e diaforese, caracterizam a insuficiência respiratória. Esta, pode dever-se, entre outras, a causas como a disfunção pulmonar (Aasma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Enfisema, Fibrose Quística, Hemotórax, Pneumonia, Pneumotórax, Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), (Smeltzer & Bare, 2002).

A Insuficiência Respiratória Aguda pode desenvolver-se em curto espaço de tempo, é caracterizada por um pH inferior a 7,35, o doente pode apresentar dispneia e uso da musculatura acessória da respiração (tiragem intercostal e adejo nasal), (Swearingen & Keen, 2003).

No seguimento desta linha de pensamento, surge a Acidose Respiratória. Os desequilíbrios ácido-base, estão relacionados com situações clínicas, em doentes hospitalizados, mais predominantemente nos cuidados intensivos. A abordagem do desequilíbrio ácido-base, baseia-se num diagnóstico atempado, uma interpretação dos dados adequada, relacionar com a clínica do doente e o processo fisiopatológico subjacente, (Guzmán et al., 2018).

A gestão inadequada do desequilíbrio ácido-base poder resultar na morte do doente através de alterações a nível cardíaco, do sistema respiratório e diminuição de perfusão cerebral, (Guzmán et al., 2018).

A realização da gasimetria arterial é da responsabilidade do enfermeiro. Assim, é fundamental que este, esteja a par dos desequilíbrios ácido-base. Com base na análise e interpretação dos resultados, viabiliza-se a tomada de decisões com base no processo de enfermagem, (Italo et al., 2023).

A Acidose Respiratória refere-se a um distúrbio ácido-base no organismo, caracterizando-se por uma alteração de valores do pH no sangue, inferiores ao intervalo (7,35 – 7,45). A par desta situação, ocorre em simultâneo e devido a hipoventilação (diminuição de frequência respiratório e/ou volume) o acúmulo de CO₂ no organismo, traduzindo-se em valores gasimétricos elevados, acima do intervalo pCO₂ (35 – 45 mmHg). Nesta situação os Bicarbonatos (HCO₃), constituindo-se bases, podem surgir mais elevados como forma de compensar a acidose que se desencadeou, (Swearingen & Keen, 2003).

Assim, a acidose respiratória pode ser causada por doenças pulmonares como a asma, DPOC, Pneumonia, Trauma torácico. A exposição a substâncias tóxicas como o fumo do tabaco leva á degradação alveolar. Estas condições geram obstrução das vias aéreas dificultando a adequada ventilação e consequentemente a eliminação de CO₂, (Smeltzer & Bare, 2002).

Quando o doente apresenta uma contínua diminuição da oxigenação (PaO₂), um aumento dos níveis arteriais de dióxido de carbono (PaCO₂), e uma acidose persistente (Ph diminuído), a ventilação mecânica desempenha papel fundamental, (Smeltzer & Bare, 2002).

Por outro lado, a alcalose respiratória designada por hipocapnia, sendo igualmente originada por um desequilíbrio ácido- base, é caraterizada por PaCO₂ inferior a 35 mmHg e um pH superior a 7,45. Esta situação ocorre devido a um aumento da frequência respiratória e/ou volume (hiperventilação) e diminuição da concentração dos níveis arteriais de CO₂, (Swearingen & Keen, 2003).

A alcalose respiratória, segundo os autores supracitados, poderá desenvolver-se a partir de diversas causas, entre elas destaca-se a hipoxia, originada por doenças pulmonares como é a asma e a pneumonia, e a ventilação mecânica excessiva, sendo esta uma causa iatrogénica.

1.2. Ventilação Mecânica Invasiva

Os primeiros indícios de tentativas de abordagem da via aérea humana datam de há já 2000 anos. A abordagem atual das vias aéreas tem origem no desenvolvimento dos dispositivos de vias aéreas ao longo da história e na contribuição da investigação acerca da fisiopatologia das vias aéreas superiores, (Szmuk et al., 2008).

A pessoa com alteração do padrão respiratório apresenta uma inspiração/expiração ineficaz, comprometendo a ventilação. Esta ineficiência, pode apresentar sintomas como, dispneia, taquipneia, recurso a músculos respiratórios acessórios, cianose e alterações nas trocas gasosas. Este quadro clínico poderá conduzir à necessidade de suporte ventilatório, invasivo ou não, de modo a diminuir o esforço respiratório e otimizar as trocas gasosas, (Smeltzer et al., 2010).

Constitui uma terapia a adjuvante a ventilação mecânica invasiva pois visa a diminuição do esforço respiratório, tendo em vista uma troca gasosa eficaz. Esta, é feita à custa da supressão completa ou parcial da respiração espontânea, (Oliveira et al., 2020).

A ventilação mecânica é uma terapia para a abordagem da insuficiência respiratória grave, quer seja de origem hipoxémica ou hipercápnica, (Italo et al., 2023).

Quando, a abordagem por outros meios, não consegue resolver a insuficiência respiratória hipóxica ou hipercápnica do doente, é necessário um suporte mais avançado de pressão positiva. Este suporte poderá ser a ventilação mecânica não invasiva, mais comumente na nossa realidade, através de máscara facial, ou em última instância ventilação mecânica invasiva realizada através do tubo orotraqueal, (SCCM, 2008). Estes mesmos autores, referem que, a seleção entre a ventilação invasiva e não invasiva, baseia-se nas características da pessoa alvo de cuidados, na sua condição respiratória e/ou sistémica, da disponibilidade de recursos e da experiência dos profissionais com o manuseio dos equipamentos.

A Ventilação Mecânica compreende a substituição total ou parcial da ventilação espontânea, estando indicada na insuficiência respiratória aguda ou na agudização da insuficiência respiratória crônica cujo objetivo é promoção da adequada troca gasosa, redução do trabalho da musculatura respiratória e diminuição da demanda metabólica, (Sabeh et al., 2023).

O principal tratamento de suporte de vida em pacientes críticos, é a ventilação mecânica, podendo ser realizada de duas formas diferentes: não invasiva (por meio de uma interface externa, como por exemplo uma máscara facial) ou invasiva (por meio de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia) (Sabeh et al., 2023).

O modo mais comum de ventilação mecânica, é o modo invasivo, e é realizado através de ventiladores mecânicos. Estes, são dispositivos de assistência inspiratória que funcionam com base no volume, pressão, tempo e fluxo para fornecer uma ventilação sob pressão positiva, (Sabeh et al., 2023).

A ventilação não invasiva (VNI), é uma forma de ventilação mecânica com suporte ventilatório sem o uso de uma via aérea invasiva, que compreende um esforço respiratório reduzido, com vista à melhoria da oxigenação e ventilação. O recurso ao VNI, também compreende uma menor necessidade de sedação, preservação dos reflexos protetores das vias aéreas superiores, menor incidência de pneumonia hospitalar e um período mais curto de internamento, (Patel, 2022).

Por outro lado, o mesmo autor faz alusão a algumas contraindicações da VNI, como por exemplo a paragem cardiorrespiratória, instabilidade hemodinâmica, pessoa incapaz de colaborar com a ventilação, agitação significativa, hipoxemia grave.

Já a ventilação mecânica invasiva (VMI), surge quando a primeira não é eficaz e/ou quando o doente e a sua situação de saúde não reúnem as condições necessárias, (SCCM, 2008).

A pessoa submetida a suporte ventilatório invasivo, apresenta um défice no padrão respiratório tornando-o insuficiente. Este défice pode ser originado por uma insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, (Rocha et al., 2018).

A ventilação mecânica invasiva pode ser necessária pelos mais diversos motivos, como é o caso da necessidade do controle da função respiratória no doente, por exemplo, durante uma cirurgia ou no tratamento de um traumatismo craniano grave, ou falência respiratória devido a por exemplo intoxicação por drogas, distúrbios neuromusculares, DPOC, choque, falência multissistémica e/ou coma, (Smeltzer & Bare, 2002).

A VMI, trata-se de um equipamento de respiração por pressão positiva, que insuflam os pulmões exercendo uma pressão positiva sobre as vias aéreas, abrindo os alvéolos, sendo que a expiração acontece passivamente. A VMI, é o último processo na lista de tratamento à função respiratória e tem como intuito assegurar a oxigenação e ventilação adequadas. Este processo, é realizado através da entubação endotraqueal do doente ou da realização de traqueostomia, (Kosminsky, 2023).

A VMI, parte da colocação de um tubo orotraqueal (TOT) na traqueia. Assim, assegurada a ventilação, é possível a ventilação por pressão positiva, (Hagberg, 2012; Jacobs Grabsky, 2014 citado por Rodrigues et al., 2015).

Recuando na história da ventilação mecânica, esta foi inicialmente desenvolvida para funcionar por pressão negativa, foram comumente designados de pulmão de aço, e foram amplamente utilizados durante a epidemia de poliomielite, (Smeltzer & Bare, 2002).

Na VMI, cada ciclo respiratório é dividido em duas etapas constituídas pela inspiração e a expiração. Quando ocorre a inspiração, a válvula expiratória fecha-se, e o ar entra no pulmão através da pressão positiva originada pelo ventilador. A expiração começa quando o fluxo de ar originada pelo ventilador é interrompido, e o circuito de expiração é aberto, permitindo a saída de ar do pulmão, (SCCM, 2008).

Os mesmos autores referem que, a quantidade de ar fornecida ao pulmão durante a inspiração é determinada pelo ajuste, no ventilador, de três parâmetros (volume, pressão e fluxo). O ajuste destes parâmetros é que vão determinar a passagem da fase de inspiração para a fase de expiração, esta passagem é designada de ciclagem. Assim a ciclagem pode ser feita a volume, pressão ou fluxo.

A fase da expiração continua até ao limite de sensibilidade em que se dá o disparo, e aí inicia-se a fase da inspiração. Este disparo, comumente, designado de *trigger* é a sensibilidade do ventilador para mudar da expiração para a inspiração, (Patel, 2022).

Assim, conclui-se que o ciclo respiratório é o tempo desde uma inspiração até o início da próxima, o disparo dá o início da inspiração, a passagem da inspiração para a expiração designa-se por ciclagem.

Quanto aos modos ventilatórios estes são divididos em três categorias: modo controlado, assisto-controlado e espontâneo, e diferem entre si pela influência do ventilador durante o ciclo ventilatório, (Costa, 2021).

Assim, o modo controlado, o doente não tem capacidade/ estímulo para iniciar a inspiração, quer por indução medicamentosa, quer por incapacidade física. Neste caso, a pessoa fica totalmente dependente do ventilador, sendo este programado para assumir o controlo total do ciclo respiratório, controlando o disparo e a ciclagem realizado a tempo, (Oliveira et al., 2020; Costa, 2021).

O modo controlado, é o mais simples, mas menos utilizado, uma vez que se reserva para a pessoa a quem o esforço respiratório está contraindicado (disfunção do sistema nervoso central, traumatismo torácico grave), (Swearingen & Keen, 2003).

No que diz respeito ao modo assisto-controlado, a pessoa submetida a VMI, tem estímulo respiratório central, participando no processo ventilatório, (Oliveira et al., 2020).

O *Trigger* também designado por *disparo*, traduz a passagem da expiração para a inspiração. Este pode ocorrer pela queda de pressão decorrente do esforço expiratório, ou

pela mudança de fluxo, ou ainda pelo tempo, através de uma janela de tempo pré-determinada, (Kosminsky, 2023).

Assim, o disparo vai refletir a sensibilidade que o ventilador apresenta para detetar um possível esforço inspiratório que o doente seja capaz de apresentar, caracterizando-se por uma ventilação assistida, onde há um controlo parcial do ventilador, (Costa, 2021).

Relativamente à ventilação espontânea, o autor supracitado, refere que, como o próprio nome indica, o doente é que determina o início e o fim do ciclo respiratório, contando apenas com o apoio do ventilador.

Assim, ventilação feita por volume, é um modo ventilatório assisto-controlado (AC/V), em que é regulado o volume de ar fornecido ao doente durante o ciclo inspiratório. Quando este volume é atingido, a válvula inspiratória fecha-se, e a ciclagem é feita a volume, sendo o limite o fluxo. Por este processo ser feito com um volume constante, o risco de hipoventilação é reduzido, contudo, é necessário programar valor mínimo e máximos, este último de modo a prevenir o barotrauma, (Kosminsky, 2023).

A ventilação controlada por pressão, conforme o autor supracitado, é também um modo ventilatório assisto-controlado (AC/P). Contudo, a ciclagem é determinada pelo tempo inspiratório e o limite é a pressão, ou seja, este modo ventilatório termina a inspiração assim que é atingida a pressão pré-estabelecida. O risco de barotrauma é pequeno, uma vez que, durante o ciclo inspiratório, a pressão é mantida num valor constante. O facto de a pressão depender da relação entre a resistência e o volume, nem sempre o fluxo atinge valores aceitáveis, sendo necessário atenção ao alarme de fluxo mínimo.

No caso de presença de secreções nas vias aéreas, ou broncoespasmo, a resistência nas vias aéreas aumenta, e o ciclo expiratório pode terminar antes de poder ter sido fornecido o volume de ar adequado, (Swearingen & Keen, 2003).

A ventilação em pressão de suporte (PSV), ao contrário dos modos ventilatórios anteriores, é espontânea, permitindo uma maior flexibilidade e sincronia entre o doente e o ventilador. Deste modo, o doente inicia o disparo e faz a ciclagem, sendo que o ventilador dá apenas um suporte. Este modo ventilatório constitui a fase fundamental para o desmame da ventilação mecânica invasiva, (Patel, 2022).

Deste modo, a ventilação mecânica invasiva implica a seleção de um modo ventilatório AC/V ou AC/P, conforme o modo ventilatório selecionado, volume ou pressão serão definidos. Assim, se o modo AC/V for selecionado, significa que o volume corrente a ser fornecido ao doente foi calculado a partir de uma relação de 6ml/kg, por exemplo doente com 70kg, terá programado um volume corrente de cerca de 420 ml. Por outro lado, se o

modo ventilatório selecionado tiver sítio AC/P, então será a pressão inspiratória a ser programada para intervalo de 10 a 15 cm H₂O, (Costa, 2021).

O parâmetro Pressão positiva no final da expiração (PEEP), também será ajustado com intuito de manter a expansão alveolar, prevenindo o seu colapso durante o ciclo respiratório, mantendo um volume de ar residual, (Swearingen & Keen, 2003).

A fração de O₂ inspirada traduz a concentração de O₂ no ar fornecida ao doente (FiO₂%). Esta, deverá ser regulada de modo a que a menor fração seja capaz de manter saturações de oxigénio acima de 92%. A frequência respiratória é também programada de modo a aproximar-se dos níveis fisiológico (12-18 cpm), tendo como alvo o valor de pH. A relação de tempo: inspiração / expiração (I:E) é aproximadamente de 1:2 ou de 1:3, (Costa, 2021).

1.3. Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação

Mecânica Invasiva

Abordar o cuidar, implica inevitavelmente falar sobre a qualidade, sendo que esta encontra-se direta e invariavelmente associada, tendo ao longo dos tempos dependido das variáveis socioeconómicas demográficas e culturais.

Assim, as mudanças socioeconómicas e o envelhecimento da população tem exigido alterações ao sistema de saúde português. Desde a sua criação em 1979, este, tem sido alvo de múltiplas reformas com vista à qualidade dos cuidados prestados que se têm tornado cada vez mais complexos, (Gonçalves, et al., 2020).

Em contexto nacional, a procura pela excelência da prática dos cuidados de enfermagem levou a Ordem dos Enfermeiros ao desenvolvimento dos padrões de qualidade. Estes dividem-se em seis categorias, que se referem à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar, autocuidado, readaptação funcional, e organização dos cuidados de enfermagem, (Ribeiro, 2017).

A definição de padrões de qualidade, de acordo com os autores supracitados, é para os beneficiários do sistema de saúde tal como para os enfermeiros, uma matriz de qualidade. Esta, é orientadora do exercício profissional, facilitadora da reflexão e tomada de decisão em enfermagem acerca dos cuidados prestados, dando visibilidade à dimensão autónoma do exercício profissional, conjugando uma prática de excelência.

Assim, os padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem, OE (2017), referem-se à: Satisfação do Cliente que consiste na procura dos enfermeiros em alcançar o mais alto

nível de satisfação da pessoa alvo de cuidados, Promoção de Saúde que remete para a facilitação por parte do enfermeiro à pessoa alvo de cuidados em desenvolver o seu máximo potencial de saúde, Prevenção de Complicações que se traduz no trabalho desenvolvido no sentido de prevenir futuras complicações para a saúde da pessoa, Bem-Estar e Autocuidado refere-se ao potencializar o bem estar das pessoas alvo de cuidados devendo o enfermeiro complementar as atividades de vida que se encontram afetadas, e por último a Readaptação funcional, que implica os cuidados de enfermagem no desenvolvimento de processos de adaptação eficazes por parte da pessoa alvo de cuidados.

Definidos pela Ordem dos Enfermeiros, os padrões de qualidade, traduzem-se num instrumento catalisador da melhoria continua da qualidade dos cuidados, (Ribeiro et al., 2017).

Os padrões de qualidade, são fundamentais para a melhoria contínua na qualidade dos cuidados de enfermagem e uniformização das práticas nos diferentes contextos clínicos promovendo a máxima eficácia, (OE, 2017).

“(…) num contexto em que temas como a qualidade em saúde vigoram, incita-se a excelência no exercício profissional dos enfermeiros que incorpora, necessariamente, uma prestação de cuidados de enfermagem congruente com o regulamentado para o exercício profissional”, (Ribeiro et al., 2017, p. 92).

A qualidade no cuidar como cerne da enfermagem, levou a uma crescente evolução enquanto profissão e disciplina, conduzindo os profissionais a um maior grau de diferenciação, (OE, 2022).

Já a Organização Mundial de Saúde, relativamente ao tema da qualidade dos cuidados, assume que qualidade se define como a “(…) medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais”, (OMS, 2022, p.13)

Indissociavelmente a qualidade do cuidar está ligada à prática baseada na evidência científica, bem como na experiência profissional individual, nas necessidades da pessoa alvo dos cuidados, e nos recursos disponíveis. Estes três pilares, alicerçam a tomada de decisão na prestação dos cuidados de enfermagem indo ao encontro da eficácia, segurança e qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, (Pinto & Mota, 2013).

Assim, de acordo com a OMS (2022), os cuidados de alta qualidade caracterizam-se por ser: Seguros quando previnem prejuízo às pessoas alvo de cuidados, Eficazes quando são prestados cuidados de saúde alicerçados em evidencia científica, Centrados nas Pessoas

quando se prestam cuidados centrados nas necessidades valores e preferências das mesmas, Oportunos, quando se prestam cuidados atempados e adequados á pessoa, evitando qualquer prejuízo decorrente de uma demora, Eficientes, quando se potencializa os ganhos decorrentes dos meios e recursos disponíveis bem como evitar o desperdício, Equitativos quando são disponibilizados cuidados de qualidade independentemente da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, língua e/ou política. Por fim os cuidados de alta qualidade também devem ser integrados disponibilizando assim, cuidados abrangentes e coordenados ao longo de todo o ciclo de vida.

Nesta mesma linha de pensamento, a qualidade em saúde é tida como a disponibilização de cuidados acessíveis, de excelência profissional e equitativos, onde são usados os recursos disponíveis para alcançar as necessidades e satisfação da pessoa alvo. A qualidade e segurança por serem uma obrigação ética, permanecem interligados, revelando-se numa matriz para a equidade e o respeito com são prestados os cuidados, redução de riscos e facilitação de acesso aos cuidados, (Ribeiro et al, 2017).

A prestação de cuidados de qualidade tem relação diretamente proporcional com a humanização dos mesmos.

A humanização efetiva incorpora a personalização da comunicação, a empatia e a compaixão face à fragilidade e à condição emocional e psicossocial de um doente, do nascer até ao seu morrer. Respeita a autonomia do doente através da sua participação esclarecida nas decisões de seguimento que lhe digam respeito, com base em informação certa, dada da forma certa, na hora certa e na quantidade certa. Abrange ainda as dimensões do suporte personalizado e do conforto geral, criando espaços e momentos que os doentes sentem que vão ao encontro das suas necessidades particulares, (SNS, 2024, p.1).

Assim, esta mesma entidade, refere que a humanização se faz presente no acolher, cuidar, diagnosticar e comunicar, respeitando a dignidade da pessoa, no sentido em que salvaguarda a individualidade e personalidade, indo além da técnica e da ciência. A humanização dos cuidados, previne complicações, e promove a recuperação da pessoa, constituindo a humanização, um potenciador para a qualidade e eficiência, adicionando valor em saúde.

A prestação de cuidados seguros, baseiam-se numa cultura de qualidade, compreendendo uma

(...) organização que cria um ambiente de trabalho aberto e participativo, onde as ideias e as boas práticas sejam partilhadas, onde o ensino e a investigação sejam valorizados e onde a culpabilização apenas exceccionalmente seja usada (...) promovidos dentro de um ambiente favorável que encoraje a participação, o diálogo, a abertura e a responsabilização (...) promovam uma cultura de aperfeiçoamento, (OMS, 2022, p.15).

Na busca permanente da excelência na prestação dos cuidados de enfermagem, aos enfermeiros é exigida uma atuação coerente com os padrões de qualidade indo ao encontro da qualidade e segurança que constituem uma obrigação ética, (Ribeiro et al., 2017).

Já o Modelo Unificado, desenvolvido por Donabedian, remete para a importância da avaliação da qualidade e caracteriza-se por três pontos: estrutura, o processo e os resultados. Em paralelo com os cuidados de enfermagem, verifica-se que estes traduzem um conjunto de ações desempenhadas pelo enfermeiros, em que a estrutura remete para os recursos humanos, materiais, equipamentos e financiamento, o processo traduz-se na relação/dinâmica entre prestador e a pessoa alvo dos cuidados, e os resultados demonstram o *outcome* dos cuidados prestados, considerando os ganhos em saúde, satisfação das necessidades e expectativas da pessoa alvo de cuidados, podendo deste modo o enfermeiro dar ênfase à qualidade dos cuidados que foram disponibilizados, (Nigri & Silva, 2022).

A eleição do tema cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, para uma abordagem ao longo das diferentes práticas clínicas e respetivos relatórios, bem como para o desenvolvimento do projeto de autoformação, reflexões, e processo de enfermagem fundamentado, teve origem no facto de o cuidar nesta área, ser do meu interesse pessoal desde há vários anos pelo meu percurso profissional, e pela circunstância de que, a pessoa com insuficiência respiratória submetida a ventilação mecânica invasiva traduz o meu cotidiano laboral.

Deste modo, compreender os cuidados à pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, à luz do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, torna-se a meu ver um aspeto fundamental. O “(...) cuidado centrado na pessoa surge como estrutura conceptual onde é suportada uma interação entre o enfermeiro e a pessoa e o cuidar como intervenção terapêutica que acarreta a possibilidade de resultados positivos para a pessoa” (Vaz et al., 2022, p.38).

Assim, o cuidado de enfermagem com vista a um resultado positivo para a pessoa/pessoas alvo de cuidados, é alicerçado no processo de enfermagem. Este é a base para a sistematização do cuidado prestados, fundamentado em evidências científicas. Deste modo a qualidade da prática clínica evidencia-se com base numa metodologia cujo objetivo é orientar o cuidar respondendo às necessidades do ou dos indivíduos alvo de cuidados, (Guimarães et al., 2020).

A busca pela qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, tem origem nos primórdios da profissão, com Florence Nightingale no século XIX. Esta, foi pioneira no

ensino da importância em reunir dados importantes que demonstrassem a qualidade dos cuidados disponibilizados, (Ribeiro et al., 2017).

A valorização e a necessidade de um controlo de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, segundo os autores supracitados, levou a que a nível internacional as instituições hospitalares tenham investido no desenvolvimento e implementação de modelos de prática profissional, fundamentais à excelência da prática de enfermagem.

O Processo de Enfermagem, sendo um instrumento fundamental, metodológico e orientador, tem por base um referencial teórico, e é composto por cinco etapas. Estas são a avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento de cuidados, implementação e por último a avaliação na prática dos resultados, para a pessoa alvo de cuidados, que tenha sido sensível às intervenções de enfermagem, (Garcia et al., 2023).

A execução das etapas do plano de enfermagem, é o alicerce, para qualidade direta nos cuidados e consequentemente reconhecimento profissional, repercutindo positivamente sob a pessoa alvo de cuidados, (Guimarães et al., 2020).

Sendo as necessidades da pessoa submetida a VMI, o foco dos cuidados do enfermeiro, o planeamento e a prestação de cuidados fazem parte deste processo de cuidar e têm de ser fundamentados em decisões seguras, utilizando para isso, o processo de enfermagem. Este, proporciona ao indivíduo/indivíduos, um cuidar baseado num método científico, holístico, individual e contínuo, e ao enfermeiro o uso do pensamento crítico e autonomia profissional, (Italo et al., 2023).

Sendo o processo de enfermagem autónomo, liderado pelos enfermeiros, traduz-se numa ferramenta metodológica que integra a elaboração de diagnósticos e a prescrição das intervenções, com base num referencial teórico, que serve de linha orientadora para a prática, (Garcia et al., 2023).

O conhecimento das teorias de enfermagem e o entendimento da sua importância na traduzindo-se em melhores práticas, reverbera em ganhos na qualidade dos cuidados prestados, (Brandão et al., 2019).

Assim, explicita-se a ampliação conceitual de “boas práticas”, entendendo-as, em enfermagem, como conjunto inter-relacionado e indissociável de teorias, técnicas, processos e atividades que se colocam como as melhores opções disponíveis para realizar o cuidado da área, guardando consistência com conhecimentos, valores, contextos, ambientes, objetivos e evidências disciplinares e transdisciplinares no interesse da saúde, (Brandão et al., 2019, p. 608).

A aplicação das teorias de enfermagem contribui para o reconhecimento da importância desta. As teorias de enfermagem, dão respaldo científico à prática, orientando o

enfermeiro a avaliar, diagnosticar e prescrever intervenções. As teorias de enfermagem proporcionam fundamento às intervenções e consequentemente qualidade nos cuidados, espelhando a Enfermagem numa ciência, (Ribeiro & Dalri, 2022).

São várias as teorias de enfermagem que podem ser aplicadas, (Alves et al., 2021). No que concerne ao referencial teórico adotado, foi o Modelo de enfermagem Nancy Roper. Este Modelo, segundo Roper et al. (2001), refere-se a uma abordagem teórica que auxilia os enfermeiros na prestação de cuidados individualizados.

A enfermagem tem como processo basilar um cuidado dinâmico, sistematizado e cientificamente fundamentado. As teorias de enfermagem possibilitam relacionar os fatos, dar a base científica para uma atuação profissional, respeitando o contexto social, ambiental e humano da pessoa alvo de cuidados, (Alves et al., 2021).

Nancy Roper conjuntamente com Winifred W. Logan e Alison J. Tierney, desenvolveram o "Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney", o qual enaltece as atividades de vida diária (AVD) e define a enfermagem como a promoção da independência ao longo dessas atividades. Ele identifica doze atividades de vida diária e cinco fatores que influenciam a habilidade de uma pessoa para realizar essas atividades. O modelo é amplamente utilizado na prática de enfermagem para avaliação, planeamento e prestação de cuidados centrados no cliente, (Roper et al., 2001).

Assim, o modelo de Enfermagem Nancy Roper, refere-se a doze atividades de vida, sendo elas: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir a sexualidade, dormir e morrer, (Roper et al., 2001).

No que concerne à linguagem de enfermagem utilizada na avaliação das atividades de vida, realização de diagnósticos de enfermagem, planeamento de cuidados, e avaliação de resultados, surgiu a necessidade de standardizá-la e regulamentá-la.

É fundamental a utilização de uma linguagem padronizada no Processo de Enfermagem. A uniformização da linguagem aplica-se à realização de diagnósticos, intervenções e resultados, garantindo assim, a segurança, a continuidade de cuidados e asseverando a sua qualidade, (Melo et al., 2019).

A utilização dos sistemas de linguagem padronizada exige dos enfermeiros fundamento científico, pensamento crítico, no sentido de um raciocínio de diagnóstico de enfermagem, tomada de decisão e prescrição, (Melo et al., 2019).

É consensual a importância que a informação de Enfermagem tem, para a gestão na Saúde, não apenas pelos imperativos éticos legais, como também, por reverberar na

continuidade e qualidade dos cuidados, tal como na gestão, formação, investigação e processos de tomada de decisão. Assim, o Processo de enfermagem destaca-se pela sua importância como base essencial para a criação de indicadores de qualidade dos cuidados prestados e dos ganhos em saúde, (Garcia et al., 2023).

Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) regula a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como referencial de linguagem padronizada a implementar no sistema de informação de Enfermagem, (OE, 2007).

No processo de enfermagem, a utilização de uma taxonomia como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é fundamental para a uniformização na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, (Garcia et al., 2023)

Assim, a partir do processo de enfermagem, alicerçado num referencial teórico, suportado por uma linguagem padronizada foi desenvolvida por mim a fundamentação de um estudo de caso referente ao cuidar da pessoa sob ventilação mecânica invasiva.

Ainda que, teoricamente o enfermeiro esteja aprovado a prestar cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva, na prática verifica-se a necessidade de investir no conhecimento acerca deste tema. O conhecimento atualizado e fundamentado, permite ao profissional assumir com propriedade o seu papel na gestão do cuidado à pessoa submetida a ventilação invasiva, (Sabeh et al., 2023).

A Ventilação Mecânica é um importante recurso para a sobrevivência da pessoa a esta submetida, todavia, se indevidamente gerida, poderá incorrer em complicações para o doente, aumentando o risco de morbilidade e mortalidade. Assim, o papel do enfermeiro é fulcral, tanto no planeamento, quanto à prestação dos cuidados diretos à pessoa sob suporte ventilatório invasivo, (Sabeh et al., 2023).

Assim, ao prestar cuidados num serviço onde a prevalência do doente submetido a ventilação mecânica invasiva é elevada, trabalhar com diferentes ventiladores é característico da prática de enfermagem, sendo igualmente habitual a sua montagem, testagem, instalação e preservação. Por este motivo, torna-se necessário conhecer as características de cada dispositivo, todo o processo relacionado ao suporte de oxigenação e a relação doente/ ventilador. A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa são proporcionais à evolução na área da saúde e tecnológica como também o investimento no conhecimento fundamentado, que está alicerçado em bases científicas, (Sabeh et al., 2023).

A ventilação mecânica invasiva constitui um tratamento na abordagem da insuficiência respiratória grave. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de prestar os cuidados inerentes à pessoa com insuficiência respiratória sob ventilação mecânica invasiva, (Italo et al., 2023).

Esse tipo de suporte, demanda uma assistência especializada, no sentido de promover uma ventilação eficaz. Deste modo, ao enfermeiro recai a responsabilidade de manter a permeabilidade das vias áreas da pessoa submetida á ventilação invasiva, bem como, o domínio dos parâmetros do ventilador, de modo a poder avaliar a adaptação do doente aos seus parâmetros e implementar os cuidados de enfermagem, (Santos et al., 2020).

Os cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva, alicerçados em boas práticas, baseiam-se na promoção de uma ventilação eficaz e a prevenção de complicações associadas a este tratamento. Os cuidados de enfermagem, referem-se ao tubo endotraqueal, ventilador mecânico invasivo/ circuito respiratório, à prevenção de broncoaspiração, controle de infecção, sedoanalgesia, sono e a dor, (Santos et al., 2023).

Os principais cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, segundo um estudo realizado por Italo et al. (2023), relacionavam-se com a prevenção da infecção, cuidados com via aérea, vigilância clínica do doente e dos seus parâmetros ventilatórios. Os mesmos autores, com este estudo, concluem que, há uma necessidade de formação e treino nestas áreas.

Prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa submetida á ventilação mecânica invasiva, tem por base “...um conjunto inter-relacionado e indissociável de teorias, técnicas, processos e atividades visto como as melhores opções disponíveis para o cuidado da via área, guardando consistência com conhecimentos, valores, contextos, ambientes, objetivos e evidências no interesse da saúde”, (Santos et al., 2023, p.2).

Sendo o enfermeiro o responsável pelos cuidados que envolvem o suporte ventilatório invasivo, este tem um papel fundamental na vigilância da conexão e adaptação do doente ao ventilador, (Sabeh, et al., 2023).

Assim, torna-se essencial o despiste atempado da assincronia. Esta, refere-se a uma descoordenação entre o esforço do doente, as suas necessidades ventilatórias e a entrega do ventilador, (Rocha et al., 2018).

Os cuidados de enfermagem à pessoa sob suporte ventilatório invasivo, são alicerçados em boas práticas, (Sabeh et al., 2023).

As boas práticas, segundo os autores supracitados, referem-se a cuidados com: circuitos, filtros e umidificadores, limpeza e manutenção do equipamento, cuidados durante

o banho na cama, avaliação de sinais vitais, monitorização, análise e registro dos parâmetros de ventilação mecânica, posicionamento e alternância dos decúbitos da pessoa alvo de cuidados, prevenção e controlo da infeção, gestão da analgesia e do sono, controlo da dor, avaliação da pressão do cuff do tubo endotraqueal e fixação adequada do mesmo, prescrição dos cuidados em relação ao orifício da traqueostomia e à integridade da pele em redor, cuidados com lesões na cavidade oral e na face, realização da higiene oral, avaliação da necessidade de aspiração das vias aéreas e a sua execução, uso de sistema de aspiração fechado em pacientes hemodinamicamente instáveis, prevenção da broncoaspiração, cuidados com a alimentação entérica e a prescrição dos procedimentos relacionados à pronação da pessoa sob ventilação mecânica e aplicação dos cuidados na prevenção de incidentes associados.

Durante este curso de Mestrado, no decorrer das minhas diversas práticas clínicas, de entre todos os diagnósticos de enfermagem que identifiquei, os principais e mais comuns, relativos ao cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, foram: Status neurológico comprometido, Risco de dor, Risco de infeção, Trocas gasosas comprometidas, e Risco de coping familiar comprometido, que são apresentados mais em pormenor na tabela seguinte.

Figura 1 - Principais diagnósticos no Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a VMI, de acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Atividades de Vida	Foco	Diagnóstico	Resultado Esperado
- Ambiente Seguro	Status Neurológico cod. 10013141	Status Neurológico Comprometido cod. 10012787	Status Neurológico efetivo cod. 10034387
	Dor cod. 10013950	Risco cod. 10015007, de dor cod. 10023130	Sem Dor cod. 10029008
	Infeção cod. 100101104	Risco de Infeção cod. 10015133	Sem Infeção cod. 10028945 associada aos cuidados de saúde
- Respirar	Trocas Gasosas cod. 10008309	Trocas Gasosas Comprometidas cod. 10001177	Trocas Gasosas Efetivas cod. 10027993
- Morrer	Coping Familiar cod. 10034736	Risco de Coping Familiar Comprometido cod. 10032364	Coping Familiar Atual cod. 10000420

Os diagnósticos de enfermagem mais comuns relacionados ao cuidar da pessoa submetida a VMI, identificados por Italo et al., (2023), no seu trabalho “Análise da sistematização da assistência de enfermagem a pessoas com ventilação mecânica invasiva” foram: troca de gases prejudicada, risco de infecção, risco de broncoaspiração e ventilação espontânea prejudicada.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDAR DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, usufrui de ensinamentos clínicos em diferentes áreas (UCIP, SU e Emergência Pré-hospitalar) que refletiram o desenvolvimento de competências especializadas nestes diferentes contextos da prática.

Os diferentes contextos clínicos proporcionados ao longo deste curso, tiveram lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e no Serviço de Urgência ambos serviços referentes ao Hospital Central de uma região autónoma do continente português, e a Emergência Pré-Hospitalar no âmbito do Serviço de Proteção Civil da referida Região Autónoma.

A evolução científica e tecnológica na área da saúde, refletiu-se numa indubitável evolução na enfermagem, impondo um desenvolvimento de competências com base na experiência e na formação contínua e atualizada. O desenvolvimento de competências resulta na prestação de cuidados de qualidade, que vão ao encontro das necessidades da pessoa alvo, bem como o reconhecimento e satisfação dos profissionais, (Mello et al., 2018).

Competência refere-se a um saber agir responsável, gerir oportunamente capacidades e conhecimentos sendo eles procedimentos/técnicas, métodos, processos, recursos e habilidades que foram adquiridos, não apenas, através de formação, mas também com base nas aprendizagens pessoais, formação educacional e a experiência profissional, (Boterf, 2003; Roldão, 2003, citados por Amaral & Figueiredo, 2021).

Assim, ser competente implica uma capacidade organizativa, de seleção, integração, mobilização e transferência daquilo que se traduz útil, no sentido de desenvolver e alcançar um objetivo num determinado contexto profissional, resultando em evolução indissociável do desenvolvimento de competências, (Boterf, 2003; Roldão, 2003, citados por Amaral & Figueiredo, 2021).

A competência profissional traduz-se na mobilização e gestão articulada de valores, conhecimentos, habilidades e atitudes, adivinhando-se valoroso na conjugação laboral, (Mello et al., 2018).

O modelo de aquisição de competências em Enfermagem, desenvolvido por Benner (2001), baseou-se no Modelo de Dreyfus & Dreyfus. Este modelo explica que, aquando da aquisição de uma competência, a evolução dá-se em três passos: passagem de uma atuação baseada em princípios abstratos à utilização, a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação, e a passagem de um formato de observador desligado a executante envolvido e empenhado.

Baseando-se no modelo de aquisição de competências em enfermagem de Benner, Amaral & Figueiredo (2021), referem que o desenvolvimento de competências, em enfermagem, é feito com base na forma como estas são ensinadas e nas experiências vivenciadas pelos profissionais.

Desta forma, tendo em conta o Modelo de Benner, a aquisição de competências faz-se com base numa lógica que a teórica organizou por estádios, que são seguidamente descritos.

Nível um (Iniciado), espelha o profissional que não detém nenhuma experiência das situações com que é confrontado na prática, incluindo-se os estudantes de enfermagem. Os conhecimentos, os princípios e as normas de atuação não exigem experiência clínica, resultando do seu percurso universitário. Tem dificuldade em se integrar, ou identificar um paralelismo entre a teoria e a prática, não conseguindo estabelecer prioridades. Aqui o profissional/ estudante cumpre normas e centra-se nas regras do Serviço.

Neste primeiro grupo, Benner integra ainda os enfermeiros que contactam com um serviço pela primeira vez, ainda que tenham experiência profissional. A teórica parte do princípio de que, um novo serviço pressupõe novos objetivos, rotinas e cuidados diferenciados, que o profissional não está familiarizado até à entrada no novo serviço.

Nível dois (Iniciado avançado), descreve o enfermeiro como o profissional que possui um comportamento considerado aceitável uma vez que já foi confrontado com situações reais (identificadas por eles próprios ou por indicação de um orientador), das quais identifica fatores significativos das experiências pela repetição. Na sua avaliação e intervenção têm dificuldade em estabelecer prioridades, podendo escapar dados significativos para a situação que o doente apresenta.

De modo a garantir um cuidado adequado para o utente, Benner reforça a importância dos enfermeiros orientadores nos Serviços. Estes, promovem a integração, aprendizagem, e o desenvolvimento da capacidade de priorização.

Nível três (Enfermeiro competente) refere-se ao enfermeiro que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. As suas intervenções são desenvolvidas de acordo com os

objetivos que pretende atingir a médio e longo prazo. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. No entanto, neste nível, ainda não desenvolveu a flexibilidade e a velocidade de decisão e ação que certas situações exigem.

Nível quatro (Proficiente), traduz um enfermeiro que percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e as suas ações são guiadas por máximas. O enfermeiro proficiente pela sua experiência, tem a capacidade de se orientar diretamente pelo problema, reconhecendo as situações no seu todo, e por isso capacitado para a tomada de decisão. No entanto, perante uma situação mais complexa ou nova este não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos.

Nível cinco (Perito), identifica um enfermeiro com uma grande experiência, sendo um profissional que compreende de maneira intuitiva cada situação no seu todo, de forma global. O mesmo, apreende diretamente o problema sem se perder num largo espectro de soluções e/ou diagnósticos estéreis. Articula a sua formação teórica com a sua experiência prática. É um profissional flexível e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/ação. Reconhecer o enfermeiro perito não é difícil pela sua postura ou forma de gerir situações complexas de maneira notável. O reconhecimento é visível pelos seus pares e pela pessoa alvo de cuidados. Não obstante, neste último nível, o enfermeiro perito não poderá excluir da sua atuação a utilização de instrumentos analíticos, dado que os mesmos são igualmente fundamentais, (Benner, 2001).

Deste modo, o desenvolvimento de competências, trata-se de um processo complexo, pois este exige ao profissional, que as suas intervenções técnicas sejam alicerçadas em conhecimento, capacidade de recolha e análise de informação e tomada de decisão, (Martins, 2017; Amaral & Figueiredo, 2021).

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As designadas competências comuns do enfermeiro especialista estão na base do objetivo do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, tendo por isso feito parte de todas as práticas clínicas.

A enfermagem enquanto profissão tem assumido uma complexificação crescente de responsabilidades. Esta evolução tem apontando para a necessidade de um maior grau de diferenciação, do exercício profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista, enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar e pluriprofissional, (OE, 2022).

A enfermagem é uma ciência em constante evolução, espelhando o acompanhamento das necessidades evolutivas da sociedade. A necessidade de uma prestação de cuidados cada vez mais complexos, exige a excelência na qualidade dos mesmos, com base em evidência científica e consequentemente tomada de decisões complexas, (Pires et al., 2023). “Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem que viu ser-lhe atribuído...o título de enfermeiro especialista”, (OE, 2018, regulamento n.º 140/2019, p.474).

Uma vez que o enfermeiro especialista possui conhecimento aprofundado num domínio específico tendo por base as respostas humanas, os processos de vida e os problemas de saúde, este traduz-se num elemento fundamental na prática de enfermagem avançada, (Pires et al., 2023).

Os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de competências especializadas relativas uma determinada área, onde exercem o seu juízo clínico e tomada de decisão relativo a um plano de intervenção, (Pires et al., 2023).

As (...) “competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, (Regulamento, n.º 140/2019, p.4745).

Assim, são quatro os domínios de competências comuns, sendo que estas, regulam o progresso e melhoria contínua da prática de enfermagem.

No que concerne à competência referente à responsabilidade profissional, ética e legal, o Regulamento n.º 140/2019, defende que o Enfermeiro Especialista desenvolve uma prática segura, profissional, legal e ética, deitando mão das melhores práticas. Estas, alicerçam-se numa avaliação sistemática, capacidade de tomada de decisão com base em princípios ético-deontológicos cujo intuito é a salvaguarda da pessoa alvo de cuidados. Tendo assim esta competência de responsabilidade profissional, ética e legal, pautado o meu percurso nesta trajetória do “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”

Nesta mesma linha de pensamento, a OE com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), (2015) vai ao encontro do acima descrito, fazendo paralelo com o artigo 99º que defende os Princípios Gerais em que a prestação dos cuidados de enfermagem é alicerçada na defesa da liberdade e dignidade do binómio utente/enfermeiro, e com o artigo 100º que se refere a deveres deontológicos em geral.

Ética refere-se a hábitos, atitudes consideradas boas, moralmente corretas, e que se enquadram num código moral cuja estruturação orienta o comportamento humano, (Dias et al., 2015).

A prática profissional, estrutura-se entre outras, numa competência ética traduzida por um espírito de crítica e reflexão, que antecede a ação e permite entre outros, a gestão de conflitos. Este pensamento crítico, com base em políticas, leis, normas, princípios éticos e morais, conhecimento fundamento, teorias e processo de enfermagem, constitui o alicerce para o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro, adoção de práticas seguras e a consequente prestação de cuidados de qualidade, (Dias et al., 2015).

Ao longo deste meu percurso formativo, tendo sempre por base a responsabilidade profissional, ética e legal, exigiu-me dar resposta a diversas situações, tais como: o improvisar cortinas entre as macas onde se encontravam as pessoas a pernoitar em observação, a aguardar efeito de medicação e reavaliação médica, de modo a poder devolver-lhes algum sentido de privacidade por entre as parcas condições que lá existiam, gerir a base do que poderia ser um possível conflito de modo a facilitar a visita de familiares a pessoas doentes agudos (migrantes/emigrantes) com barreira linguística/cultural, até mesmo o tentar dirigir-me na língua de origem desta pessoa no sentido de melhor compreender as suas necessidades, gerindo a discórdia que isto pode provocar na equipa no sentido de abandonar a minha língua materna.

Um outro exemplo foi a necessidade de continuidade da abordagem adequada, apesar do prejuízo direto à pessoa em situação emergente naquele momento e desestabilização causada pelo abandono da sala zero de um elemento “A” decidido pelo próprio.

Também fez parte a decisão de intervir na gestão da abordagem nos cuidados de enfermagem a uma pessoa idosa em situação crítica. Nesta situação, os cuidados de enfermagem estavam sendo protelados com prejuízo para o doente, com base numa grande uma afluência de trabalho e no desagrado dos elementos de enfermagem que se encontravam destacadas para aquele posto de trabalho (sala de recuperação). A minha decisão em intervir tornou-se no ponto de viragem e estabilização da situação clínica desta pessoa.

Por entre tantos outros exemplos da necessidade de atender á responsabilidade ética e profissional, foi a minha perceção da necessidade de atendimento e prestação de cuidados de enfermagem adequados a uma pessoa com patologia infetocontagiosa, por entre meio a alguma renitência de alguns profissionais de enfermagem, naquele dado momento.

No que concerne à competência da melhoria contínua da qualidade, esta interceta o “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”, no sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados, que esta trajetória implicou. Assim, o “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva” baseou-se na prestação de cuidados fundamentados em base científica e atual visando a promoção da ventilação eficaz e da prevenção de complicações.

A excelência da prestação de cuidados, ergue-se da qualidade e segurança, dos mesmos. Estes, advêm da capacidade de resposta adequada à população alvo, por parte das organizações de saúde, (Ramos et al., 2023).

No que concerne à qualidade, segurança dos cuidados, e a sua centralização na pessoa alvo, Ramos et al. (2013), na sua revisão de literatura referem-se à OMS (2018), que os defende como prioridade e alicerce dos países com sistemas de saúde sólidos e estruturados, constituindo a base das suas políticas e estratégias.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados, de acordo com Organização Mundial da Saúde (2019), mencionada por Ramos et al. (2023) na sua revisão de literatura, refere-se à prevenção do erro/ ocorrência de eventos adversos, provenientes da prestação de cuidados.

Assim, no decorrer deste meu percurso formativo, a necessidade de melhoria contínua da qualidade verificou-se no estudo pessoal, na consulta de normas, procedimentos, fluxogramas de cada contexto clínico, em conversação e partilha com outros elementos de equipa instalar a aplicação PediHelp no telemóvel de modo a poder agilizar os cuidados validando dosagens de medicação em caso de urgência/emergência pediátrica.

Situações como a verificação das malas na emergência na emergência Pré-hospitalar e mala de transporte interno de doentes do SU, de modo a saber onde se localizam equipamentos, material e medicações, promovendo a disponibilidade de cuidados de enfermagem atempados e de qualidade, diminuindo a possibilidade de erro e/ou atraso.

Relativamente à competência da gestão de cuidados, ao longo deste percurso, “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva” nos diferentes contextos das várias práticas clínicas e suas diferentes áreas de atuação, tornou-se evidente para mim a necessidade do desenvolvimento da gestão dos cuidados de modo que, a sua prestação respondesse atempada e adequadamente à situação no seu contexto.

Assim, com o decorrer dos estágios nos mais diversos campos clínicos, pude verificar que a atuação do enfermeiro, não estando subordinada, é gerida e articulada com

equipas pluriprofissionais de saúde. Dentro destas, pude comprovar que, o enfermeiro especialista, é o elemento, que com base numa metodologia e evidência científica atualizada, evidencia a capacidade de priorização, pensamento crítico e tomada de decisões complexas, garantindo a diferenciação, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Ao enfermeiro especialista cabe um cuidado com base num conhecimento especializado, desenvolvimento de pensamento crítico, capacidade de tomada de decisões complexas, assim como habilidades técnicas, (Ribeiro et al., 2018).

A prestação de cuidados de enfermagem especializados, agregam qualidade que impacta direta e imediatamente a pessoa, família e comunidade alvo, reverberando na sua satisfação, (Ribeiro et al., 2018).

Já na competência do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, com o decorrer das práticas clínicas na área da pessoa em situação crítica nos diferentes contextos clínicos: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Emergência Pré-Hospitalar, foi-me possível verificar a importância do desenvolvimento do autoconhecimento, assertividade e prática com base científica, pelo Enfermeiro Especialista.

Assim, o decorrer deste percurso formativo esteve sempre na linha do conhecimento com base em evidência científica atualizada, associada a oportunidades de treino e avaliação. Como exemplos, foi o caso do Suporte Básico de Vida (SBV), associado à capacitação dos formandos para Operadores de Desfibrilador Automático Externo (DAE), do Suporte Avançado de Vida (SAV), do treino de abordagem em situação de catástrofe/multivítimas com montagem de todo um cenário e contexto que decorreu no espaço da Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira. No meu caso particular solicitei ainda posteriormente no decorrer do meu estágio em emergência Pré-hospitalar, a participação no treino desenvolvido pela Proteção Civil envolvendo toda uma equipa pluriprofissional com encenação e montagem de cenário multivítimas designado pelo Acidente de Autocarro no Pináculo.

Desta forma, verifiquei com o decorrer deste percurso, que a atualização de conhecimento e a sua oportunidade de treino é a forma mais adequada de capacitação dos profissionais para uma atuação congruente, adequada e atempada, aquando da necessidade, que especialmente sem aviso, se faz presente.

Assim, com o decorrer destas práticas clínicas, pude compreender que, este autoconhecimento, assertividade e conhecimento fundamentado, por parte do Enfermeiro Especialista, tanto em contexto pessoal, como em equipa, tem uma repercussão direta,

impactando a dinâmica e articulação com os outros, seja na relação terapêutica, organizacional e/ou pluriprofissional, e consequentemente nos resultados da sua prática, particularmente no que se referiu à minha área de escolha onde elegi o “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”.

Nesta mesma linha de pensamento, o investimento na formação profissional é fundamental para o desenvolvimento de habilidades que exige o desempenho do enfermeiro especialista, (Ribeiro et al., 2018).

Em paralelo com este raciocínio, associa-se a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao desenvolvimento de conhecimentos e competências clínicas. Estas constituem a base para um pensamento crítico e capacidade para tomada de decisão, (Ramos et al., 2023).

Com base nesta análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista, foi possível perceber, que o desenvolvimento da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais são pontos chave que se encontram na base e vão inevitavelmente ao encontro das Competências Específicas na prestação de cuidados especializados na área do doente crítico, particularmente no “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”, não fosse já preconizado, a excelência dos cuidados, alicerçar-se nestes princípios.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

O domínio de competências específicas é caracterizado pela prestação de cuidados especializados direcionados a uma determinada área de intervenção, representando as competências específicas. O desenvolvimento das competências específicas na área da pessoa em situação crítica, revela-se por isso mesmo, o objetivo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que me encontro a desenvolver.

Assim, o intuito das práticas clínicas objetivou o desenvolvimento das competências especializadas na prestação de Cuidados de Enfermagem à pessoa/família a experienciar uma situação crítica de saúde, em contexto de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar.

A prestação de cuidados de enfermagem no ramo do crítico pelo Enfermeiro Especialista é o alicerce para a disponibilização de cuidados seguros, (OE, 2015).

A exigência imposta pelo crescente início súbito de doença, evolução de doenças crônicas, o aumento e complexidade dos acidentes, a escalada de violência que tem demarcado a sociedade, somando as catástrofes naturais, que, quer pela orografia local, quer pelas alterações climatográficas a que estamos patentes, exponenciando a probabilidade de ocorrência de uma situação de risco de vida.

Nesta linha de pensamento, o enfermeiro especialista torna-se preponderante, por forma a dar resposta adequada e atempada a estas circunstâncias, implementando a qualidade de cuidados especializados no Sistema Nacional Português, (OE, 2015).

Assim com o decorrer do meu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e das suas práticas clínicas, defini os objetivos e competências que considere fundamentais a desenvolver.

Em paralelo com as competências específicas do Regulamento 429/2018, delinee o desenvolvimento e a aquisição da competência: prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, especificamente prestar cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência respiratória submetida à VMI, em contexto de Emergência Pré-hospitalar, Urgência e UCIP.

A pessoa em situação crítica, tem a sua vida em causa devido a uma falência ou risco de falha de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, (OE, 2015).

Assim, a ventilação mecânica invasiva é uma importante ferramenta terapêutica em doentes críticos, podendo ser considerada uma intervenção de suporte de vida. Compreender que, os modos e parâmetros de ventilação, a capacidade de avaliar a mecânica do sistema respiratório tendo por base a compreensão das ondas de volume, pressão e fluxo são componentes essenciais na prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica, (Walter et al., 2018).

Deste modo, considero ter trabalhado e desenvolvido esta competência através da prestação direta de cuidados, alicerçada primeiramente no conhecimento do respetivo serviço de acordo com campo de estágio, sua constituição, funcionamento e rotinas, na avaliação do estado clínico da pessoa com insuficiência respiratória submetida à VMI, no Processo de Enfermagem (Avaliação de atividades de vida, focos, diagnósticos de enfermagem e intervenções e resultados), Implementação de cuidados diretos de enfermagem à pessoa em situação crítica, no contexto de VMI. Estudo e pesquisa acerca do tema, constituíram-se em estratégias fundamentais, consulta de manuais de enfermagem,

leitura de documentos e artigos, procurando e potenciando oportunidades de aprendizagem em orientações tutoriais junto ao Enfermeiro de Referência, e colegas da equipa.

Com o decorrer das práticas clínicas em todos os diferentes contextos, pude verificar que uma das competências igualmente fundamentais do enfermeiro especialista é o reconhecimento e intervenção adequada e precoce, em situações decorrentes de complicações associadas à VMI, indo ao encontro do que preconiza o regulamento nº 429/2018 onde o enfermeiro deve identificar e se antecipar a situações de instabilidade e risco de falência orgânica.

Gerir cuidados à pessoa em situação emergente e antecipação de risco de falência orgânica, diagnosticar e gerir as funções fisiológicas básicas num doente instável, é fulcral. Esta atitude implica um pensamento em ação e raciocínio em transição. Estes traduzem-se na identificação e resposta às mudanças fisiológicas que o doente apresenta e conduz a uma antecipação da instabilidade que o mesmo possa insidiosamente estar a desenvolver, (Benner et al., 2011).

Complicações como, risco de barotrauma, pneumotórax, aprisionamento de ar, toxicidade pelo oxigénio, efeitos cardiovasculares, infeções respiratórias, podem ser entre outros induzidas pela ventilação. O seu despiste atempado e precoce é determinante na salvaguarda e promoção da permeabilidade das vias aéreas, (*European Society of Critical Care, 2014*).

Neste contexto, para além de atuar na higiene brônquica, prevenção e/ ou tratamento de atelectasias assim como outras condições clínicas que afetam a mecânica respiratória, os cuidados de enfermagem são fundamentais para promover a troca gasosa eficaz e prevenir complicações decorrentes da VMI, (Campos et al., 2019).

Os diagnósticos de enfermagem mais comuns no que respeita à pessoa submetida à VMI são troca de gases prejudicada, risco de broncoaspiração e ventilação espontânea prejudicada. Essencialmente, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida à VMI, relacionam-se com a via aérea, parâmetros ventilatórios, e vigilância clínica, (Italo et al., 2023).

Com o decorrer dos estágios nos diversos campos clínicos, pude constatar que em todos eles, a prestação de cuidados como, aspiração orotraqueal, higienização das vias aéreas, posicionamento adequado do tubo endotraqueal, prevenção de obstruções, manutenção da humidificação, a prevenção da infeção associada à presença de tubo orotraqueal, são fulcrais. Assim, constatei que estes, a serem especializados, são

determinantes para a prevenção de complicações associadas à VMI e promoção de uma ventilação eficaz.

No mesmo seguimento, a gestão adequada da sedoanalgesia tem o intuito de garantir o conforto, a dor e a colaboração do paciente durante a ventilação mecânica, evitando complicações como é o caso da desadaptação do doente à prótese ventilatória e o delirium, (Bäcklund et al., 2018).

A gestão da sedação da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, é feita com base na escala de RASS, prevenindo o excesso ou insuficiência da mesma. A adequação da sedação promove a avaliação do doente, facilitando um despertar mais adequado e consequentemente a redução do período de internamento, respetivos custos financeiros, menor incidência de pneumonias nosocomiais e mortalidade, (Silva et al., 2017).

O papel do enfermeiro no cuidado ao doente crítico nomeadamente à pessoa submetida a VMI, é fulcral. A entrega de cuidados especializados, deve ter por base a especificidade da pessoa alvo, compreendendo competência técnica e científica. Não podendo ser generalizados, os cuidados à pessoa submetida a VMI atendem às suas distintas necessidades hemodinâmicas e ventilatórias, (Oliveira et al., 2020).

Nesta mesma linha de raciocínio, os cuidados especializados e a sua importância na prevenção de complicações associadas e promoção de uma ventilação eficaz, remete-nos para uma prestação de cuidados baseados numa salvaguarda atempada, que defende o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC (429/2018).

Nas suas unidades de avaliação de competência, o Regulamento (429/2018), considera a necessidade de pronta identificação e resposta antecipatória de focos de instabilidade, prestação de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações.

Assim, perante a complexidade de uma situação crítica, o especialista deverá mobilizar os seus múltiplos conhecimentos e habilidades com vista a uma resposta holística e em tempo útil, (Regulamento, 429/2018).

Prestar Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência respiratória submetida à VMI, com dor, em contexto das diversas práticas clínicas, fez também parte das competências a desenvolver. Esta, fundamentou-se na consulta e pesquisa das escalas da dor, avaliar a presença de dor através destas e a prestação direta de cuidados através da promoção de medidas de conforto e alívio de dor.

No decorrer do meu estágio em contexto de UCIP, SU e Emergência Pré-Hospitalar, pude verificar que a avaliação da dor na pessoa em situação crítica nomeadamente na pessoa submetida a VMI, é uma prioridade. A dor é avaliada e gerida no doente crítico, particularmente à pessoa submetida a VMI, desde a abordagem em cena, durante o seu transporte e transferência para o Serviço de Urgência- sala zero, no SU e tem a sua continuidade durante internamento na UCIP.

Ainda que, medidas de suporte de vida e suporte hemodinâmico, são o foco no contexto de emergência Pré-hospitalar, SU e UCIP, a promoção do conforto e gestão da dor, são igualmente fundamentais e vão ao encontro da essência da enfermagem, que é o cuidar, (Mota, et al., 2021).

A procedência da dor num doente crítico poderá dever-se a inúmeras causas. A sua origem poderá estar relacionada com a gravidade do estado clínico, a quantidade e a frequência de cuidados de enfermagem, procedimentos invasivos para diagnóstico e/ou tratamento, cirurgias, presença de dispositivos terapêuticos, (Li et al., 2008; Pudas et al., 2009, citado por Batalha et al., 2013).

O desafio na monitorização da dor no doente crítico relaciona-se com as alterações de consciência, por sedação ou não, alterações da comunicação verbal e habitualmente a presença de tubo orotraqueal, (Batalha et al., 2013).

Assim, sendo a dor um sinal vital, a sua avaliação no doente crítico é feita a partir da escala BPS, e o seu controlo efetivo é um cuidado fundamental e inerente a todos os doentes críticos, nomeadamente à pessoa submetida a VMI.

Com base nesta realidade, no decorrer das práticas clínicas nos diferentes contextos, foi-me possível exercer cuidados diretos tanto em medidas não farmacológicas (amenização de fatores ambientais tais como ruído, luminosidade, temperatura ambiental, corporal, conforto no leito com lateralizações da cama/ coquille (maca de vácuo), imobilização e elevação de membros mudanças e alívio de posicionamento, aplicação de massagem corporal, colocação de almofadas para conforto), como em medidas farmacológicas através da administração de analgesia segundo a prescrição médica.

O cuidar da pessoa em situação crítica com dor implica medidas farmacológicas e não farmacológicas, (Mota et al., 2021).

No que concerne ao doente com insuficiência respiratória submetido a ventilação mecânica invasiva, a abordagem da dor não é exceção. Assim, neste contexto, a dor é avaliada com base na escala comportamental da dor (BPS), e a abordagem é feita a partir

das intervenções não farmacológicas (posicionamento) e farmacológicas a partir da prescrição e administração de analgesia. Esta abordagem é feita na Emergência Pré-Hospitalar, em cena, durante o transporte e transferência para o Serviço de Urgência - sala zero e UCIP.

Nesta linha de pensamento, a gestão da dor no doente crítico é feita através de intervenções, farmacológicas/ não farmacologias, independentes e interdependentes. Assim, no seu conjunto, constituem um indicador de qualidade dos cuidados prestados à pessoa alvo, (Mota, et al., 2021).

A gestão adequada da analgesia é fundamental no sentido de garantir o conforto, a dor e a colaboração da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, (Barr, et al, 2013; Mortensen, 2019).

A BPS, segundo uma revisão integrativa de literatura, é entre outras, a mais adequada para avaliação de dor nos doentes em UCI, (Marques, 2009; Paulus et al., 2013, citado por Batalha et al., 2013).

Para avaliar a dor em contexto de UCI, são utilizadas escalas, estas são ferramentas importantes para a identificação e consequente controlo da dor. A escala comportamental da dor BPS, foi traduzida e adaptada ao português em 2014, e é composta por 3 elementos: expressão facial, movimentos corporais e adaptação à ventilação mecânica, (Silva et al., 2017).

Segundo Benner et al., (2011), o desafio é criar uma cultura organizacional onde a ciência e parte humana possam estar associadas, proporcionando todo o tipo de medidas de conforto possíveis.

Este objetivo, em analogia com o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC (429/2018), remete para a unidade de competência que se refere à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Segundo o regulamento, esta unidade de competência específica incide sobre gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, demonstração de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedoanalgesia.

Na mesma linha de paralelo com as competências descritas no Regulamento 429/2018, prestar cuidados à pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, foi outra competência que prevê desenvolver e adquirir, particularmente o cuidar da família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da

pessoa com insuficiência respiratória submetida à VMI, em contexto de UCIP, SU e Emergência Pré-hospitalar.

Deste modo, em todos os diferentes contextos e circunstâncias, a humanização aprecia uma estreita relação com a família, de modo que o cuidar humanizado se contraponha ao conceito redutor do cuidar da doença, (SNS, 2024).

Tendo em conta a complexidade do doente crítico, os cuidados de enfermagem demandam perícia a nível técnico como também a nível relacional, interpessoal e emocional. A relação terapêutica eficaz/adequada do enfermeiro com a pessoa e família/cuidador deverá refletir a adaptação da comunicação à pessoa e ao contexto, (Gonçalves & Branco, 2021).

Tendo com objetivo primordial a humanização dos cuidados, é exigida na relação prestadores de cuidados/pessoa(as) alvo, uma prática profissional pautada pelo respeito, equidade, qualidade, eficácia, formação graduada de elevado nível científico, técnico, bem como humanista, (SNS, 2014).

Assim, em contexto de emergência pré-hospitalar, em todas as situações que abordei referentes tanto ao meu tema de eleição como em todos os restantes, foi-me possível, a partir da escuta ativa, do criar abertura para a livre expressão dos sentimentos, criando espaço ao familiar para que este ventile os seus sentimentos, deixando aberta a oportunidade para o diálogo empático para com um semelhante, cuidando e acolhendo a família/cuidador da pessoa em situação crítica.

O decorrer do estágio neste campo permitiu-me reforçar o meu entendimento de que a família no contexto de situação crítica nomeadamente na pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, a ter de presenciar uma emergência pré-hospitalar, incorre num evento do ponto de vista emocional é violento e que poderá tornar-se traumático. Assim, é do meu entendimento que, o enfermeiro cuja essência da sua arte, é o cuidar, deve mantê-la para além da emergência, técnicas e abordagem em si à vítima, numa situação limite que é, cuidar da família.

A avaliação da qualidade dos cuidados no socorro pré-hospitalar não deve, por isso, focar-se exclusivamente nas taxas de mortalidade e/ou morbilidade, devendo operacionalizar pressupostos que permitam adotar outras prioridades como a gestão da dor, do frio, do contexto adverso, do medo, da família e de todas as variáveis que comprometem todas as dimensões da saúde (Mota et al., 2021, p.2).

No contexto da emergência pré-hospitalar, os profissionais de saúde, habitualmente confrontam-se com situações críticas no domicílio da vítima e consequentemente com a presença dos familiares. Habitualmente nesta situação há uma tendência para que a equipa de saúde peça o afastamento dos familiares, no sentido ser menos traumatizante para a

família, e também a opção mais facilitadora na atuação dos profissionais, no que diz respeito a espaço, manobras e até mesmo no caso de cessação de manobras. Assim, no tempo que decorre a operação, as famílias deixem de ser cuidadas, pela demanda de recuperar as funções vitais da pessoa em situação crítica, (Malta et al., 2015).

O risco /benefício, contudo, da exclusão da família neste contexto, levantou dúvidas, e deu origem a uma mudança das práticas profissionais, no sentido de uma abertura para a presença da família. Desta forma, de acordo com uma revisão integrativa, verificou-se que “...a experiência tranquiliza a família, no sentido em que permite constatar o esforço feito pela equipa durante a reanimação, permite a oportunidade para um último adeus, ajuda a entender a realidade da morte, evitando o luto patológico, ou situações de stresse pós-traumático”, (Ferreira et al., 2014 citado por Malta et al., 2015, p. 88).

Em contexto de SU Polivalente, ao longo da minha prática clínica, pude verificar que este, criou um Gabinete de Apoio à Família (GAF). Este, situa-se num edifício exterior em frente à entrada do SU, funciona das 08:00 às 24:00, onde os acompanhantes/familiares ficam a aguardar, informando-os e orientando-os acerca da situação e localização do seu familiar dentro do SU.

Ainda no que referente o doente crítico, nomeadamente da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI e da sua família, o SU Polivalente tem designado um período de meia hora no turno da manhã e tarde que permite a entrada dos familiares dos doentes que aqui se encontram (unidade de cuidados especiais), que possui acesso próprio, para a entrada/ saída dos familiares dos doentes afetos especificamente a esta unidade, potenciando um impacto positivo na pessoa e família alvo.

A dimensão técnica e tecnológica é extremamente valorizada nas áreas de prestação de cuidados ao doente, com todos os benefícios que lhe são reconhecidos, para o sucesso do seu tratamento. Contudo a conjugação dos princípios técnicos e humanos torna-se fundamental, (Fernandes & Silva, 2016).

Cuidar da família é tão fundamental como cuidar da pessoa em situação crítica, sendo o papel do enfermeiro especialista determinante na abordagem deste binómio. Assim, no decorrer desta prática clínica, pude verificar a mediação que é desenvolvida entre o enfermeiro especialista, e a família, fazendo uso da técnica de más notícias, acerca do agravamento e /ou falecimento do seu ente.

Os enfermeiros devem conhecer e compreender cada família, oferecendo um cuidado humano, baseado na sensibilidade, reforçando a fé inerente a cada um, proporcionando tranquilidade, ajuda, e promovendo a confiança, (Fernandes & Silva, 2016).

Esta prática clínica em contexto de SU, deu-me a oportunidade para dialogar com a família e facilitar a informação e visita ao seu familiar, exerci escuta ativa, facilitei a expressão de sentimentos, bem como preocupações e receios.

Tendo em conta a complexidade do doente crítico e o impacto no seio familiar, os cuidados de enfermagem exigem perícia a nível técnico, como também a nível relacional, interpessoal e emocional. A relação terapêutica eficaz/adequada do enfermeiro com a pessoa e família/cuidador deverá refletir a adaptação da comunicação à pessoa e ao contexto (Gonçalves & Branco, 2021).

Torna-se presente a necessidade por parte do enfermeiro de olhar a pessoa para além dos olhos físicos, estando aberto às expressões de sentimento de cada pessoa, respeitando crenças, valores e dialogando continuamente, (Fernandes & Silva, 2016).

Relativamente à prática clínica no contexto de UCIP, a doença crítica de um familiar, nomeadamente na pessoa com insuficiência respiratória submetida à VMI, conduz frequentemente a uma crise no seio familiar, exigindo o cuidado à família por parte do enfermeiro especialista.

O internamento de uma pessoa em situação de doença crítica, traduz-se num enorme impacto emocional para a família, uma vez que se verificam mudanças tanto a nível individual, como na dinâmica familiar, (Mendes, 2018).

Tal como aconteceu nos contextos anteriores, eu desenvolvi e adquiri esta competência do cuidar da família, tornando-a parte do meu plano de cuidados com base na abordagem/acolhimento das famílias na sua primeira incursão e em visitas posteriores.

Assim, desenvolvi situações oportunidades de escuta ativa das famílias permitindo a sua expressão e vivência dos seus sentimentos, respeitando a sua fé e credos, expressão de dúvidas e receios. Esta interação, teve como alicerce, uma comunicação adaptada a cada familiar de modo a permitir a fluência de informação, utilizando a mesma base de linguagem, e quando necessária aplicando a técnica da transmissão de más notícias.

Os serviços voltados para o cuidado ao doente crítico, são parte integrante dos hospitais, cujo intuito é tratar e cuidar da pessoa em situação crítica. A admissão de um doente neste tipo de unidade é baseada numa condição crítica com potencial de reversão, pelo que demanda cuidados complexos e especializados, (Fernandes & Silva, 2016).

A situação crítica é frequentemente geradora de uma grande ansiedade sob os familiares, decorrente da instabilidade característica desta condição. Esta instabilidade decorre do desfecho incerto da situação, associada ao risco de vida eminente do seu familiar, e ao ambiente altamente tecnológico que é habitualmente estranho ao contexto familiar.

Assim, surge a necessidade de comunicação terapêutica do enfermeiro com a família. Esta, permite amortecer o seu sofrimento, ajudando a compreender a situação, fornecendo suporte emocional e amenizando a ansiedade, (Galinha de Sá & Henriques, 2021).

Cuidar da família dos doentes é um dos domínios do enfermeiro perito e assenta nas capacidades relacionais e interpessoais enfermeiro/família. Os cuidados à família compreendem o certificar-se que o doente pode estar com a sua família, e promover à família informação e suporte, (Benner et al., 2011).

O cuidar da família, deve ter por base a transmissão de informação atualizada de forma regular, o uso de linguagem acessível à compreensão do familiar, demonstração de empatia, escuta ativa, e a gestão das expectativas dos familiares, (Galinha de Sá & Henriques, 2021).

Assim, no suporte emocional à família, os enfermeiros desempenham um papel fundamental. Torna-se necessário recrutar um cuidar humanizado, alicerçado no acolhimento onde a construção das relações é fulcral, e resulta da interação humana, (Mendes, 2018).

Maximizar o controlo da infeção e resistência a antimicrobianos nos cuidados à pessoa em situação crítica, constitui igualmente uma das competências específicas defendidas no Regulamento 429/2018, que no decorrer das diferentes práticas clínicas, eu me propus desenvolver, particularizando o maximizar o controlo e prevenção de infeção na pessoa com insuficiência respiratória submetida à VMI, em contexto de Emergência Pré-hospitalar, Serviço de Urgência e UCIP.

A formação e monitorização deveriam ser apostas das instituições de saúde, no sentido de promover a qualidade dos cuidados de saúde prestados, prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde indo ao encontro da redução dos custos associados, (Graveto et al., 2018).

Assim, considero ter desenvolvido e adquirido esta competência, conhecendo o funcionamento dos serviços onde decorreram os meus campos de estágio e suas respetivas práticas no que toca à prevenção da infeção, através da consulta das respetivas normas e protocolos referentes à prevenção e controlo de infeção, emanados pelo Programa de

Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) cujas linhas orientadoras são referência, e a prestação de cuidados diretos tendo por base estas mesmas normas e protocolos em vigor.

Referindo-se às infeções associadas aos cuidados de saúde, Gomes et al. (2021) fazem alusão à Ordem dos Enfermeiros (2017), defendendo que estas, decorrem de uma situação clínica causada por agentes infecciosos e as suas toxinas com origem nos cuidados de saúde prestados.

Em contexto pré-hospitalar, no decorrer da minha prática, verifiquei da parte dos profissionais que me acompanharam, bem como da minha, a preocupação em seguir as recomendações baseadas em evidência, no sentido de garantir a segurança dos cuidados prestados e prevenir a possibilidade de contaminação por agentes infecciosos, tanto para a pessoa alvo de cuidado, como para o prestador.

Assim, pude constatar que em contexto pré-hospitalar é realizada: a higienização das mãos, antes e após os eventos, em contexto extra-hospitalar, com solução alcoólica desinfetante que se encontra disponível na viatura, e posteriormente lavagem das mãos com água e sabão sempre que o ambiente fornece as condições e após a chegada à base; o uso de equipamento de proteção individual, nomeadamente luvas e mascarar cirúrgicas e FFP2, cuja carga faz parte da viatura da equipa médica de intervenção rápida, limpeza e desinfeção de equipamentos reutilizáveis ex: lâmina do laringoscópio, pinça de Magill, entre outros, e eliminar e substituir dispositivos de uso único, e equipamentos cortoperfurantes no respetivo contentor, práticas de acordo com medidas de controlo de infeção traçadas pelo PPCIRA.

No caso da técnica de aspiração traqueobrônquica no doente que desenvolve situação de insuficiência respiratória, com necessidade VMI, decorrente de uma paragem cardiorrespiratória, as sondas entre aspirações são trocadas, sendo, portanto, estéreis. Pude observar que devido ao fator tempo não é possível recorrer a luva estéril para segurar sonda de aspiração, sendo a técnica executada adaptada para colocação direta da sonda no tubo endotraqueal.

O comprometimento das funções vitais, em contexto de emergência pré-hospitalar como consequência de uma insuficiência respiratória traduzem, uma insuficiência do fornecimento tecidual de oxigénio pelo habitual metabolismo aeróbio. Assim, é exigido às equipas de socorro a capacidade de implementar medidas que permitam às vítimas estabilização e ganho de tempo, (Spahn et al., 2019, citado por Mota et al., 2021).

Assim, o atendimento pré-hospitalar fornece uma rápida e precoce assistência com intuito de garantir a vida, minimizando sequelas, (Gouveia et al., 2023).

Em contexto de SU desenvolvi esta competência a partir da consulta de normas e protocolos e procedimentos em vigor tais como norma de prevenção da transmissão da tuberculose pulmonar, norma de prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central, norma de atuação perante o vírus ébola em caso de suspeita ou caso confirmado, plano de contingência para atuação no SARS-Cov-2, Coronavírus-Covid 19, infeção pelo coronavirus, prevenção da transmissão cruzada, circular normativa unhas dos profissionais de saúde e princípios associados à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, prevenção e controlo do sarampo, procedimentos sobre a utilização de colchões, almofadas e coberturas para proteção, procedimento sobre medidas aplicáveis exclusivamente no âmbito da gripe, procedimento acerca de ficha técnica e de dados de segurança dos detergentes, prevenção e controlo da infeção nos cuidados pós -morte, prevenção e controlo da legionella e escabiose, prevenção da transmissão cruzada, prevenção e controlo da infeção causada por bacilos gram negativo não fermentativos (*pseudomonas*, *acinetobacter*, etc), prevenção da colonização/infeção cruzada por *staphylococcus aureus* resistente à metilina, limpeza do ambiente, isolamento de doentes, precauções básicas e precauções adicionais, de controlo de infeção baseadas na via de transmissão.

Assim, a consulta destas normas e protocolos reflete a base de um cuidar com o intuito da maximização e prevenção da infeção, e reflete a preocupação do enfermeiro especialista aplicando-se na base dos cuidados ao doente crítico e consequentemente à pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), representa um grave problema que afeta a qualidade da prestação de cuidados, por este motivo cabe aos enfermeiros uma especial atenção, pois podem contribuir para a sua prevenção. As IACS, podem ser originadas por agentes infecciosos de origem endógena, entre outros, presentes na pele, nariz, trato gastrointestinal, ou exógena estando as mãos dos profissionais de saúde habitualmente associadas à sua transmissão, (Graveto et al., 2018).

À chegada do doente crítico, nomeadamente a pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, à unidade de cuidados especiais, que possui o SU Polivalente onde decorreu o meu estágio, é realizado o despiste de *staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) e *klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC), de acordo com a prescrição médica, não se encontrando protocolado. A mesma realidade acontece, com a realização de testes de Covid, não sendo o enfermeiro autónomo na decisão de realização, parte do médico a sua prescrição.

O SU, não sendo uma unidade de cuidados intensivos, possui uma Unidade de Cuidados Especiais, com o intuito de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, nas suas mais variadas afeções, nomeadamente a pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, demandando uma prestação de cuidados referentes à maximização e prevenção da infeção, sobre os mesmos alicerces de regras e normas orientadoras da PPCIRA. Esta unidade possui com 14 camas com um rácio de 2 pias/ 4 camas, onde se faz a lavagem e higienização das mãos com água e sabão ou solução de lavagem com cloroheixidina.

A higienização das mãos é uma prática basilar na prestação dos cuidados de enfermagem na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, (Graveto et al., 2018).

Ao consultar normas e protocolos, que se referem ao doente crítico, e paralelamente se aplicam ao cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, pude igualmente verificar que o serviço possui afixado pelas diversas áreas, os cinco momentos para higiene das mãos dos enfermeiros, o cuidado ao doente com cateter venoso periférico (CVP), o cuidado ao doente com cateter urinário, o cuidado ao doente com cateter venoso central.

Torna-se preponderante a existência de orientações e a sua colocação por meio de cartazes alusivos às práticas de controlo de infeção regulamentadas, em locais estratégicos, promovendo a divulgação desta informação, (Graveto et al., 2018).

O controlo dos fatores relacionados às infeções associadas aos cuidados de saúde, passa também pelo planeamento de metas, bem como o treino dos profissionais nas medidas preventivas de infeção, (Graveto et al., 2018).

Ao longo deste estágio pude também constatar que, apesar elevada procura do SU pelos utentes e o número inversamente proporcional de enfermeiros, a necessidade de realização de procedimentos como algaliação são realizados respeitando a técnica assética.

A qualidade e segurança dos cuidados, são afetados sobretudo, pelas infeções associadas à prestação dos cuidados de saúde, (Gomes et al., 2021).

Ao longo deste estágio tive igualmente a oportunidade de verificar e praticar as bundles para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica (elevação da cabeceira do doente a 30 °C, prestação de cuidados de higiene oral com esponja oral embebida em água (a norma não recomendada uso de cloroheixidina e esta também já não se encontra disponível no serviço) a cada turno e sempre que necessário, aspiração traqueobrônquica com técnica assética, oral, e esta última em especial antes de baixar a cabeceira para por exemplo reposicionar doente no leito.

A situação de doente crítico, nomeadamente pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI exige a prestação de cuidados contínuos, complexos, frequentemente de natureza invasiva. Esta realidade, demanda um desempenho específico, característico do enfermeiro especialista na maximização e prevenção da infeção.

As boas práticas de enfermagem são a base para a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, e paralelamente à redução significativa dos custos que estas impactam no sistema de saúde, (Graveto et al., 2018).

No que toca ao contexto da prática clínica em UCIP, é sabido que as infeções associadas a cuidados de saúde (IACS), são adquiridas em contexto de hospitalar, ou em qualquer outra instituição de saúde, mas que não estavam presentes ou em período de incubação, no momento da admissão do doente. Estas infeções manifestam-se durante o internamento ou mesmo após a alta, (Gomes et al., 2014).

Neste seguimento, a UCI onde decorreu o meu estágio, apresenta solução alcoólica para desinfeção das mãos em cada unidade do doente e uma média de duas pias para 4 camas, para lavagem das mãos com água e sabão ou solução de lavagem com clorexidina. Conforme o protocolo do Serviço, à chegada de cada doente, é realizado o despiste de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC), não dependendo de prescrição médica.

As unidades de cuidados intensivos são consideradas o foco de maior risco de desenvolvimento de IACS. Este fato deve-se aos recursos humanos altamente qualificados que prestam cuidados de saúde ininterruptos, com tecnologia e meios de diagnóstico e terapia avançados, (Gomes et al., 2021).

A particularidade da condição do doente crítico e dos cuidados que demanda esta condição relacionada com o uso de dispositivos invasivos como: cateter venoso central, cateter venoso periférico, sonda vesical, ferida cirúrgica e presença de tubo orotraqueal, relaciona-se diretamente com as infeções associadas aos cuidados de saúde, (Gomes et al., 2014).

Ao consultar normas e protocolos, pude igualmente verificar que o serviço possui afixado na parede da sala de enfermagem, os cinco momentos para higiene das mãos dos enfermeiros, associado a cada técnica nomeadamente: o cuidado ao doente com cateter venoso periférico (CVP), o cuidado ao doente com cateter urinário, o cuidado ao doente com ferida cirúrgica, ao cuidado ao doente com cateter venoso central.

Ao longo deste estágio tive igualmente a oportunidade de verificar e praticar as bundles mais recentes para a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI):

(elevação da cabeceira do doente a 30 °C, verificação da pressão do cuff entre 20 a 30 cmH₂O, aspiração oral, realização dos cuidados de higiene oral com esponja oral embebida em água, ou escova de dentes conectada á sucção com pasta de dentes, (uma vez que a utilização de clorhexidina, já não é recomendada), eliminar após a lavagem oral, a luva da mão dominante, e por fim, validação do cuff novamente, assegurando que pressão se mantém no intervalo preconizado. Em seguida passamos à aspiração subglótica, e posteriormente à aspiração traqueobrônquica com técnica assética. Este procedimento, segundo a norma, deverá ser realizado sempre imediatamente antes, sempre que houver necessidade de antes de baixar a cabeceira do doente de modo a prevenir a pneumonia associada à intubação, (DGS, 2022).

É de referir, que esta norma se refere ao stop infeção 2.0, emanada pela DGS, e foi em consonância com a PPCIRA, adaptada á realidade desta UCIP, tendo em conta a carga de trabalho e o rácio enfermeiros/doente. Assim, ficou assente que neste Serviço em particular, a pressão do cuff seria verificada uma vez por turno, excetuando casos de suspeita de pressão inadequada do cuff, no caso de ser necessário reposicionar o tubo orotraqueal, ou no caso de ser necessário extubar o doente. No que toca á aspiração orotraqueal, ficou determinado que, seria realizada sempre antes de baixar a cabeceira, contudo apenas se houver presença efetiva de secreções. Esta decisão foi tomada com base em não se justificar impor um procedimento invasivo quando não há secreções presentes, prevenindo aumentando do risco de infeção.

Pude verificar que, em termos de processo de enfermagem e subsequentes cuidados, a constância destes princípios da prevenção da infeção são evidentes na prestação dos cuidados de enfermagem ao cliente.

Conclui-se deste modo, que o desempenho do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, é fundamental na prestação de cuidados ao doente crítico com qualidade e segurança, tendo por base um conhecimento científico contínuo e atualizado, (Gomes et al., 2021).

Concluo ter atingido mais uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a que me propus desde a higiene correta e adequada das mãos, á utilização de equipamento de proteção individual e individualizado para cada pessoa/ família alvo de cuidados, através da consulta de normas e protocolos referentes à prevenção de infeção em vigor, bem como a sua aplicação na minha prestação direta de cuidados.

Indo ao encontro do que preconiza as competências específicas do Regulamento 429/2018, em que o Enfermeiro Especialista deve dinamizar a resposta em situações de emergências, exceção e catástrofe, considero ter atingido esta competência. Assim, uma vez que, conhecer o plano de catástrofe do Serviço é uma das responsabilidades do enfermeiro especialista, e sendo os treinos uma oportunidade de reforçar a aprendizagem e o aperfeiçoamento, estes vão ao encontro do que descreve o Regulamento 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”, e as respetivas unidades de competência que o compõem.

O alcance deste objetivo foi ao encontro da competência pelo regulamento defendida, na medida em que, fui procurar conhecer o plano de catástrofe do Serviço Regional da Proteção Civil, e os planos de emergência do SU e UCIP, contextos estes, onde decorreram as minhas práticas clínicas.

Enquanto decorreu o meu estágio em Emergência Pré-hospitalar, fui informada de um simulacro de situação de exceção/ multivítimas que ia ter lugar neste período. Assim, considerei esta, uma oportunidade única, e questionei oportunamente a possibilidade da minha participação, tendo recebido uma resposta positiva.

O referido simulacro de situação de exceção/ multivítimas, foi desenvolvido pela Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira, numa concertação multidisciplinar e pluriprofissional, designou-se de “Acidente de Autocarro no Pináculo”, ocorreu no dia 17 de março de 2024 e foi coberto pelos diversos canais dos meios de comunicação, tendo recebido a visita das autoridades na RAM.

(...) é consensual que o desenvolvimento da qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde, (Ribeiro et al., 2017, p. 91).

Este simulacro de larga escala, envolveu uma equipa pluriprofissional, tendo participado as forças de segurança PSP e GNR, Bombeiros Municipais, Bombeiros Sapadores do Funchal com equipa de resgate de montanha, Comando Regional de Operações de Socorro (CROS), Serviço de Aconselhamento e Triagem Telefónica (STAT) e EMIR.

A enfermagem tem o seu exercício concretizado em intervenções autónomas e, ou, interdependentes, sem prejuízo da autonomia da tomada de decisão, realizadas no âmbito das qualificações profissionais legalmente exigidas e no estrito respeito pelos princípios da dignidade, autonomia e complementaridade funcional, relativamente aos demais

profissionais, trabalhando em cooperação, articulação ou coordenando outros, cuja atuação seja funcionalmente interdependente ou complementar à sua, (OE, 2022, p.179)

A entidade reguladora supracitada, defende ainda que os princípios baseiam-se em três pilares fundamentais, sendo eles, a autonomia e independência existente entre as diferentes profissões de saúde, a inexistência de uma relação de dependência funcional dos enfermeiros relativamente a outras profissões, e por último a distinção das competências próprias da profissão de enfermagem e o respeito pela sua autonomia técnica, conforme regulamentação e deontologia profissional própria.

A minha participação neste simulacro, teve lugar na EMIR, tendo sido designada a minha intervenção para o teatro de operações, na triagem de vítimas, aplicando a metodologia referente ao plano de triagem de emergência multivítimas. Considero, portanto, este simulacro, mais uma oportunidade de treino, fundamental para o desenvolvimento e sedimentação de competências numa abordagem que se quer profissional caracterizada pela disponibilização de cuidados atempados especializados e como tal de qualidade na área da enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A competência traduz-se num domínio prático de uma situação, que não sendo cotidiana como é caso das catástrofes e situações de exceção e multivítimas, necessita do treino dos profissionais preparando-os, (Tavares et al., 2016).

Para Ferreira (2019), pressupõe-se que o enfermeiro especialista é o profissional que reúne as características e competências que, apesar de o integrarem na equipa, diferenciam-no, pela capacidade de observação, avaliação e previsão de complicações, enquanto lidera e coordena intervenções adequadas para a resolução de problemas.

Assim, indo ao encontro do que preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados à pessoa em situação crítica, devem ser prestados, preferencialmente, pelo Enfermeiro Especialista desta área (OMS, 2009).

Nesta mesma linha de pensamento, Almeida (2017), cita a importância das competências específicas do enfermeiro especialista, defendendo a aquisição de ganhos em saúde em Portugal através do reforço do número de operacionais em serviços diferenciados como é o caso, entre outros, dos serviços de emergência pré-hospitalar.

O (...) atendimento pré-hospitalar exerce o papel de salvar vidas. Assim, o desempenho de forma adequada nas diferentes partes do sistema do serviço resulta na efetivação rápida e oportuna do serviço móvel no local que o paciente se encontra, consequentemente prevenindo a morte e/ou sequelas graves, uma vez que os serviços de atendimento pré-hospitalar são responsáveis por realizarem a ponte entre as necessidades de saúde das pessoas fora do âmbito hospitalar, (Gouveia et al., 2023, p.12568).

Dar resposta, minimizando os riscos das catástrofes é fundamental, exigindo aos profissionais de saúde de emergência, prontidão para intervir nesta área. Esta preparação, assenta na sua capacidade e conhecimento teórico, como também, no seu treino, (*United Nations Office for Disaster Risk Reduction*, 2020).

O enfermeiro dever ter como base sólida um conjunto de competências que lhe permita atuar eficientemente em situações de exceção e catástrofe, (*International Council of Nurses (ICN)*, 2019).

Uma das formas de identificar a eficácia e eficiência do plano catástrofe/multivítimas, é através dos simulacros, que devem de ser encarados como exercícios, que se destinam a transmitir conhecimentos, (Wilson, 2001).

A existência de planos de emergência e o seu treino através de simulacros é de suma importância, no sentido de prepara uma resposta eficiente quando situações de exceção, catástrofe e multivítimas ocorrem de facto, (Tagle & Nazarit, 2011).

2.3. Competências de Mestre

Florence Nightingale pioneira que foi no desenvolvimento da enfermagem como a arte do cuidar, estabeleceu os primeiros pressupostos teóricos e criou padrões para a educação e prática da enfermagem. Ainda assim, até ao início do século XX, os cuidados de enfermagem eram fortemente baseados no conceito de “fazer”. Ao direcionar a prática para o alicerce científico, e estabelecer o referencial de padrões de qualidade dos cuidados, proporcionou-se a ampliação e evolução disciplinar e profissional da Enfermagem, (Brandão et al., 2019).

A evidência científica como base do exercício da enfermagem, é diretamente proporcional à evolução que a sociedade tem apresentado ao longo dos tempos, resultando em desafios clínicos de maior complexidade. Esta realidade, demanda conhecimentos, competências e práticas de maior especificidade, qualidade e segurança, encerrando um cuidado adequado às necessidades da pessoa/ sociedade alvo e ganhos em saúde, (Pereira et al., 2016).

A necessidade de conhecimentos altamente especializados, confere ao enfermeiro Mestre, a capacidade de reflexão e resolução de problemas, sustentando uma prática profissional de qualidade, refletindo-se na equipa onde se insere, (Regulamento nº 705/2021).

Assim, indo ao encontro do que defende o regulamento do exercício da prática dos enfermeiros, temos assistido a uma evolução do nível da formação e uma crescente

complexidade de cuidados, que tem exigido a prática. A formação contínua baseada em evidência científica veio conferir qualidade à prestação dos cuidados de saúde e dignificação da classe profissional, (Decreto-Lei nº 104/98).

A formação contínua em enfermagem constitui a pedra basilar do desenvolvimento profissional, promovendo cuidados de excelência, indo ao encontro do cumprimento dos padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, (Santos et al., 2023).

No sentido de uma busca pelo desenvolvimento profissional e formação contínua, orientei o meu percurso de 18 anos de exercício profissional, para uma evolução contínua através da aprendizagem.

Iniciei o meu percurso profissional em Cuidados de Saúde Primários, tendo como objetivo o desenvolvimento das competências referentes a uma enfermeira generalista. Esta minha trajetória, foi, contudo, sempre acompanhada por um interesse pessoal, embora em área distinta, do doente crítico, e o qual me levou a incursar posteriormente pelos cuidados diferenciados, na área hospitalar no serviço de Cardiologia, e mais tarde, já fora do país em área urgência e emergência pré-hospitalar em contexto de mar. Este último, exigiu-me ainda mais formação contínua renovada a cada dois anos, na área de Suporte avançado de Vida Cardíaco, por entidades creditadas (*American Heart Association*), e estudo pessoal, auto-orientado em termos de prestação de cuidados no que toca à atuação em contexto de urgência e emergência pré-hospitalar, baseado em protocolos da entidade empregadora bem como avaliações frequentes orais e de desempenho através de treinos e simulacros.

A minha necessidade de formação contínua baseada em evidência científica atualizada, também me levou à realização de curso na área de Emergência Pré-Hospitalar (PHTLS), levado a cabo nas instalações da Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira lecionada pela Associação de Formação na área de Emergência Médica em 2021.

No meu percurso profissional, encontro-me atualmente a exercer cuidados de enfermagem em bloco operatório especificamente na área de anestesia, e a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Todo este percurso laboral e a formação contínua levou-me a procurar desenvolver habilidades/competências atualizadas no cuidar da pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento de todo este percurso até ao momento, permitiu o ganho de competências aprofundadas no cuidar da pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a VMI, resultando numa progressão e reforço de aptidões a vários níveis. Estes, referem-se ao aprofundamento na avaliação do diagnóstico, do planeamento, da intervenção, da avaliação de ganhos de saúde no cuidado à pessoa em situação crítica, na formação contínua alicerçada

em evidência, no conhecimento sobre as políticas de saúde inerentes ao contextos das práticas clínicas e do local onde atualmente exerço funções, na gestão e priorização de situações críticas que me foram e são continuamente exigidas, na orientação de estudantes em contextos de ensino clínico, nomeadamente estudantes do curso de licenciatura, assim como na integração no Serviço de novos profissionais, promovendo ativamente o funcionamento em equipa. Assim o desenvolvimento e fortalecimento destas características contribuíram ativamente para o desenvolvimento e complemento da minha trajetória na aquisição das competências de Mestre.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos mais aprofundados como também, deveres acrescidos no que diz respeito á responsabilidade profissional, ético-legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e discência contínua. Assim, este percurso alicerçou e deu foco à minha procura pela mestria nesta profissão, referente à minha área de interesse “cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI”. Este tema vem a enquadrar-se ao abrigo do Regulamento nº 429/2018, das competências específicas.

O desenvolvimento destas competências deu-se de forma orientada, com base na minha experiência profissional, formações com base científica atual que já trazia, nos alicerces teóricos e formações lecionadas ao longe deste curso, através da aplicação do processo de enfermagem aliado a uma teórica de enfermagem, permitindo avaliar, diagnosticar, prescrever e apreciar os resultados obtidos, através da pesquisa bibliográfica, consulta de normas e procedimentos, estudo pessoal, da observação/colaboração participativa, no desenvolvimento da crítica reflexiva no quotidiano e nas várias reflexões que desenvolvi com base no Ciclo de Gibbs, através do desenvolvimento do projeto de autoformação que no meu caso incidiu nas competências do cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, da auto e hétero avaliação e da prestação de cuidados diretos que assumi no decorrer dos meus diferentes campos de estágio, na área do doente crítico, com especial enfoque no “cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI”.

A formação contínua tem um papel determinante para a atividade hospitalar e para o exercício profissional daqueles que nele trabalham, visando a segurança e a qualidade na saúde, (Proença et al., 2021).

Assim sendo, a aquisição de competências que permitem cuidar da pessoa em situação crítica, nomeadamente com Insuficiência Respiratória submetida a VMI, traduz-se

num processo reflexivo sobre a prática diária, e é uma aprendizagem que se quer contínua ao longo do exercício profissional, no sentido de alcançar a excelência, constituído por isso, o objetivo do enfermeiro Mestre.

A formação contínua tem o potencial transformador de promover o pensamento crítico e reflexivo, conduzindo a mudanças no sentido de um maior compromisso ético e profissional, (Proença et al., 2021).

O meu projeto de autoformação (PAF), foi desenvolvido no decorrer do estágio de opção dirigindo-o a dois contextos de prática clínica diferentes (Emergência Pré-Hospitalar e UCIP).

O PAF, baseou-se especificamente em adquirir e sedimentar as competências advogadas pelo Regulamento 429/2018, desenvolvendo o cuidar à pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, tendo em conta complexidade da situação e a necessidade de resposta em tempo útil e adequado, para o seu cuidar. Deste modo, atendi à pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, cuidar na dor, cuidando da sua família a vivenciar processos complexos inerentes à doença crítica, maximizando a intervenção na área de prevenção e controlo da infeção, assim como na área geral do doente crítico o dinamizar da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação.

Deste modo, foi através do meu projeto de autoformação que desenvolvi e consolidei as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica no ramo crítico, mais especificamente no cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI. O desenvolvimento do PAF, permitiu-me desenvolver conhecimentos específicos, bem como, a capacidade de análise, compreensão e reflexão da realidade prática, aspetos fundamentais para a sistematização e uniformização, da prática dos cuidados.

Assim, o PAF Teve como princípio orientador o desenvolvimento de um cuidado otimizado, tendo por base um conhecimento especializado, atual e fundamentado, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, o PAF, permitiu-me compreender a realidade do cuidar da pessoa não apenas, mas também e mais especificamente no contexto da pessoa com insuficiência respiratória submetida ao VMI, bem como o avaliar, diagnosticar, planificar os cuidados, de acordo com esta realidade e reavaliar os resultados obtidos, nomeadamente os ganhos em saúde para a pessoa e família alvo. Este é foi um processo contínuo, reflexivo, cujo intuito foi a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestado pelo próprio, e que impactam

diretamente o alvo dos cuidados, e a própria equipa, constituindo por isso uma competência de Mestre.

O enfermeiro Mestre tem por base um conhecimento especializado numa área específica, um desenvolvimento de pensamento crítico, capacidade de tomada de decisões complexas assim como habilidades técnicas, refletindo perícia, autonomia e liderança, (Ribeiro et al., 2018).

No sentido de desenvolver estas competências de Mestre, achei por bem desenvolver e enriquecer o meu estágio de opção contemplando para além da UCIP, a área da Emergência Pré-hospitalar, mantendo o foco na área específica do cuidar da pessoa com insuficiência respiratória submetida a VMI, bem como solicitei para participar no simulacro de vítimas em massa organizado pelo Serviço de Proteção civil, já descrito anteriormente.

Assim, considero ter ido além das práticas clínicas mandatórias (SU, UCIP) ao longo deste curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, abrangendo deste modo, as três principais áreas de atuação enfermagem médico cirúrgica no ramo crítico e incluindo a dinamização da resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, somando ao meu percurso valor com mais conhecimento e experiências.

O enfermeiro Mestre compreende competências num campo de conhecimentos específico, sendo determinante o domínio de novos conhecimentos em campos de práticas clínicas de referência, (Ribeiro et al., 2018).

No decorrer desta trajetória do curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, especificamente no que concerne à pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a VMI, procurei desenvolver competências, recrutando recursos, capacidades e conhecimentos, atempadamente, no sentido de prestar cuidados adequados e diferenciados à pessoa e família alvo.

Assim, tendo por base as necessidades do alvo dos meus cuidados, procurei promover as suas funções vitais, minimizar riscos, e prevenir complicações, com o objetivo de uma prestação de cuidados seguros. O desenvolvimento destas competências deu-se a partir do indispensável pensamento/ reflexão crítica acerca das práticas e vivências, fazendo-se fundamental mediante a complexidade das situações, alicerçando a tomada de decisões adequadas.

Deste modo compete ao Enfermeiro Mestre não apenas a prestação de cuidados diretos à pessoa alvo, como também a habilidade de perante cenários distintos ter capacidade

saber abordar, gerir e supervisionar, tornando-se assim uma referência para a sua equipa/pares.

Assim, no decorrer do meu percurso neste Curso de Mestrado, pude verificar que a prestação de cuidados de excelência, tem como pedra basilar o processo de enfermagem. Este constitui um alicerce, que antevê ganhos em saúde para a pessoa e a sua família, pois contempla focos, diagnósticos, intervenções autónomas e interdependentes, que são prescritas, adequadas e adaptadas a cada plano de cuidados.

Pude constatar, que os cuidados de excelência se integram num trabalho interdisciplinar e altamente diferenciado, pois encontra-se alicerçado na metodologia de trabalho (ABCDE) e/ou nos fluxogramas (SU – Triagem Manchester) e no atendimento STAT (Emergência Pré-hospitalar), discriminando prioridades. A capacidade de priorização exige o diferenciador do pensamento crítico-reflexivo no sentido de promover a adequação e qualidade dos cuidados no sentido da sua excelência. Verifiquei que a excelência dos cuidados também se alicerça na formação contínua atual e perícia que o enfermeiro especialista veio a desenvolver ao longo da sua carreira. Assim, o enfermeiro especialista é, de entre todas as classes profissionais com quem articula, o profissional mais capacitado para a conceção, gestão, supervisão clínica, não compreendendo apenas a prestação direta dos cuidados de saúde. O diagnóstico e a avaliação dos indivíduos e das respetivas famílias, bem como a gestão dos seus problemas, garantindo uma tomada de decisão adequada a cada situação, vai ao encontro das competências de Mestre.

A procura pelo conhecimento e desenvolvimento profissional no sentido de uma prestação de cuidados de qualidade, é um princípio fundamental a manter ao longo de toda a vida profissional. Desta forma, ao frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, e através dos diversos contextos da prática clínica onde decorreram os meus estágios, desenvolvi uma trajetória que se assumiu como pilar estruturante no desenvolvimento e aquisição das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

CONCLUSÃO

Com a concretização deste Estágio com Relatório, verifiquei ter atingindo o objetivo a que me propus. Assim, a sua elaboração, permitiu-me fazer uma retrospectiva do meu percurso formativo enquanto formanda do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em situação Crítica.

Com o decorrer do curso fui direcionando a aprendizagem nos ensinamentos clínicos (UCIP, SU, Emergência Pré-Hospitalar), incluindo estágio de opção (Emergência Pré-Hospitalar/ UCIP), para a minha área de interesse, elegendo o “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”, onde desenvolvi o meu Projeto de Auto Formação, estudo de caso com processo de enfermagem fundamentado baseado em Nancy Roper e Refleti segundo o ciclo de Gibbs, sobre a abordagem da família a vivenciar processos de situação crítica do seu familiar em diferentes contextos clínicos (UCIP/ SU/ Emergência Pré-Hospitalar).

Esta foi uma trajetória de aprendizagem, acompanhada pelo professor orientador e pelos enfermeiros de referência nos Serviços, tendo se tornado numa experiência enriquecedora. Com este percurso acompanhado, a partir da formação, estudo, pesquisa, planificação, recrutamento de conhecimentos específicos e sua aplicação nas práticas foi-me possível prestar e melhorar continuamente os cuidados, no sentido de promover a sua qualidade, alcançando os meus objetivos de desenvolvimento das competências Comuns, Específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre na área do cuidar da pessoa em situação crítica, particularmente no “Cuidar da Pessoa com Insuficiência respiratória submetida a VMI”. Deste modo, desenvolver competências comuns, específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre no “Cuidar da Pessoa com Insuficiência respiratória submetida a VMI”, foi o meu objetivo perspectivado e alcançado.

A concretização dos meus objetivos teve como alicerces o processo de enfermagem com base em Nancy Roper, o estudo e pesquisa de conhecimentos específicos da pessoa em situação crítica no geral, e na minha área de eleição em particular, uma metodologia de abordagem que permite a sistematização dos cuidados, o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo. Pude verificar que estas são as bases que o enfermeiro especialista e Mestre traz à prática, visando uma resposta adequada e em tempo útil, gerindo particularmente cada situação, pessoa e família, tornando-se uma referência para a equipa e para seus pares.

Assim o desenvolvimento das competências comuns, específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre particularmente no “Cuidar da Pessoa com Insuficiência respiratória submetida a VMI” com base no anteriormente descrito, incidem sobre a promoção da ventilação adequada, prevenção de complicações associada à VMI, com base na identificação e antecipação de focos de instabilidade, na identificação e alívio da dor, na maximização de medidas e prevenção da infeção, e no cuidar da família que se encontrava a vivenciar o delicado processo de doença crítica.

Relativamente aos desafios sentidos nesta jornada, devo dizer que o percurso revelou-se tão intenso quanto enriquecedor. Assim, o “Cuidar da Pessoa com Insuficiência Respiratória submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”, tanto pela exigência na sua concretização, como pelo meu contexto de trabalhador/estudante, tornou esta jornada num desafio pessoal, que me estimulou e orientou a desenvolver e a alcançar as competências de enfermeiro especialista e mestre a que me propus.

Assim, partindo das oportunidades que foram surgindo, ao longo de todo o meu percurso, tanto em contexto de estudo auto-orientado, como de prática clínica sob orientação dos enfermeiros de referência, e académico sob orientação da professora orientadora, fui trabalhando continuamente o meu desempenho, no sentido de alcançar as metas a que me desafiei.

A partir deste meu percurso, considero ter alcançado as competências de Enfermeiro Especialista e Mestre, que o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em situação Crítica, nos estimulou a desenvolver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Almeida, R. (2017). AEEEMC luta pela valorização profissional e económica dos enfermeiros especialistas. *Jornal Enfermeiro, Contexto, Competência e Necessidades da Enfermagem*. Retrieved from <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1517-aeemc-luta-pelavalorizacaoprofissional-e-economica-dos-enfermeiros-especialistas.html>
- Alves, H. L. C., Lima, G. S., Albuquerque, G. A., Gomes, E. B., Cavalcante, E. G. R., & Viana, M. C. A. (2021). Uso Das Teorias De Enfermagem Nas Teses Brasileiras: Estudo Bibliométrico. *Cogitare Enfermagem*, 26, 374–395. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of American psychological association* (7th ed.). Author.
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J. & Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Batalha, C. L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 7–16.
- Bäcklund, K., Persson, K., & Haziabdic, E. (2018). Intensive Care Nurses' Experiences of Caring for Intubate Patients under Light Sedation: A Qualitative Study. *Open Journal of Nursing*, 8, 473 – 484
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto (translated from From Novice to

Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001, London: Pearson Education).

Benner, P, Kyriakidis, P. H., Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach (Second Edition). Springer Publishing Company, LLC.

Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L., Primo, C. 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(2), 604–608. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>

Campos, J. F. R., Godoy, M. D. P., Souza, L. C., Coutinho, W. M., & Junior, L. A. F. (2019). Insuflador-exsuflador mecânico versus manobra PEEP-ZEEP em pacientes em ventilação mecânica prolongada. *Fisioterapia Brasil*, 20(4), 462–467. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i4.2299>

Costa, A. (2021). Ventilação mecânica invasiva: Um resumo/ Colunistas. *Comunidade Sanar*. (Consultado a 03 Fev. 2024), Disponível em Ventilação mecânica invasiva: um resumo | Colunistas - Sanar Medicina

Decreto Lei nº 104/98. Diário da República I-A Série. 93 (1998-04-21) 1739- 1757. [consult. 22 jul 2024]. Disponível em: WWW: Decreto-Lei n.º 104/98 | DR (diariodarepublica.pt)

Dias, J. A. A., David, H. M. S. L., Rodrigues, B. M. R. D., Peres, P. L. P., Pacheco, S. T. A., & Oliveira, M. S. (2017). A moral e o pensamento crítico: competências essenciais à formação do enfermeiro. *UERJ Nursing Journal / Revista Enfermagem UERJ*, 25, 1–5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26391>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação**. 2022. Acessível em “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Portal das Normas Clínicas (min-saude.pt)

- European Society of Critical Care (2014). Basic Assessment and Support in Critical Care. Department of Anaesthesia & Intensive Care, *The Chinese University of Hong Kong*, Shatin, Hong Kong.
- Fernandes, M. J. C. & Silva, A. L. (2016). Os Significados do Cuidado de Enfermagem à Família em uma Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 10(6):1899-908. <https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201601>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Galinha de Sá, F. L., & Henriques, H. M. S. R. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing / Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 26, 103–116. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- Garcia, T. F., Alonso, C. S., Borges, E. L. (2023). Processo de enfermagem no paciente com ferida crônica na atenção primária e secundária: revisão de escopo. *Enferm Bras.* 22(3):395-408. doi: 10.33233/eb.v22i3.5423
- Gonçalves, F. R., Marques, P. V., Oliveira, J., Ricardo, C., Soares, M., Valadas, F., & Ventura, C. (2020). Value-Based Healthcare em Portugal- exemplos práticos. In Gonçalves, F., R. A *Gestão de Saúde Baseada no Valor- Casos e Experiência Portuguesa*(1ªed.) (pp.89-108). Edições Almedina, S.A.
- Gouveia, L. M., Piran, C. M. G., Ludwig, E. F. S. B., Aroni, P., & Haddad, M. C. F. L. (2023). Indicadores de avaliação dos serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência: Revisão integrativa. *Saúde Coletiva*, 13(85), 12564–12569. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i85p12564-12575>
- Gomes, A. C., de Carvalho, P. O., Alves Lima, E. T., Gomes, E. T., Valença, M. P., & de Almeida Cavalcanti, A. T. (2014). Caracterização Das Infecções Relacionadas À Assistência À Saúde Em Unidade De Terapia Intensiva. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 8(6), 1577–1585. <https://doi.org/10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201417>

- Gomes, S. M. L., Martins, M. D. S., & Alves, M. J. G. (2021). Quality index in centralvenous catheters maintenance in an intensive care unit. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20181>
- Gonçalves, C. & Branco, M. A. R. V. (2021). Competência emocional e assertividade dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico e família. *RevSALUS – Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 3, 90.
- Graveto, J. M. G. N., Rebola, R. I. F., Fernandes, E. A. & Costa, P. J. S. (2018). Higiene das mãos - adesão dos enfermeiros após processo formativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1189–1193. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0239>
- Guimarães, J. O., Santos, L. N., Barreto, P. L., Melo, L. S., Andrade, J. S., & Costacurta, F. J. P. S. (2020). Panorama do processo de enfermagem no brasil: uma revisão integrativa. *Enfermagem Atual in Derme*, 94(32), 1–11. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.926>
- Guzmán, C., Llaguno, P., Luyo, M., & Cieza, J. (2018). Situación del estado ácido-base de Pacientes incidentes a la emergencia de Medicina de un hospital nacional de Lima Perú y su asociación a variables clínicas. *Revista Medica Herediana*, 29(1), 11–16. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i1.3255>
- Hovnanian, A., Carvalho, C. (2012). *Insuficiência Respiratória Aguda*. (Consultado a 3 deFev. 2024). Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2152/insuficiencia_respiratoria_aguda.htm
- Italo, J. M. S., Moura, L. T. R., Lacerda, L. C. A., Araújo, B. V. M., Nascimento, C. E. S., Damasceno, C. M. D., & Lima, K. S. B. (2023). Análise da sistematização da assistência de enfermagem a pessoas com ventilação mecânica invasiva. *Enfermagem Brasil*, 22(6), 868–885. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5458>
- Kosminsky, E. (2023). Ventilação Mecânica Invasiva: Indicações, Modos e Parâmetros. *Medicina de Emergência Medclub*. Medicina de Emergência: Ventilação mecânica invasiva: indicações, modos e parâmetros

- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T., & Costa, T. (2015). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, (29). Acessível em <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/384>
- Melo, L. S., Figueiredo, L. S., Pereira, M. J. V., Flores, P. V. P., & Cavalcanti, A. C. D.(2019). Efeito do programa educativo na qualidade do registro do Processo de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 246–253. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900034>
- Mendes, A. P. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 182–189. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mortensen, C., Kjaer, M., & Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 52, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Reis Santos, M. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20114>
- Nigri, R. B., & Silva, R. F. A. (2022). Hemodialysis in the context of COVID-19: care, nursing protagonism and quality. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, 1–6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1077>
- Oliveira, T. M. C., Bucoski, S. S., Koeppe, G. B. O., Santos, A. G., Pereira, L. S., & Cerqueira, L. N. C. (2020). Repercussões hemodinâmicas e ventilatórias do paciente em ventilação mecânica invasiva na mudança de decúbito. *Nursing São Paulo*, 23(261), 3600–3606.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios Básicos da Arquitetura e Principais Requisitos técnico – funcionais. Processo de Enfermagem CIPE OE 2007.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Lei n.º156/2015 de 16 de setembro
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamentos das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas. Regulamento 392/2018
- Organização Mundial de Saúde. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44061/9789241597746_por.pdf;jsessionid=D50A58AD5D2B4AE9F6B82B5EB4C0E92D?sequence=3
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Disponível em: Manual da qualidade da OMS 2022.pdf
- Patel, B. (2022). Manual MSD. Insuficiência Respiratória Hipoxémica Aguda (IRHA, SARA). Online Originals. Insuficiência respiratória hipoxêmica aguda (IRHA, SARA) - Medicina de cuidados críticos - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com)
- Patel, B. (2022). Manual MSD. Insuficiência Ventilatória. Online Originals. Insuficiência ventilatória - Medicina de cuidados críticos - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com)
- Patel, B. (2022). Manual MSD. Visão Geral da Insuficiência Respiratória. Online Originals. Visão geral de insuficiência respiratória - Medicina de cuidados críticos - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com)
- Patel, B. (2022). Manual MSD. Visão Geral de Ventilação Mecânica. Online Originals. Visão geral de ventilação mecânica - Medicina de cuidados críticos - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com)
- Pereira, R., Carneiro, A. V., Figueiredo, M. C. A. B. (2016). Enfermagem Baseada na Evidência (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto. Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar, Porto. Resultado da pesquisa - Ordem dos Enfermeiros (ordemenfermeiros.pt)

Pinto, A. C. P. & Mota, L. A. N. (2023). Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Prática Baseada em Evidência. *RIIS: Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, (6), 19-21. Pesquisar | Revista de Investigação & Inovação em Saúde (essnortecvp.pt)

Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F, Mota, L. A. N., & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), 1–6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

Preto, L. S. R., Martins, M. D. S., Brás, M. A. M., Pimentel, M. H., & Fernández-Sola, C. (2015). Portuguese nursing: analysis of knowledge production and dissemination through institutional repositories. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 35–43. <https://doi.org/10.12707/RIV14071>

Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). O Papel Da Formação Profissional Contínua No Processo De Humanização Do Ambiente Hospitalar. *Onco.News*, 42, 30–37. <https://doi.org/10.31877/on.2021.42.04>

Ramos, O. M., Oliveira, R. C., Sá, J., Augusto, C., & Gomes, M. J. (2023). Influência da liderança clínica em enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados: protocolo de scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(2), 32–42. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i2.494>

Regulamento 613/2022. Diário da República II Série. 131 (08-07-2022) 179 [Consult. 25 Set. 2024]. Disponível em [regulamento_6132022.pdf](#) (ordemenfermeiros.pt).

Regulamento n.º 429/2018. Diário da República II Série. 135. (16-07-2018) 19359-19370. [Consult. 14 nov 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

- Regulamento nº 140/2019. Diário da República II Série. 26. (06-02-2019) 4744- 4750. [Consult. 14 nov 2023]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº 705/2021. Diário da República II Série. (27-07-2021) 5-13. [Consult. 22 Jul 2024]. Disponível em WWW: Decreto-Lei n.º 27/2021 | DR (diariodarepublica.pt)
- Ribeiro, B. M. S., & Dalri, R. C. M. B. (2022). Teorias norteadoras de Enfermagem com foco nos cuidados paliativos. *Journal of Nursing & Health*, 12(1), 1–5. <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2254>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S. & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV (14), 88-103. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ribeiro, V. S., Garbuio, D. C., Zamariolli, C. M., Eduardo, A. H. A., & Carvalho, E. C. (2018). Simulação clínica e treinamento para as Práticas Avançadas de Enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(6), 659–666. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800090>
- Rocha, E., Farias de Oliveira, E. P., & Lemes, G. E. (2018). Assincronia durante a Ventilação Mecânica Invasiva: Uma Revisão Na Literatura. *Revista Inspirar Movimento & Saude*, 4, 1–12.
- Rodrigues, D., Pires, E., Gomes, V., & Araújo, I. (2015). Intubação Endotraqueal – Um Dilema na Assistência Pré-hospitalar. *Pensar Enfermagem*, 62–75. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v19i1.104>
- Roper, N. Logan, W. Tierney, A. (2001). O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: Baseado nas Atividades de Vida Diária. (1.ª ed.). (translated from The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing, Lisboa : Climepsi).
- Sabeh, A. C. B., Silva, D. C., Wysocki, A. D., Santos, M. A., Barcelos, L. S., & Dos-Santos, E. M. (2023). (Des)Conhecimento De Enfermeiros No Manejo Da Ventilação Mecânica Invasiva: Revisão Integrativa. *Enfermagem Atual in Derme*, 97(1), 1–14. <https://doi.org/10.31011/raid-2023-v.97-n.1-art.1569>

- Society of Critical Care Medicine. (2008). Suporte Básico em Cuidados Intensivos (2ª ed.). Editora Médica Alliance for World Wide Editing. (translated from FCCS Fundamental Critical Care Support, 2008, 4ª ed., EUA: Society of Critical Care Suport).
- Santos, C., Rocco, P., Abreu, M. (2023). Ventilação mecânica em anestesia. Manica J(Ed.), *Anestesiologia*, 4e. McGraw Hill. Disponível em: Education. <https://accessartmed.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3425§ionid=283720093>
- Santos, C., Pereira, N. E. R., Vieira H. P. M., Silva, T. G., Silva G. S. G., Cardoso S. N. J., & Chiodelli S. N. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Anna Nery School Journal of Nursing /Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 24(2), 1–7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>
- Santos, R. E. N., Afonso, A. M., Marques, G. S., & Reis, S. M. (2023). ENFERMEIRO GESTOR E O TRABALHO EM EQUIPA: UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA...VI International Conference on Health Research. *RIIS: Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 6, 10.
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde, Plano de Ação. Disponível em: [SNS -Plano-de-Ação-Humanização-Qualidade-dos-Cuidados-de-Saúde 2024.pdf](#)
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (12ª ed.) (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Silva, D. C., Pagliuco, B. T., Soler, B. A., & Beccaria, M. L. (2017). Association between intensities of pain and sedation in intensive care patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 240–246. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700037>
- Suzin, G. O., Pereira, E. P., Lima, C.M., Boff, G.A., Gerck, M. I., Nobre, M. O. (2022). Depressão Respiratória na Anestesia Geral com Propofol, Lidocaína e Dexmedetomidina. In XXIX Congresso de Iniciação Científica, Pelotas.

- Szmuk, P., Ezri, T., Evron, S., Roth, Y., & Katz, J. (2008). A brief history of tracheostomy and tracheal intubation, from the Bronze Age to the Space Age. *Intensive care medicine*, 34(2), 222–228. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0931-5>
- Swearingen, P. L., Keen, J. H. (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos* (4ª ed.). Lusociência. (translated from Manual of Critical Care Nursing, 2001, 4ªed., USA: Mosby).
- Tagle, E. L., & Nazarit, P. S. (2011). El terremoto de 2010 en Chile: respuesta del sistema de salud y de la cooperacion internacional. *Pan American Journal of Public Health / Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2), 160–166.
- Tavares, C., Gama, L., Souza, M. T., Paiva, L., Silveira, P., & Mattos, M. (2016). Competências Específicas Do Enfermeiro De Saúde Mental Enfatizadas No Ensino De Graduação Em Enfermagem. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing / Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 25–32. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0137>
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction - **Annual Report**. 2020. Acessível em UNDRR Annual report 2020 | UNDRR
- Vaz, S., Sofia Loureiro, A., Sofia Vilela, A., Martins, J., Felix, A., & Novo, A. (2022). Terapia Vibro-Oscilatória Na Reabilitação Da Função Respiratória Da Pessoa Com Atelectasia Pulmonar: Relato De Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 30–39. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.198>
- Walter, J. M., Corbridge, T. C., & Singer, B. D. (2018). *Invasive Mechanical Ventilation* acessível em: <https://doi.org/10.14423/SMJ.00000000000000905>
- Wilson, M. (2001). Preparação de Operações de Emergência. In S. Sheehy`s (Ed.) *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (4ª ed.) (pp.215-22). Lusociência. (Translated from Emergency Nursing – Principles and Practice, 2001, 4ª ed., Georgia: Mosby).