



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Via Verde Sépsis, uma prática de qualidade

Vítor Manuel Gonçalves Elias

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação crítica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Via Verde Sepsis, uma prática de qualidade

Vítor Manuel Gonçalves Elias

Orientação: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação crítica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Eugénia Grilo

Arguente: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Orientador: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Setúbal, 2023

“Lute. Acredite. Conquiste. Perca. Deseje. Espere. Alcance. Invada. Caia. Seja tudo o quiser ser, mas acima de tudo, seja você sempre”.

Hudson Alves

DEDICATÓRIA

A razão da minha força, do meu esforço e trabalho se manterem até ao fim, é a minha família que é igualmente o motivo do meu coração e alma se manterem unidos e intactos. Dedico toda esta caminhada a vós, a minha motivação para batalhar todos os dias em frente, a minha maior felicidade. Se sou um homem bem sucedido em algo na vida é primeiro na família que tenho e depois sim na minha carreira profissional. Sou grato por todas as palavras e olhares de apoio. E por todos os momentos que abdiquei para a construção deste trabalho, agradeço a compreensão dos mais próximos. Não teria tanta resiliência e a vossa companhia foi desde sempre tudo o que precisei. É um amor incondicional que nunca conseguirei explicar, obrigada a vocês. A minha dedicatória reduz-se a agradecer a vossa existência e cumplicidade, porque são vocês que me movem para ser a pessoa que sou e atingir os objetivos que assim decidir. À minha família, ao meu tudo.

AGRADECIMENTOS

Aos enfermeiros dos serviços clínicos, onde realizamos os estágios, pelo seu conhecimento, disponibilidade, e partilha de vivências.

Pela companhia boa disposição e trabalho, agradeço à minha querida amiga e colega Adelaide por ter feito parte deste trajeto.

Aos colegas do tronco comum e posteriormente da especialidade do mestrado, pela amizade, boa disposição, positivismo, companheirismo, palavras de incentivo e momentos de aprendizagem partilhados.

À professora Alice Ruivo pela sua compreensão, disponibilidade e pela sua orientação nos momentos mais perdidos deste percurso.

E por fim, mas não menos importante à minha família, que muitos momentos de angústia e dúvida presenciaram e que com o seu apoio e incentivo tornaram a chegada à meta possível.

RESUMO

O presente trabalho pretende descrever o percurso realizado no estágio final, decorrido no serviço de urgência de um Centro Hospitalar a sul do Tejo de 16 de setembro a 26 de janeiro de 2023. Descrevemos e analisamos as atividades realizadas ao longo do mesmo, que possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de mestre em enfermagem, essenciais para uma abordagem qualificada ao utente crítico.

O projeto de intervenção major, foi desenvolvido e descrito, de acordo com a metodologia de projeto e apoiado pelo modelo conceptual holístico de Myra Estrin Levine. Teve como finalidade, melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com suspeita de sépsis ou em choque séptico.

A realização deste relatório possibilitou, descrever todo o trajeto formativo e efetuar uma análise fundamentada, crítica e ponderada de todo o processo de obtenção e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e as de Mestre em enfermagem

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica, Sépsis, Pessoa em Situação Crítica, Serviço de Urgência

ABSTRACT

This study aims to describe the final internship, which took place in the emergency department of a Hospital Centre south of the Tejo River from September 16 to January 26, 2023. We describe and analyse the activities carried out throughout the internship, which enabled the acquisition and development of medical-surgical nursing specialist and master's degree in nursing skills, which are essential for a qualified approach to the critically ill patient.

The major intervention project was developed and described according to the project methodology and supported by Myra Estrin Levine's holistic conceptual model. Its purpose was to improve the quality and safety of the care provided to critically ill patients with suspected sepsis or septic shock.

The completion of this report made it possible to describe the whole formative journey and make a reasoned, critical and thoughtful analysis of the whole process of obtaining and developing skills from nurse specialist in Medical-Surgical Nursing to the Person in Critical Situation and those with a Master's degree in nursing

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Sepsis, Critical Care Patient, Emergency Department

LISTA DE ABREVIATURAS

et al.- e outros

nº - número

p. - página

SIGLAS E ACR NIMOS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BMC1 – Balcão Médico-Cirúrgico 1

BMC2 – Balcão Médico-Cirúrgico 2

CMFRS - Centro de Medicina Física e de Reabilita o do Sul

CH X – Centro Hospitalar a sul do Tejo

DIE - Departamento de Investiga o e Ensino

DGS – Dire o Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EF- Estágio Final

EMC3 – Enfermagem médico-cirúrgica 3

EMC-  PSC – Especialidade Médico-Cirúrgica   Pessoa em Situa o Crítica

IACS – Infec o Associada aos Cuidados de Saúde

ITLS – International Trauma Life Support

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ME – Mestre em Enfermagem

MTP – Metodologia de Trabalho de Projeto

OBS – Sala de Observa o

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precau es Básicas de Controlo de Infec o

PIM – Projeto de Interven o Major

PNSD- Plano Nacional de Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Preven o e Controlo das Infec es e Resistência a Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exer cio Profissional em Enfermagem

RMN - Ressonância Magnética Nuclear

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

UC – Unidade Curricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

UH – Unidade Hospitalar

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVS – Via Verde Sépsis

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	14
1 APRECIACÃO DO CONTEXTO	17
1.1 Centro Hospitalar a sul do Tejo	17
1.2.1 Serviço de Urgência Polivalente.....	18
1.2.1.1 Estrutura Recursos Físicos e Materiais	19
1.2.1.2 Recursos Humanos	23
1.2.1.3 Análise da organização de trabalho da equipa de saúde e da produção de cuidados	24
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCETUAL.....	29
2.1 Modelo Conceptual de Myra Estrin Levine.....	29
2.2 Breve Enquadramento teórico sobre Sépsis.....	38
3 PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR	40
3.1 Diagnóstico de Situação.....	40
3.2 Definição de Objetivos	42
3.3 Planeamento e Execução	42
3.4 Avaliação	45
4 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	47
4.1 Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.....	48
4.2 Análise Reflexiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem.....	59
5 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

INDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1- Hipotermia/Normotermia Atualização	85
Apêndice 2- Resumo do Artigo Científico.....	94
Apêndice 3- Plano de Sessão	99
Apêndice 4- Via Verde Sépsis um realidade para ficar.....	102
Apêndice 5- Divulgação da Formação	108
Apêndice 6- Questionário de Avaliação da Formação.....	110
Apêndice 7- Cartaz do Algoritmo da Via Verde Sépsis.....	115
Apêndice 8- Pósteres com critérios de inclusão da Via Verde Sépsis	117
Apêndice 9- Ficheiro de Ativação/Desativação da Via verde Sépsis no ALERT.....	119
Apêndice 10- Auditoria à Higienização das Mãos (I).....	127
Apêndice 11- Auditoria à Higienização das Mãos (II)	133

INDÍCE DE ANEXOS

Anexo 1- Certificado de participação no 1º Webinar do Projeto INFFUCI CIDNUR A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem	140
Anexo 2- Certificado de participação no International Trauma Life Support(ITLS).....	142
Anexo 3- Certificado de Participação no Advanced Life Support Operacional (ALS).....	144

INTRODUÇÃO

Na enfermagem em Portugal, ao longo dos tempos, têm-se verificado alterações significativas. Estas associam-se com os resultados da investigação científica e com os próprios avanços da profissão, de acordo com as necessidades verdadeiras da nossa população. Tendo em conta a evolução do ensino e da profissão de enfermagem as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, têm o direito a usufruí-los com qualidade, tornando-se assim importante que cada profissional, mantenha um processo de formação contínua.

O presente documento desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, concretizando-se através de um trabalho descritivo, de reflexão e análise do Estágio Final (EF), do curso de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica (EMC-A PSC),

Pretendemos com este trabalho descrever o trajeto formativo, de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-A PSC, bem como, as competências de Mestre em Enfermagem (ME), através de uma metodologia crítico-reflexivo fundamentado em pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas e trabalhos de investigação, com vista à obtenção do título de enfermeiro especialista em EMC- A PSC, bem como o de mestre em Enfermagem, após apresentação em provas públicas.

O processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, foi iniciado, com a execução do Projeto de Aprendizagem seguindo-se o Projeto Intervenção Major (PIM), onde esboçámos objetivos a atingir e delineámos as estratégias e atividades a desenvolver, com vista à aquisição e desenvolvimentos das competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem na sua área de intervenção, neste caso, EMC- A PSC. É de salientar que este PIM foi um guia mentor ao longo de todo o caminho.

Os documentos orientadores do Estágio Final, como o presente Relatório, estão em concordância com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho e n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros (OE) e com o Decreto-Lei n.º 63/16 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Relativamente aos estágios, o primeiro teve a duração de 6 semanas e o segundo de 18 semanas. O primeiro decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) num hospital a sul do Tejo, escolha pessoal associada ao fato de não conhecermos a realidade do serviço e a sua funcionalidade. No decorrer desse estágio, foi realizado uma formação em serviço,

cujo tema escolhido foi a atualização da norma de hipotermia/normotermia que será apresentado neste trabalho. O segundo estágio foi realizado no Serviço de Urgência (SU) do mesmo Centro Hospitalar e teve início a 16 de setembro de 2022 com o seu término a 26 de janeiro de 2023, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo e com a monitorização clínica de uma enfermeira especialista em EMC-A PSC. Os estágios compõem uma conjuntura fundamental e ímpar para a aprendizagem e desenvolvimento de competências.

No decurso do EF realizámos um PIM cujo tema foi a Via Verde Sepsis (VVS) uma Prática de Qualidade, tendo como objetivo geral melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes com sepsis. O mesmo foi realizado e organizado com recurso à Metodologia do Trabalho de Projeto (MTP), sendo baseado num método ponderado que tem como objetivo, o reconhecimento de problemas e/ou carências e a sua resolução através de intervenções práticas. Elaboramos também um artigo científico sobre o projeto de estágio.

A sepsis foi abordada no decorrer do estágio, por ser uma questão preponderante e identificada como uma área de melhoria. A Direção Geral de Saúde (DGS) publicou em 2010 as primeiras recomendações sobre a VVS. Em 2016 é publicada a norma 010/2016 a 30/09/2016 posteriormente atualizada em 16/05/2017 sendo este o protocolo de atuação da VVS que se encontra em vigor até à data de hoje, incluindo todas as diretrizes internacionais. Pretende-se com o mesmo minimizar o tempo decorrido, desde a admissão até à identificação de utentes com suspeita de sepsis e garantindo que a abordagem posterior destes casos suspeitos, cumpra um padrão mínimo de atitudes consideradas fundamentais para o sucesso do tratamento (DGS,2016).

No decorrer do EF identificámos que existia uma falta de visibilidade da Via Verde Sepsis comparativamente com a via verde CORONÁRIOS e a via verde AVC, as quais estavam implementadas e otimizadas. Apesar de existir protocolo de atuação da VVS, este não tinha destaque e nem se encontrava potencializado, situação revelada pelos números quase inexistentes de ativações na plataforma Alert. Sendo esta uma problemática identificada e confirmada pela equipa do SU, optámos por desenvolver este tema. Assim, elaborámos um cartaz com o algoritmo da VVS, dois pósteres com os critérios de inclusão e organizámos um ficheiro com a ativação e desativação da VVS no sistema informático adotado no serviço, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes que apresentem esta patologia e ao mesmo tempo dar notoriedade à VVS.

Para a elaboração deste relatório de estágio definimos como objetivo geral:

- Refletir criticamente de forma detalhada e alicerçada sobre o processo formativo realizado, para aquisição das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica - pessoa em situação crítica e as de mestre em enfermagem.

Como objetivos específicos:

- Apresentar o enquadramento em que o EF foi realizado;
- Relatar as fases de desenvolvimento do PIM;
- Analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências;
- Examinar com postura crítica e fundamentada as intervenções e estratégias realizadas durante o EF.

O presente documento fica dividido em cinco capítulos, no primeiro será analisado o local onde decorreu o EF. Seguidamente é efetuada uma contextualização teórica e conceptual da temática abordada, em seguida fazemos uma análise ponderada do PIM, descrevendo as fases do desenvolvimento do mesmo, tendo por base a MTP. No quarto capítulo tem lugar uma análise fundamentada e crítica do processo de desenvolvimento de competências. E por fim, na conclusão, é efetuada uma avaliação global e geradas as considerações finais acerca do processo formativo, bem como dos objetivos delineados para a UC Estágio Final e as competências desenvolvidas durante o mesmo.

O presente trabalho segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) 7ª edição e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português (2008).

1 APRECIACÃO DO CONTEXTO

O Estágio Final foi realizado na sua totalidade em contexto de urgência/emergência, este capítulo tem como finalidade caracterizar e refletir sobre o mesmo.

1.1. CENTRO HOSPITALAR A SUL DO TEJO

O Serviço de Urgência (SU) local onde decorreu o EF, pertence ao Centro Hospitalar X (CH X), de acordo com o Decreto-Lei nº 101/17 de 23 de agosto. É um centro hospitalar integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo composto por várias unidades de Serviços de Urgência Básica (SUB) também pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS), uma Unidade de Convalescença, com valências de serviços específicas e um serviço de Hospitalização Domiciliária que garante assistência nesta valência, em várias localidades da região (CH X 2021a).

Este centro hospitalar opera em articulação com as unidades de saúde do SNS, sendo responsável pela prestação direta de cuidados de saúde aos vários concelhos, e também parte do Alentejo. Já o CMFRS, assiste sensivelmente 600 mil residentes “(...) Algarve, Baixo Alentejo e no concelho de Odemira, do Alentejo Litoral” (CH X, 2018a, p18), chegando a duplicar este número na época de verão.

Esta instituição promove a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, honrando os princípios éticos, os direitos dos utentes e os princípios da dignidade humana, estimulando a cultura de serviço público, centralizado no utente e na satisfação do atendimento (CH X, 2020), como expresso na Lei de Bases da Saúde, onde é supracitado que o SNS é caracterizado por “ser universal quanto à população abrangida” e “garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto). Para afirmar a sua excelência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, esta unidade hospitalar guia-se por vários pressupostos: segurança do doente; melhoria contínua no que diz respeito á gestão da dor, cuidados humanizados, comunicação assertiva, informação e fidelização do utente (SNS, 2021).

A missão desta instituição inclui a investigação em saúde e também a instrução médica. É uma referência no SNS, apresentando um estatuto de hospital universitário, mantendo com o ensino clínico uma união apertada com a Universidade da região, que se alonga na parceria com o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do sul do país, com o objetivo de afirmar a sua elevada qualidade na prestação de cuidados de saúde diferenciados (CH X, 2020).

No domínio da governa o clínica, este está organizado em sete departamentos de serviços clínicos, detalhadamente: Médico; Cirúrgico; Criança, adolescente e família; Ginecologia, Obstetrícia e reprodu o humana; Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos; Psiquiatria e saúde mental; Clínico de serviços tecnológicos e terapêuticos. Cada departamento abarca um conjunto de serviços clínicos e cada serviço clínico está organizado em concordância com a respetiva especialidade médica, tendo uma dire o clínica e um gestor de enfermagem ou, caso se fundamente pelas caraterísticas do próprio serviço, esta coordena o pode ser assegurada por um técnico superior de tecnologias de saúde (CH X, 2019).

No departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, encontra-se organizado por duas Unidades Hospitalares (UH). Na primeira UH engloba um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), tr s Serviços de Urgência Básica (SUB), dois serviços de Viatura Médica de Emergência e Reanima o (VMER) e um Serviço de Medicina Intensiva (SMI), que por sua vez   responsável por uma Sala de Emergência (SE), por uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e por uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT). Na segunda UH, o departamento referido inclui um Serviço de Urgência Básica (SUB), um serviço de VMER, um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e um SMI que assume a responsabilidade por uma SE, por uma UCIP e por uma UCINT (CH X, 2020).

1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

Os SU, concebidos enquanto serviços de a o médica hospitalar pelo Despacho Normativo n.  11/2002, formam as bases estruturais do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) concebido pela publica o do Despacho n.é 10319/2014, que em articula o com as restantes estruturas deste sistema, nomeadamente o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que assume a responsabilidade do transporte pr  e inter-hospitalar, circunscrevem a qualidade dos cuidados de saúde disponibilizados às pessoas em situa o de doença aguda (Rocha, 2020).

A Rede Pública de Urgência e Emergência, atualmente em vigor em Portugal, foi estabelecida pelo Despacho n.  13427/2015 (Ministério da Saúde, 2015e), corrigido pela Declara o de Retifica o n.é 1032-A/2015 (Ministério da Saúde, 2015a), em concordância com o Despacho Normativo n.  10319/2014 (Ministério da Saúde, 2014), definiu como objetivo um teto de âmbito nacional, com uma distribui o de serviços, apoiada na densidade populacional e no distanciamento, em que em termos de tempo de acesso, assegure, a todos os cidadãos, condi es de acessibilidade a pontos da rede, em menos de 60 minutos. De acordo com a tipologia dos SU instituída, pelos Despachos n.  727/2007 (MS, 2007) e n.  10319/2014

(Ministério da Saúde, 2014), suportada em níveis de diferenciação técnica e na capacidade de resposta, o SUP-CH X, corresponde ao terceiro e mais distinto nível de atendimento. Conciliando todos os recursos necessários à assistência em qualquer situação de urgência e emergência, este SUP garante a prestação contínua e diferenciada de cuidados de saúde a toda a população da sua área de influência, na totalidade dos dias do ano, numa cobertura das 24 horas.

Honrando os requisitos definidos para o seu nível de diferenciação, presente na definição da Rede de Referência Hospitalar de Urgência e Emergência, este serviço está provido de todas as valências de prestação de cuidados capitais aos SUMC (medicina interna; cirurgia geral; ortopedia; cardiologia; oftalmologia; otorrinolaringologia; urologia; neurologia; anestesiologia; UCIP; Bloco Operatório; Imunohemoterapia; nefrologia com acesso a técnica dialítica aguda; imagiologia com radiologia convencional, ecografia simples, Tomografia Axial Computorizada e patologia clínica) e ainda gastroenterologia, cardiologia de intervenção, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e Ressonância Magnética Nuclear (RMN), patologia clínica com toxicologia (DGS, 2001b). Apesar de todas estas valências neste SU existe uma discordância entre a rede de urgência/emergência definida no Despacho n.º 13427/2015 (MS, 2015e) e a Portaria n.º 82/2014, que classifica o CHUA, no grupo II, por não apresentar a valência de cirurgia cardiorácica, considerada uma das valências incluídas na capacidade de resposta dos SUP, de acordo com o constante no Despacho n.º 10319/2014 (ERS, 2016).

1.2.1 ESTRUTURA, RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS DO SU

O SU situa-se no piso 2 do edifício principal do CH X, permitindo um ingresso rápido e simples a quem vem do exterior. Localizados neste mesmo piso encontram-se outros serviços interligados ao SU, como o Serviço de Patologia Clínica, o Serviço de Imunohemoterapia, o Serviço de Radiologia, a UCIP, promovendo celeridade no acesso, e no piso 4 do mesmo edifício, o BO Central, que, de acordo com o indicado, o acesso é realizado através de um elevador dedicado (MS, 2013a). Este serviço está dividido por três áreas de intervenção: área administrativa, área de prestação de cuidados e área de apoio. A área administrativa incorpora o posto de atendimento, secretariado, gabinete do Enfermeiro Chefe, gabinete do Diretor Clínico, sala de reuniões/ pausa, núcleo de transporte. No que respeita à área de apoio, esta é organizada pela copa, armazém clínico, sala de despejos, casas de banho para as pessoas utentes e profissionais, sala de arrumo de espólios e sala técnica (CH X, sd). No decurso de 2022, e mantendo-se o contexto pandémico, os circuitos de admissão e atendimento dos utentes no SUP

do CHUA suspeitos ou confirmados de infecção por SARS-CoV-2, realizavam-se num circuito externo, com capacidade para os triar e cuidar.

De acordo com as recomendações da DGS (2007), a área de prestação de cuidados de saúde está ordenada em distintos setores, detalhadamente: três salas de espera (triagem, verde-azuis; amarelos-laranjas e especialidades cirúrgicas), gabinete de triagem, sala de emergência/reanimação e respetiva antecâmara, balcão médico-cirúrgico 1 (balcão de enfermagem, nas salas 3 e 4, e balcão médico, nas salas 5 e 6), trauma (sala 7), cirurgia (sala 9), ortopedia (sala 11), otorrinolaringologia e oftalmologia (sala 8) e unidade de decisão clínica (unidade de reanimação, OBS, internamento em SO e balcão médico-cirúrgico 2) e no final do ano civil de 2022 o espaço da Unidade de Cuidados Intermédios a qual foi reposicionada no piso 3, passou a localizar-se o Balcão laranja.

O circuito do utente que recorre ao SU do CH X inicia-se com a inscrição na admissão de utentes, que será seguida pelo primeiro contato com um profissional de saúde, na sala de triagem. Reverenciando o protocolo de Triagem de Manchester, cuja execução em serviços de urgência do SNS é obrigatória desde 2014 (Artigo 12º do Despacho n.º 10319/2014), um enfermeiro faz uma primeira análise rápida e segura, com o objetivo da tomada de decisão, priorizando o nível de urgência, que determina a orientação do utente para a área do SU considerada mais adequada à continuidade do atendimento, que a sua situação de saúde requer (CH X, sd.). As mulheres grávidas admitidas são encaminhadas de forma rápida para o serviço de urgência de obstétrica e ginecologia que se localiza no 5 piso do mesmo edifício.

Atualmente, encontram-se operacionalizadas, referenciando a sua identificação precoce na Triagem de Manchester, as Vias Verdes Acidente Vascular Cerebral, Coronária e Sepsis (GPT, sd.) esta última com menos visibilidade, assunto desenvolvido mais á frente neste relatório. Subsiste uma falha em termos da implementação da Via Verde Trauma e na concretização de equipas de trauma na rede hospitalar, situação que não afeta só o SU do CH X (MS, 2021a), no entanto, de acordo com o no artigo 17º do Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014), este SU assume a sua responsabilidade no atendimento e tratamento dos utentes vítimas de trauma de mediana e enorme gravidade. Neste sentido, a sala de trauma, em funcionamento desde setembro de 2013, partilha o espaço da sala de emergência, dispondo de todos os recursos elementares para a resposta a situações resultantes de acidentes de viação ou quedas, atestando o tratamento célere e seguro de utentes com traumatismos de diversas ordens, como do crânio ou de coluna, bem como utentes politraumatizados.

A sala de emergência, que se tornou o campo ideal para o desenvolvimento do Estágio Final apresenta-se como a interligação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, constituindo-se como área essencial na adequada abordagem do doente emergente, grave e crítico, com condições para suporte avançado de vida (ACSS, 2019). Esta está situada num local estratégico, ou seja, numa área vizinha à sala de triagem, no local de entrada do SUP, é composta por uma antecâmara, atualmente destinada ao atendimento inicial das situações previamente sinalizados de emergentes, no âmbito das vias verdes, e também é utilizada no atendimento dos utentes que são transportados em maca pelos bombeiros, local onde se efetua a troca para uma maca do serviço, neste sentido privilegiando a privacidade dos utentes, rentabilizando assim o espaço. A sala principal concilia três unidades de atendimento, aos utentes que careçam de cuidados de saúde emergentes, ou seja à pessoa em situação crítica.

A sala está equipada com os recursos materiais e tecnológicos sugeridos nas Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência (ACSS, 2019), tais como; camas hidráulicas, atualmente novas adquiridas em 2023, rampas de oxigénio e vácuo param aspiração, monitor de parâmetros, dois desfibrilhadores, bombas e seringas infusoras, adequadas à administração de terapêutica por via endovenosa, aquecedores de fluidos e em duas destas unidades, ventilador, que permite modalidades de ventilação invasiva e não invasiva. Alertamos para o fato que, apenas duas destas unidades, permitem o acesso ao utente por todos os ângulos e, no que diz respeito à monitorização, ressalta-se a inexistência de módulos de capnografia, fundamentais para a otimização da ventilação mecânica invasiva.

Verificamos ainda a não utilização de campainha/sirene localizada na entrada, de forma a ativar a equipa alocada à prestação de cuidados nesta área concreta, o que contraria as recomendações técnicas acima referidas (ACSS, 2019) e, simultaneamente, o constante no parecer n.º 14/2018 retificado na Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018a). Em contrapartida verificamos a utilização da campainha, a quando da ocorrência de uma paragem cardiorrespiratória na zona dos balcões, alertando a equipa da sala de emergência para dar início às manobras de reanimação.

Em termos de equipamentos, encontramos nesta área de antecâmara, sala de emergência/reanimação/sala de registos: equipamento de mobilização de utentes vítimas de trauma (como planos duros, estabilizadores de cabeça, colares cervicais, cintos aranha e cintas pélvicas), dois carros de urgência, com a composição preconizada pela DGS (2011a), diversos kits de atuação, que possibilitam melhorar a prestação de cuidados em contexto emergente (como *kit* de parto, de cateter venoso central, de linha arterial e de drenagem torácica), vídeo-

laringoscópio, ecógrafo e aparelho medidor de gasometria arterial. No que diz respeito ao material de transporte intra-hospitalar do utente crítico, principalmente as malas de transporte, monitor de transporte, balas de oxigénio e ventilador/ soprador também estão disponíveis e aí localizados.

Em situações em que o utente emergente, necessite de cuidados que excedam a capacidade de resposta do SU-CH X, equaciona-se a transferência inter-hospitalar, tendo em conta a articulação definida com os hospitais de referência e com recurso aos meios de transporte apropriados, existindo a possibilidade de apoio do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica do INEM.

Para os restantes utentes admitidos os balcões disponibilizam o atendimento médico, sendo que no Balcão Médico-Cirúrgico 1 (BMC1) são prestados cuidados a pessoas que deambulam ou têm capacidade de estar na posição de sentados. O Balcão Médico-Cirúrgico 2 (BMC2) distingue-se, basicamente, por estar indicado para a prestação de cuidados de saúde, a utentes com necessidade de oxigenoterapia e/ou maior nível de dependência funcional, resultante da sua situação aguda ou crónica, restringindo a sua acomodação em maca e um grau mais elevado de cuidado (CH X, sd).

Para a sala de otorrinolaringologia (ORL) e oftalmologia, são encaminhadas utentes com patologia associadas respetivas especialidades como: diminuição da acuidade auditiva, otalgia ou otorragia não traumática e pessoas com suspeita de corpo estranho ocular, hiperemia ocular com alterações da acuidade visual, presença de conteúdo hemático ocular e traumatismo evidente do globo ocular.

Na sala de pequena cirurgia são prestados cuidados a utentes com patologia de foro cirúrgico como: feridas com necessidade de sutura, queimaduras (à exceção de doente crítico que deverá ser encaminhado para a sala de emergência).

Na sala de ortopedia que dá resposta a utentes com lesões osteoarticulares traumáticas ou outra patologia ortopédica.

Na área de decisão clínica, organizada em open space, com uma disposição circular de 32 unidades de tratamento de utentes, dispõem-se sequencialmente, duas unidades basicamente dedicadas a necessidades de reanimação, quatro unidades de observação (com capacidade de monitorização) (OBS), cinco unidades de internamento em serviço de observação (SO), em que os utentes ficam ao cuidado da especialidade médica apropriada, a aguardar vaga nos serviços de internamento, e 21 unidades reservadas ao tratamento de utentes pertencentes ao atendimento no

BMC2. No espaço da antiga UCINT ficou posicionado um balcão laranja onde se realizam cuidados aos utentes com pulseira laranja.

Associado à elevada afluência e conseqüente aumento dos tempos de espera, as lotações físicas deste SUP são com frequência suplantadas, o que determina que, os utentes em resolução no serviço, possam ser distribuídos ao longo do corredor. Estas situações, infelizmente muito frequentes nos serviços de urgência/emergência do nosso país, conduzem a complexos reptos, intrínsecos à prestação de cuidados de saúde em áreas de cuidados não ajustadas. Estas condições difíceis de prestação de cuidados, circunscrevem importantes limitações, em termos de compromisso de qualidade dos cuidados prestados aos utentes, particularmente em matéria de privacidade, conforto, vigilância, comunicação e um menor rigor no que diz respeito às precauções básicas de controlo de infeções.

No decorrer do ano de 2022 e início de 2023, apesar da situação pandémica estar controlada, com números nada alarmantes, mantem-se ainda a presença dos contentores móveis e do circuito externo já assente, dedicado à orientação e tratamento de utentes suspeitos ou confirmados de infeção por SARS-COV-2, composto por dois espaços de resolução clínica, apenas distinguidas pelo grau de dependência do utente e encontrando-se disponíveis várias unidades em contentor, para a permanência dos mesmos, durante 24h ou até que haja diagnóstico definitivo, seja este favorável para o internamento Covid ou então para o serviço de urgência, local mais indicado para a patologia de que padece.

No que pertence à gestão de informação clínica, disponível neste SUP, verifica-se a aplicação do sistema operativo ALERT® (desenvolvido pela empresa ALERT) para os utentes em episódio de urgência e o SClinico® (desenvolvidos pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS), para os utentes já em processo de internamento. Existem outros programas informáticos que permitem a interligação com diversos serviços de apoio como: Synapse® (imagiologia), Clindata® (imunohemoterapia) e GHAF® (farmácia), entre outros. Destaca-se ainda, atualmente a disponibilidade de quatro unidades de sistema de gestão automatizada de medicação, ATHOS-TM-DOSYS-APLEIN-COMPACT que integra distintos benefícios operacionais.

1.2.2 RECURSOS HUMANOS

A equipa de saúde do SU-CH X é constituída por: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, psicólogos,

entre outros, cuja atividade profissional, colabora para o pretendido trabalho em equipa, visando a prestação de cuidados de saúde especializados, de carácter urgente ou emergente.

Este serviço detém um quadro específico de enfermeiros e de assistentes operacionais, o que, como acontece na maioria dos SU nacionais, não se aplica a equipa médica, que nele prestam cuidados, este facto vem contradizer os múltiplos despachos normativos publicados nas últimas décadas (Despacho n.º 11/2002; Despacho n.º 47/SEAS/2006; Despacho n.º 10319/2014).

A equipa de enfermagem do SU agrega 83 enfermeiros, 72 estão agrupados em 5 equipas, 9 enfermeiros têm flexibilidade de horário, 5 enfermeiros externos realizam alguns turnos e ainda há 7 enfermeiros ausentes do serviço por razões pessoais. Na equipa de enfermagem do SUP, 8 têm a Especialidade Médico-Cirúrgica, e 3 têm a Especialidade de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Sendo esta a realidade do serviço de urgência, os números de enfermeiros especialistas, encontra-se muito abaixo do rácio preconizado pelo Despacho n.º 10319/2014 (Ministério da Saúde, 2014):

“a formação e o currículo de, pelo menos 50% dos profissionais nas equipas de atendimento da Rede, em exercício em qualquer um momento, nos SUB, no SUMC e no SU devem contemplar, relativamente aos Enfermeiros: competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20677).

1.2.3 ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO DA EQUIPA DE SAÚDE E DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Os profissionais de saúde do SU, necessitam desenvolver aptidões que lhes permitam a integração num ambiente ativo, em frequente transformação, exigindo capacidade de adaptação aos numerosos apelos e tensões, que exigem treino em equipa, fortalecendo as competências na área da resolução de conflitos.

O método de trabalho implementado neste SU é o método individual, em que cada enfermeiro é responsável pela prestação total de cuidados a um ou mais utentes, no decurso da sua permanência no setor/posto de prestação de cuidados a que está designado ao longo do seu turno de trabalho. Segundo este método de trabalho holístico, concentrado na pessoa, direciona os cuidados segundo uma metodologia científica, no sentido do reconhecimento das necessidades, no reconhecimento de prioridades, planeamento, execução e avaliação de resultados. Assim sendo, o método de trabalho praticado, não se revela como um modelo de

desempenho profissional, mas sim um instrumento para lhe dar formato (Verde, 2013). Também é incentivado o trabalho em equipa, estimulando a cooperação entre enfermeiros dispostos no mesmo setor de prestação de cuidados ou fora do mesmo, sempre que os contextos o justifiquem.

É ainda considerado essencial, o envolvimento da família, promovendo-se uma parceria de cuidados entre utente/família e a equipa de profissionais de saúde (CH X, sd), situação muito negligenciada devido ao fato de não existir uma sala apropriada para essa interação, associado ao excesso de trabalho e às dotações desadequadas que se verificam no serviço de urgência, provocando assim alguns constrangimentos ao serviço e à instituição. Desta forma, é importante o desenvolvimento de estratégias que simplifiquem e otimizem a atividade de cuidar e de ser cuidado, no serviço.

Relativamente aos cuidados prestados pela equipa médica, perdura, neste SU, o modelo clássico de atendimento realizado por médicos de diversos serviços e especialidades, que nele desenvolvem 12-24 horas do seu horário semanal, em dependência funcional da direção dos departamentos clínicos que integram, ou profissionais em regime de prestação de serviços (percentagem elevada). A manutenção deste modelo clássico de recursos humanos, determina uma diversidade e delimitação na formação nas competências relacionadas com a emergência médica, principalmente suporte avançado de vida (SAV) e trauma. Existe também uma menor sensibilização para os indicadores de qualidade em contexto de SU e constata-se que o diretor de serviço do SUP não tenha autoridade direta na orientação dos elementos da carreira médica a exercer neste serviço (Ramos & Paiva, 2017).

A equipa de enfermagem, conforme foi referido anteriormente encontra-se dividida por 5 equipas, chefiadas pelos respetivos enfermeiros especialistas, prestando cuidados nas 24 horas, de todos os dias do ano. A constituição das mesmas obedece a diversos critérios, como: a experiência profissional, a formação especializada e ainda na experiência em âmbitos específicos da prática clínica, como a triagem de Manchester e a sala de emergência.

A organização do trabalho de enfermagem, ao longo das 24 horas, acontece caracteristicamente na fragmentação em três turnos (manhã: 8h-16h, tarde: 15h30-24h e noite: 23h30-8h30), sendo que, resultante da redução de casos de SARSCOV 2, deixou de haver necessidade de praticar o horário de 12h ou seja das 08.00h às 20.00h e das 20.00h às 08.30h mantendo-se ainda os circuitos anteriormente mencionados. Nos tempos de sobreposição realizam-se as passagens de turno. No que respeita às passagens de turno estas são realizadas nos respetivos postos de trabalho, sendo a passagem dos chefes de turno feita no gabinete da chefia.

A liderança no serviço de urgência do CH X realizada pelos enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica, é uma liderança democrática, participativa, em que se tomam decisões ouvindo também a equipa e se tenta planear de forma justa todas as atividades necessárias para manter a qualidade dos cuidados prestados de acordo com as necessidades. Em geral, o enfermeiro responsável de turno, na maioria das situações um EE, tem função de coordenação funcional do turno, tanto em termos de gestão de recursos humanos, como também materiais. Reconhecemos que, embora longe do aceitável e recomendado, pelo reduzido número de EE na equipa do SUP-CH X, a atribuição desta função de chefia de equipa de enfermagem respeita, o mais possível, as orientações propagadas pelas apreciações da OE (OE 2015b, 2017d).

O conceito de Dotações Seguras é complicado, no sentido em que deveriam estar sempre disponíveis enfermeiros em proporção e com as capacidades necessárias por forma a garantir a segurança e satisfação dos utentes e a qualidade dos cuidados. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019b), que reflete a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, fortalecendo o Parecer 14/2018 (OE, 2018a), os diferentes sectores de trabalho de enfermagem do SU, devem colocar os enfermeiros em número suficiente, com as competências recomendadas, para responder às necessidades de cuidados da população, da sua zona de extensão, alicerçadas em função da procura. Assim sendo, a distribuição da equipa de enfermagem por turno é, geralmente, de 16 enfermeiros no turno da manhã (adicionam-se a este número, de segunda à sexta feira, um enfermeiro gestor), 16 no turno da tarde, os chefes de equipa nestes dois turnos ficam apenas com a função de gestão da equipa/serviço e 12 no turno da noite, sendo que neste turno o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica tem dupla função, ou seja, chefe de equipa/serviço e responsável pela prestação de cuidados na sala de emergência ou então pelas vias verdes que surjam.

Referimos assim que, as dotações são desajustadas à realidade do serviço de urgência. A sobrelotação do espaço físico, vem ao encontro da tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros, afirmando que Portugal é o país com menor rácio de enfermeiros, contribuindo assim, para um maior desequilíbrio entre as equipas de saúde em meio hospitalar (OE, 2021).

A formação recomendada para os enfermeiros que exercem funções em SU, segundo o Artigo 21º do Despacho n.º 10319/2014, é em termos de obrigatoriedade, a formação em SAV, em que 50% dos profissionais tenham essa formação e também, em Trauma, em Ventilação e Controle Hemodinâmico, em Deslocação/Transporte de Utentes Críticos, em Vias Verdes, em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e de Conflitos, Comunicação do Risco e Transmissão de Más Notícias. Mesmo não conseguindo garantir os rácios na equipa de

enfermagem, este serviço promove, baseado nas necessidades, a concretização de ações de formação em serviço e a participação em formações patrocinadas pelo Departamento de Investigação e Ensino (DIE) da instituição.

No cumprimento da implementação imperativa de sistemas de triagem de prioridades no SU, qualquer que seja o seu nível (Despacho n.º 10319/2014 e Despacho n.º 1057/2015), o SU tem disponibilizado, nas 24 horas, um enfermeiro devoto à implementação do Protocolo de Triagem de Manchester. Esta classificação de prioridade, baseada em probabilidade de risco clínico, que incorpora nos seus protocolos as vias verdes, garante a orientação do utente que recorre ao SU, de acordo com normas definidas e uniformizadas, para atendimento no sector adequado, e pelos profissionais mais habilitados, com a maior celeridade possível (MS, 2015a), sendo assim este protocolo apresenta um fluxograma com várias questões – discriminadores – que indicam a situação clínica da pessoa, identificando a sua prioridade que corresponde ao tempo de segurança, até à primeira observação médica e atribuindo uma cor (vermelho-muito emergente laranja-emergente, amarelo-urgente, verde-pouco urgente e azul-não urgente).

No entanto, a triagem não é um procedimento estagnado, devendo ser reavaliado pelo enfermeiro sempre que for necessário. Se o estado clínico do utente não permitir que a triagem seja realizada nesse gabinete, a mesma poderá ser realizada na sala de emergência enquanto prosseguem as intervenções necessárias (CH X, sd).

Abordando brevemente a produção de cuidados, no ano de 2022, mesmo não se encontrando disponível o relatório anual de atividade de saúde do referido ano, mas segundo dados fornecidos pelo CH X, os serviços de urgência da região sul do país atenderam mais 25% de utentes do que no ano transato. Segundo dados preliminares da atividade assistencial difundidos pelo CH X, entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022 foram consultadas 580.814 pessoas nos serviços de urgência da região, mais 134.929 do que em igual intervalo de 2021. Em média, foram observadas nas urgências do CH X, mais de 1.000 pessoas por dia, ou seja, mais 200 do que em igual altura de 2021, ano em que a atividade foi afetada pela pandemia, segundo esclarece o centro hospitalar (Saúde Online,2023).

O CH X conforme referido anteriormente, administra as duas unidades hospitalares, o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul), e quatro Serviços de Urgência Básica (SUB) da região. O atendimento nos SU foi o que registou o aumento mais significativo, com mais 44,9% do que em 2021, seguido pela urgência pediátrica, com mais 35% e por último e não menos importante a urgência, com mais 24,9% (Saúde Online, 2023).

Depois desta caracterização do local de estágio, passamos a apresentar o enquadramento teórico/concetual da temática por nós desenvolvida.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

Durante a prática de enfermagem, em situação de Estágio, tornou-se importante recorrer a um referencial teórico de forma a suportar o projeto desenvolvido. O enquadramento concetual consiste numa fase em que o autor organiza os conhecimentos que constituem o seu ponto de partida, por forma a aprender e corrigir os dados que já existem relativos à problemática que pretende estudar (Vilelas, 2017). Este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, para incluir desta forma as diversas perspetivas da temática. Assim primeiramente abordamos o modelo de enfermagem considerado para análise, o Modelo Concetual proposto por Myra Estrin Levine e de seguida fazemos uma breve enquadramento teórico sobre a Sépsis.

2.1 MODELO CONCETUAL DE MYRA ESTRIN LEVINE

Myra Estrin Levine nasceu na cidade de Chicago em 1920. Em 1944, Myra Estrin Levine recebeu seu diploma em enfermagem da Escola de Enfermagem do Condado de Cook e continuou a terminar seu bacharelado em enfermagem pela Universidade de Chicago em 1949. Seu mestrado em enfermagem foi concedido pela Wayne State Universidade de Detroit em 1962. Myra Estrin Levine teve várias carreiras. Ela foi enfermeira particular em 1944, enfermeira civil no Exército dos EUA em 1945, instrutora pré-clínica em ciências físicas no Condado de Cook de 1947 a 1950, diretora de enfermagem na Drexel Home em Chicago de 1950 a 1951 e supervisora cirúrgica nas Clínicas da Universidade de Chicago de 1951 a 1952 e no Hospital Henry Ford em Detroit de 1956 a 1962. Em 1951, Levine também foi instrutora clínica no Bryan Memorial Hospital em Lincoln, Nebraska, e supervisora administrativa na Universidade de Chicago. Levine trabalhou como presidente de enfermagem clínica em sua alma mater, a Cook County School of Nursing, de 1963 a 1967. Ela conseguiu subir na hierarquia acadêmica na Loyola University de 1967 a 1977 e na University of Illinois de 1962 a 1963 e de 1977 a 1987. Coordenou o programa de graduação em enfermagem em oncologia na Rush University de 1974 a 1977. Foi diretora do Departamento de Educação Continua do Evanston Hospital de março a junho de 1974 e consultora do departamento de julho de 1974 a 1976. Ela também foi professora de Estudos Humanísticos na Universidade de Illinois de 1981 a 1987. Em 1987, tornou-se Professora Emérita, Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade de Illinois em Chicago. Ela também foi professora associada visitante na Universidade de Tel Aviv em Israel em 1974. Assim como professora visitante na Recanati School of Nursing, Ben Gurion University of the Negev, em Beer Sheva, Israel, de março a abril de 1982. Myra Estrin Levine recebeu inúmeras

homenagens, incluindo a de membro fundador da Academia Americana de Enfermagem em 1973, de membro honorário da American Mental Health Aid to Israel em 1976, um reconhecimento honorário da Illinois Nurses 'Association, de membro da Sigma Theta Tau no Alpha Beta Chapter Loyola University, inscreveu-se no Who's Who in American Women de 1977 a 1988 e no Who's Who in American Nursing em 1987 e foi eleita membro do Institute of Medicine of Chicago de 1987 a 1991. Ela também foi a primeira a receber o Prêmio Elizabeth Russel Belford por excelência no ensino de Sigma Theta Tau em 1977 (Ângelo Gonzalo, Bsn, Rn. Janeiro, 2023).

Myra Levine classifica na sua teoria, três concepções que correlacionados entre si poderão interferir, seja positivamente ou não, no processo de saúde/doença do indivíduo, são elas: a adaptação, sendo a ligação do indivíduo com o ambiente, a conservação que é a consequência da adaptação ao meio, podendo gerar mudanças biopsicológicas, e por fim, a integridade que é o domínio sobre a própria vida e a sua totalidade. Visiona o ser humano de forma holística, o que acarreta, aceitá-lo como um ser complexo. A partir destes conceitos surgem quatro princípios básicos para a conservação da integridade do utente como um todo, são eles: o princípio da conservação de energia; o princípio da conservação da integridade estrutural, o princípio da conservação da integridade social e o princípio da conservação da integridade pessoal (Laksmi; Kristianto; Suharsono, 2020).

Através do princípio da conservação de energia, pretende-se obter uma harmonia entre as energias que o ser humano recebe, ou seja, ao reduzir os consumos energéticos do utente, com uma nutrição e exercícios adequados, o balanço energético será positivo, conseguindo então que o organismo seja favorecido com esta energia suplementar para cuidar/tratar a doença (Piccoli; Galvão, 2005).

O cuidado e a manutenção do organismo enquanto estrutura corporal, diz respeito ao segundo princípio, a conservação da integridade estrutural, adequa-se aos cuidados terapêuticos, homeostáticos e curativos. O terceiro princípio, o da conservação da integridade social, engloba as relações interpessoais, valorizando em ambiente hospitalar os elos familiares, considerando a situação desequilibrada, a rotina domiciliar em que se encontra (Levine, 1966).

O indivíduo, ao encontrar-se num estado de doença, sendo necessário o tratamento hospitalar ou domiciliário, irá sentir-se debilitado, interferindo na sua identidade, autoestima e percepção. A identificação é criada sobre a visão de um todo, ao qual o ser se compreende, entretanto, o estado de doença, origina sacrifícios na autonomia do utente, uma vez que este deverá seguir recomendações e terá certas limitações durante o processo de restabelecimento (Netto et al.,

2018). Dessa maneira, a autora refere que a enfermagem deve compreender o utente como um ser além da doença, como um indivíduo provido de relações dinâmicas, com si próprio e com os outros. Ao enfatizar isto, a enfermagem deve preservar essas relações viáveis, para que surja a manutenção da integridade da pessoa.

Neste sentido a adaptação é o processo pelo qual se obtém a conservação e a estabilidade funcional do organismo e é alcançada através do confronto das respostas fisiológicas e comportamentais de maneira adequada, e com o menor gasto de energia possível (George JB.,2000). Assim sendo, conservar significa defender a totalidade dos sistemas vivos e de responderem, de forma apropriada às mudanças sofridas. Na prática a conservação tem como meta, equilibrar os papéis desempenhados pelo enfermeiro/utente, dentro de um continuum espaço/temporal (Levine ME,1967). A integridade, por sua vez, inclui a totalidade do ser e o senso de independência e individualidade, que significa estar no controle da própria vida e ter a liberdade de fazer as próprias escolhas (Levine ME,1990).

Nesse contexto, a enfermagem é considerada uma ciência humanística, de natureza holística, em que o ser humano deve ser olhado como um “todo”, além de desenvolver o seu pensar e junto da equipa, fazer em proveito da manutenção da saúde das pessoas. Assim, exercer o cuidado com a vida, só é possível compreendendo o ser humano na sua totalidade, enquanto se é influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais (Lopes No D, Nóbrega MML,1999, Leite TAAF, Strong MI.,2006).

Nesse modelo, a eficiência das intervenções de enfermagem assentam na conservação da integridade da pessoa em cada um dos domínios, promovendo ações terapêuticas e de suporte que auxiliem o processo de adaptação, no confronto e na resolução dos problemas. Considera, também, que as intervenções devem ser baseadas nos diagnósticos de enfermagem, na procura de operacionalizar o processo de enfermagem. Dessa forma, diante de situações de doença que produzam algum tipo de desequilíbrio, como ocorre no utente com sépsis, as atividades de enfermagem necessitam ser dirigidas para a conservação da integridade geral da pessoa. Assim, optou-se pela utilização de uma teoria de enfermagem que conferisse à prática, os instrumentos necessários para atuar, com o foco na manutenção da homeostasia do organismo e a compreensão biopsicossocial do ser humano, incluindo os aspetos psicossociais que envolvem a pessoa e a sua família (Wills EM.,2016).

É preciso realçar que cada pessoa possui uma resposta adaptativa única, produzida a partir das suas experiências de vida e da resposta apropriada do organismo aos estímulos externos e internos, resultando num alinhamento da sua própria substância. Assim, o processo que envolve

as doenças agudas, como na sépsis – é afetado por uma série de fatores, relacionados com o ambiente e com o próprio organismo, variável de pessoa para pessoa, como é o caso das doenças de base preexistentes, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo), ou uso contínuo de medicamentos, entre outros. Nos idosos, a presença de disfunções orgânicas, ou seja, a perda aguda do estado de consciência ou a hipotensão podem ser as únicas manifestações clínicas provocadas pela sépsis. Isso acontece em função das próprias alterações da ancianidade (Levine ME.,1967) Os sinais de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) como febre hipotermia, taquicardia e taquipneia podem não estar presentes em resposta à diminuição das reservas orgânicas fisiológicas e ao declínio funcional dos mecanismos de defesa (Machado RL, et al., 2009).

Perante o exposto, a equipa de enfermagem tem um papel importante na vigilância constante dos parâmetros energéticos, como temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, glicemia capilar e saturação de oxigênio. Além de fornecerem um cálculo indireto do gasto energético desencadeado pelas alterações fisiológicas provocadas pela sépsis, mostram, ainda, um importante conjunto de medidas, capazes de auxiliar no reconhecimento precoce e início rápido do tratamento, nas primeiras horas após o diagnóstico. Assim, qualquer alteração dos sinais vitais deve ser valorizada, descrita e registada pelo enfermeiro, pois é com base na identificação dos padrões específicos de adaptação que o enfermeiro procurará, por meio do processo de enfermagem, elaborar um plano de cuidados individualizado, visando atender às necessidades reais e potenciais de cada paciente (Levine ME.,1967).

Logo estes dados referem-se ao processo de produção e gasto de energia, que originam intervenções específicas, para melhorar a perfusão dos tecidos e diminuir o consumo desnecessário de energia mediante ações como monitorização multiparâmetros, vigilância do nível de consciência, nutrição e hidratação adequadas, administração de medicamentos conforme prescrito e de acordo com a norma de sépsis em vigor. Referente a esta visão disciplinada do facto, o enfermeiro pode planear intervenções para a recuperação deste e reconhecer os padrões particulares de adaptação de cada um. Esses padrões apresentam-se como resposta da pessoa às forças do ambiente (holismo) e a estabilidade fisiológica, através da economia e conservação de energia (homeostasia) (Levine ME., 1967).

De acordo com o exposto, ao procurar um sentido terapêutico, as intervenções de enfermagem são capazes de alterar o caminho da adaptação, para melhor conforto e segurança do utente, dirigindo-o para o bem-estar social. O enfermeiro deve informar e ajudar o utente a encarar os seus problemas, de acordo com a reserva de energia que tenha disponível, a adaptar-

se ao ambiente e à experiência individual que pode limitá-lo ao leito, assim como auxilia-lo a adaptar-se à perda da privacidade e a lidar com a sua autoestima. Nesse sentido, a intervenção da equipa de enfermagem, tem o propósito de que o utente, consiga ajustar-se às mudanças causadas pela sépsis, especialmente no que se refere ao sistema orgânico, assim como desempenha um papel importante no seu processo de cuidado, com alguma autonomia sempre que possível, por meio de visita de um familiar mais próximo, para garantir a privacidade (Lana LD.et al., 2018)

O princípio da conservação da integridade estrutural tem como centro a prevenção da decadência física e o processo de cura. Para Levine, a cura objetiva, principalmente, limitar a extensão do dano tecidual através da manutenção ou do desenvolvimento da adaptação do indivíduo às mudanças sofridas.

Perante esse malefício, a capacidade com que o organismo humano responde a essas alterações, direcionará as ações do enfermeiro, a partir do padrão adaptativo exposto, pelas necessidades específicas de cada paciente. Assim, a preservação da integridade estrutural, reconhece a aptidão do organismo em suportar a sua totalidade, bem como de ultrapassar ofensas e lesões, e de restaurar a sua estrutura e a sua função de cura.

Portanto as intervenções de enfermagem centram-se na conceção/implementação de um protocolo, através de medidas iniciais de reconhecimento precoce da sépsis, tratamento que deve ocorrer nas primeiras horas do diagnóstico, com o intuito de manter e/ou restabelecer as mudanças funcionais e estruturais, constituindo aspeto fundamental para a garantia de bons finais clínicos (Piccoli M, Galvão CM., 2001).

O processo saúde/doença/cuidado abarca os aspetos epidemiológicos, biológicos, psíquicos, culturais, sociais e espirituais das pessoas, que nos mostra o modo de pensar e agir, para assim obter respostas às questões emergentes do cuidado (Medeiros AC. Et al., 2016).

No que toca ao princípio da conservação social e para garantir o cuidado integral, Levine defende o conceito de que a pessoa deve ser vista, como um ser social em constante interação com a sua família e com o ambiente ao qual pertence. Assim, em situações de stresse, conforme acontece na sépsis, a presença de pessoas consideradas importantes tem para o seu ser, um carácter nutritivo no processo de restabelecimento e de hospitalização. Nesse sentido, para atingir o objetivo da integralidade e da humanização do utente com sépsis, numa forma eco sistémica, deve-se respeitar a preparação do ambiente, o desenvolvimento de esforços integrados para a melhoria do auxílio e da segurança (Zamberlan C. et al., 2013).

Por isso, a equipa de enfermagem deve interagir com os utentes que estão sob os seus cuidados, em que a qualidade dessa relação e a comunicação estabelecida, tenha impacto no

modo como as pessoas encaram o seu estado de saúde e doença. Para alcançar esse relacionamento terapêutico de qualidade e compreender as experiências dos outros, impõe-se que os profissionais tenham um profundo conhecimento da situação cultural e social desses utentes. Os enfermeiros têm a capacidade de ultrapassar as fronteiras do conhecimento, dos sistemas e dos limites da doença fisiológica, definindo a inclusão de uma visão sistémica e interativa dos quesitos sociais e da saúde. Os profissionais de saúde além de se relacionarem com o utente e família, devem integra-los no processo do cuidado, para garantir o princípio da integridade social no contexto social e familiar do indivíduo (Backes DS. Et al.,2009)

A manutenção da integridade da pessoa, deve estar sempre presente nos cuidados de enfermagem aos utentes com sépsis, submetidos a procedimentos invasivos contínuos e que rodeiam mudanças abruptas, sofrimento e risco de morte. Nesse processo, deve ser ativada a interação com o utente, considerando-o um ser social, diante do estresse que experimenta (Backes DS. Et al.,2009).

Admite-se que a inclusão destes princípios, na prática de enfermagem é capaz de contribuir para restauração da homeostasia do organismo e das suas necessidades psicossociais. Estes princípios de conservação deste modelo exibem uma relação com os cuidados prestados pela equipa de enfermagem na manutenção do paciente com sépsis. Entendemos que, na vigilância aos princípios da conservação da energia, o foco foi a oferta do oxigénio, a idade e os parâmetros energéticos dos utentes (sinais vitais). No princípio da integridade estrutural, é fundamental reconhecer precocemente as disfunções orgânicas nos primeiros 60 minutos. Na integridade pessoal, a equipa de enfermagem deve manter a identidade do utente com limitações em verbalizar, ou permitir sua participação no processo de cuidado. Por fim, na integridade social, impõe-se o estabelecimento de uma relação com o paciente e sua família (Moreira DAA.et al, 2022).

Tendo em conta que a teoria descrita não apresenta conceitos meta paradigmáticos e que em Portugal estes estão definidos no enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros [OE], iremos utilizar os que são referenciados pela mesma: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, aquando da publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2001 (OE, 2001). Utilizámos os do ano de 2001, uma vez que na publicação de 2017 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, são estes os conceitos que são reafirmados.

Definição dos conceitos:

- I. **SAÚDE** é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo, portanto não pode ser tido como conceito oposto ao de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. (OE, 2001: p. 8).
- II. **PESSOA** encontra-se definida como um ser social e um agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros. Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível. (OE, 2001: p. 8-9).
- III. **AMBIENTE** é definido como o meio em que as pessoas vivem e se desenvolvem, sendo este constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde (OE, 2001: p. 9-10), o binómio pessoa/ambiente é central na prática de enfermagem, pelo que os enfermeiros, devem considerar, nas suas intervenções, a complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2001: p. 9-10).
- IV. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM** O exercício profissional da enfermagem focaliza-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa/enfermeiro, quer as pessoas utentes dos cuidados de enfermagem, possuem valores, crenças e desejos da natureza individual

resultante das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num contexto onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa utente dos cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde, ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2001).

Neste sentido e após a análise completa do modelo, confirmamos a sua adequada utilização na prestação de cuidados ao utente crítico, como também a sua adaptação na prática clínica e na investigação, fundamentando a escolha do mesmo como base, quer no desenvolvimento do PIM, como na aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem. O modelo teórico fomenta um investimento contínuo na melhoria da qualidade dos cuidados, o que é fundamental para o aumento da segurança do doente, na medida em que as mesmas estão interligadas. Assim, consideremos ser relevante neste contexto da qualidade dos cuidados, replicar o que em 2017, a OE publicou no Regulamento nº361/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, com o intuito de serem referências norteadoras para a prática especializada dos enfermeiros (OE, 2017). Neste regulamento encontram-se os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, que visam clarificar a sua natureza e abranger os diferentes aspetos sociais da profissão de enfermagem.

Os enunciados são:

- I. **A SATISFAÇÃO DO CLIENTE**, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação do utente a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; quer através duma comunicação verbal e não verbal, duma relação de empatia, respeitando as crenças os valores e as capacidades da pessoa (OE, 2017).
- II. **A PROMOÇÃO DA SAÚDE**, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ajuda o utente a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, a alcançarem o máximo potencial de saúde, através promoção do potencial de saúde da pessoa, da avaliação de conhecimentos e

- capacidades da pessoa, família e cuidador que possibilitem a adesão ao regime terapêutico e a comportamentos potenciadores de saúde e através de ensino de atividades que visem minimizar o impacto dos processos médicos e cirúrgicos complexos (OE, 2017).
- III. **A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES**, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde do utente crítico através da rápida identificação de potenciais problemas e traça cuidados, para evitar ou minimizar os efeitos indesejáveis (OE, 2017).
- IV. **O BEM-ESTAR E O AUTOCUIDADO**, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar e complementa as atividades de vida em que o utente é dependente, através da implementação de um plano de cuidados individualizado, com intervenções especializadas, cujo objetivo é a capacitação do utente, família e cuidador, recorrendo quando necessário à gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor (OE, 2017).
- V. **A READAPTAÇÃO FUNCIONAL**, o enfermeiro especialista em conjunto com o utente e família desenvolve métodos para maximizar as capacidades da pessoa, com a continuidade dos cuidados de enfermagem especializados, com o planeamento da alta e com recurso ao ensino de acordo com as necessidades (OE, 2017).
- VI. **A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**, o enfermeiro especialista garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, com a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica, promotoras da qualidade, com a existência de Guias orientadores de boas práticas clínicas e por último com a monitorização do cumprimento das dotações seguras nos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2017).
- VII. **PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS**, o enfermeiro especialista através da evidência científica participa na conceção, definição de estratégias e implementação de um plano de prevenção e controlo de infeção e na capacitação de equipas de profissionais na área da prevenção.(OE, 2017).
- VIII. **SEGURANÇA NOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS** o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica faz a gestão do risco e do meio favorável aos cuidados especializados e ajusta a sua resposta resguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar.

2.2 BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO SOBRE SÉPSIS

A sépsis é um profundo problema de saúde mundial que se vem agudizando ao longo dos tempos. Em 2012 aconteceu a reforma nas definições, sendo a sépsis considerada uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) associada à infecção, com critérios de SIRS. Constam critérios de SIRS: febre ($> 38^{\circ}\text{C}$) ou hipotermia ($< 36^{\circ}\text{C}$), frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto, frequência respiratória > 22 ciclos por minuto ou pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial (PaCO_2) < 32 mmHg e contagem de leucócitos > 12000 ou < 4000 ou $> 10\%$ de formas imaturas. A sépsis severa era ponderada quando existia pelo menos uma disfunção de um órgão e o choque séptico na presença de hipotensão refratária ao volume (Singer et al., 2016). No ano de 2016 estes conceitos foram revistos, mantendo-se inalterados até á corrente data, a sépsis é caracterizada pela presença de uma disfunção orgânica decorrente da resposta desregulada do organismo, frente a infecção, no qual há risco de vida (Singer M. et al. 2016) e o choque séptico definido pelo estágio mais avançado da doença que leva a graves alterações metabólicas e circulatórias, caracterizado pelo estado de insuficiência circulatória aguda associado a uma maior probabilidade de morte e como uma subvariante da sépsis, onde existem alterações graves, com disfunção de órgãos, sendo caracterizado por hipotensão persistente e refratária à ressuscitação volêmica e lactacidemia > 2 mmol/L. (Singer M. et al. 2016). Sendo assim a sépsis e o choque séptico constituem grandes problemas de saúde, afetando milhões de pessoas anualmente, sendo emergente a sua identificação precoce e o tratamento apropriado nas primeiras horas, tendo como objetivo principal a melhoria dos resultados (Rhodes et al., 2017). Segundo, a World Health Organization (WHO, 2021) calcula-se que, a nível global, existam perto de 49 milhões de casos anuais e cerca de 11 milhões de mortes.

A Surviving Sepsis Campaign(SSC) delineou várias diretrizes, publicou pela primeira vez em 2004, seguiram-se as atualizações de 2008, 2012, 2017 e recentemente de 2021, que resumiram uma abordagem, que estimula e orienta o tratamento ao utente com sépsis e em choque séptico. A SSC também cria pacotes de sépsis, sendo estes designados como um conjunto de intervenções, a partir de diretrizes de prática baseadas em evidências, para facilitar a melhoria da qualidade e a implementação das recomendações das diretrizes. É de salientar que a SSC desenvolve uma Prática Baseada na Evidência, procurando as de mais elevada qualidade, em bases de dados robustas. Aparece então a necessidade de fazer emergir um novo pacote de sépsis, denominado hour-1 bundle. A alteração mais importante nesta atualização foi que as duas bundles existentes (hour-3 e hour-6), foram agrupadas na hour-1, com a intenção explícita de iniciar o tratamento e medidas de ressuscitação volêmica imediatamente, particularmente em

doentes com hipotensão. Esta bundle mantém-se em vigor e preconiza que depois de um caso de sépsis e/ou choque séptico ter sido identificado, dispomos até 1 hora para: monitorizar os níveis de lactato sérico; fazer colheitas de sangue para hemoculturas, preferencialmente antes da administração de antibióticos, sendo estes de largo espectro, intervenções que se encontra de acordo com a norma da DGS em vigor (Levy et al., 2018). Apesar destas constituírem um grande suporte, nada substitui o raciocínio clínico, tornando-se assim necessário o desenvolvimento de protocolos ou guidelines que aprovelem a identificação precoce e o início de um tratamento, mais assertivo e dirigido nas primeiras horas (Rhodes et al., 2017). A sépsis e o choque séptico são emergências médicas e é importante que o tratamento e a reposição hídrica comecem de imediato.

Em Portugal o estudo nacional mais recente (INFAUCI) foi publicado em 2014 e estudou utentes admitidos em 14 serviços de Medicina Intensiva difundidos pelo país para tentar calcular o impacto da presença ou ausência de infeção nesta população. Este trabalho exhibe que quase metade das admissões nos serviços de Medicina Intensiva, são provocadas por quadros de infeção e que mais de 60% veem da comunidade. Dos utentes admitidos com infeção, cerca de 50% encontra-se em choque séptico (a forma mais grave de sépsis) e nestes casos a mortalidade é quase metade (48,8%). Do total de 3.766 utentes incluídos, 1.652 tinham infeção no momento da admissão. Destes 1.652, 628 (38%) vieram a falecer durante o internamento. Apesar dos avanços clínicos das últimas décadas, e da existência dessa norma a incidência da sépsis continua a aumentar cerca de 1,5% ao ano. De acordo com a (DGS, 2017), este aumento de ocorrência é fundamentado pelo envelhecimento da população, pela maior durabilidade de doentes crónicos e pela gradual existência de imunossupressão por doença e no maior recurso a técnicas invasivas.

Após este enquadramento, vamos descrever o projeto de intervenção major de acordo com a metodologia de projeto.

3-PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR

Como parte integrante da avaliação do estágio, foi proposta a elaboração de um projeto, de intervenção major no serviço. Essa escolha pessoal veio permitir uma intervenção real, numa área de carenciada do serviço.

Segundo Ferrito et al. (2010) a metodologia de projeto, assenta numa investigação orientada para um problema real, reconhecido e na aplicação de estratégias e intervenções eficientes para a sua resolução. Esta metodologia é uma prática alicerçada na evidência e é estruturada em cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação. O trabalho de projeto é baseado num método refletido que tem como objetivo, o reconhecimento de problemas e/ou carências e a sua resolução através de intervenções práticas.

No presente capítulo serão descritas as diversas etapas da metodologia de projeto desenvolvida.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa PIM é o diagnóstico de situação, onde se deve delinear hipóteses e operacionalizar as variáveis intervenientes. Esta etapa deve ser dinâmica, pois existem sempre mudanças na realidade, nas instituições de saúde e nos seus respetivos serviços, pelo que se torna primordial uma caracterização da situação de forma contínua, ao qual se vai sempre aperfeiçoando o ponto de partida, ao invés de se partir sempre do mesmo ponto de forma estanque, definindo-se problemas e estabelecendo as prioridades e indicando causas, recursos e grupos intervenientes (Ferrito et al. 2010).

Desta forma, os primeiros dias de estágio possibilitaram a observação e análise do contexto vivido no serviço de urgência, da prestação de cuidados de enfermagem, através da integração na equipa pluridisciplinar. Com a consulta de normas de procedimento de enfermagem, de protocolos existentes no serviço e de entrevistas não estruturadas com a enfermeira orientadora, enfermeira coordenadora do serviço de urgência e com os enfermeiros chefes de equipa, e com a realização de uma análise S.W.O.T. A análise S.W.O.T. refere-se a um instrumento bastante útil e utilizado na análise de diagnóstico, onde se descrevem forças (Strengths) as fraquezas (Weakness), as oportunidades (Opportunities), e as ameaças (Threats), permitindo-nos refletir e analisar os elementos positivos e negativos face ao problema identificada (Ferrito et al 2010). O instrumento encontra-se no quadro 1, abaixo ilustrado.

Análise SWOT

<p>Forças S</p> <p>Consentimento por parte do Diretor de Serviço</p> <p>Equipa de enfermagem jovem e motivada</p> <p>VVS poucas vezes ativada</p> <p>Ausência de custos associados</p> <p>Temática enquadra-se nos cuidados à pessoa em situação crítica</p>	<p>Fraquezas W</p> <p>Equipa de enfermagem jovem</p> <p>Elevada rotatividade</p> <p>Elevadas taxas de ocupação</p> <p>Dotações insuficientes</p> <p>Diminuta informatização da VVS</p> <p>Necessidades formativas na área da VVS</p>
<p>Oportunidades O</p> <p>Existência de protocolo de atuação</p> <p>Aprofundar conhecimentos sobre a orientação nacional desta área</p> <p>Redução tempo de internamento com posterior redução de custos</p> <p>Dar notoriedade à VVS</p> <p>Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados</p> <p>Melhoria da imagem do SU e da Instituição</p>	<p>Ameaças T</p> <p>Tempo reduzido para a implementação do projeto</p> <p>Restrições político-administrativas atuais pondo em risco a contratualização de mais recursos humanos.</p>

Elaboração Pessoal

Podemos verificar que os pontos positivos se sobrepuseram aos negativos, dando-nos assim, garantias para podermos avançar com o PIM.

Verificamos a ausência de informação visível sobre a via verde sépsis, apesar de existir no serviço o protocolo de atuação todo esquematizado e de se encontrar implementado, este não se encontra otimizado e não tem a visibilidade necessária. Esta realidade regulamenta a resposta dos enfermeiros nesta conjuntura, assim delineamos a otimização da via verde sépsis, o tema do nosso PIM.

É nesta circunstância que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, precisam adotar uma atitude ideal no reconhecimento das

problemáticas existentes nos serviços, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados, indo de encontro à evidência científica mais recente.

Atualmente há certeza científica de que, uma intervenção atempada e apropriada, tanto em termos de uso de antibioterapia adequada como, de estratégias de recuperação hemodinâmica, pode melhorar expressivamente o prognóstico dos utentes com sépsis e/ou choque séptico, sendo por isso, categórica a implementação de mecanismos organizacionais, que possibilitem a sua rápida identificação e o estabelecimento atempado de medidas terapêuticas otimizadas e o seu encaminhamento adequado (Evans et al., 2021), neste sentido a otimização do protocolo já existente, tem como objetivo a longo prazo diminuir as morbidades e mortalidade, melhorando a qualidade dos cuidados e diminuindo também os custos associados á sépsis. Após identificarmos a problemática, optamos por idealizar um cartaz da VVS por forma a dar notoriedade e visibilidade à mesma.

3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos adequa-se à segunda fase da metodologia de projeto. A deliberação de objetivos é fundamental para a elaboração de projetos de intervenção, pois estes são reproduções antecipadas dos resultados que se pretendem atingir, sendo importante, defini-los de acordo com os diferentes graus em que se emolduram, desde o geral ao mais específico (Ferrito et al., 2010). Ao objetivo geral é concedido um carácter mais amplo e complicado, e aos objetivos específicos os resultados, com a obtenção de competências mais simples. É de evidenciar que, a explanação dos mesmos deve ser fundamentada, com rigor e exatidão, de modo a evitar dúvidas na etapa da apreciação, pelo que devem ser claros, precisos, praticáveis e mensuráveis (Ferrito et al., 2010). Tendo em avaliação a situação identificada, traçamos os seguintes objetivos:

Geral- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes com sépsis no SU.

Específicos - Elaborar um cartaz de ativação do protocolo via verde sépsis

- Elaborar dois pósteres com critérios de inclusão da sépsis
- Criar um ficheiro informático de ativação da VVS no sistema Alert.
- Realizar uma formação em serviço sobre a sépsis e a via verde sépsis

3.3 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

No planeamento, que inclui o registo dos meios indispensáveis e dos eventuais condicionantes do seu desenvolvimento, e a demarcação das diferentes intervenções implicadas na sua obtenção, com a prevista calendarização, sujeita a retificação nas fases intermédias da sua

implementação (Ferrito et al., 2010). De acordo com as mesmas, esta etapa é sucedida pela concretização das atividades previstas, numa fase já efetivamente modificadora, a execução. Esta corresponde à terceira fase da metodologia de projeto e consiste na concretização do projeto, através da materialização das atividades e estratégias anteriormente delineadas, ou seja, nesta etapa é colocado em prática o que foi antes traçado. É realizada uma colheita de dados que, posteriormente vai ser analisada com a intenção de resolver os problemas previamente identificados, podendo declarar que a investigação é modificada em ação (Ferrito et al., 2010). Está subentendida a recolha de dados, quer teóricos, quer do contexto envolvente, visando preparar a resolução do problema identificado (Ferrito et al., 2010). Uma vez que, reconhecemos existir uma interligação entre as diversas atividades envoltas por estas duas etapas adjacentes, optamos pela sua descrição conjunta.

Assim sendo e em relação aos objetivos traçados achamos importante realçar que através da pesquisa aprofundada da temática, em bases de dados científicas, direcionada para o protocolo de atuação existente no serviço de acordo com a norma da DGS de 2016, atualizada em 2017, refletimos sobre a falta de visibilidade da via verde sépsis e a sua consequente operacionalização. Validamos assim a implementação da VVS no serviço desde 2014, consultamos o protocolo existente, conferimos todas as etapas de implementação, verificamos os circuitos e a constituição das equipas de saúde.

Os objetivos específicos: elaborar um cartaz, elaborar os pósteres e criar um ficheiro informático de ativação da VVS são exibidos em conjunto uma vez que, as atividades e estratégias planeadas, foram efetuadas em simultâneo.

Atividades planeadas:

- Reunião com e Enf. Orientadora de estágio para abordar assuntos relevantes e necessários para agilizar a criação do cartaz de ativação da VVS
- Consulta de normas, protocolos de atuação, artigos relevantes, sobre a temática em estudo;
- Criação do primeiro protótipo do cartaz de ativação da VVS
- Elaboração do protótipo de póster de consulta rápida
- Apresentação do primeiro protótipo do cartaz à Enf. Orientadora à Enf. Gestora, aos Enf^{os} Chefes de equipa e docente para discussão
- Apresentação do protótipo de póster à Enf. Orientadora à Enf. Gestora, aos Enf^{os} Chefes de equipa e docente para discussão
- Criação do ficheiro informático com a ativação da VVS no Alert

- Recolha de sugestões e integração das mesmas nos documentos a desenvolver
- Apresentação do ficheiro à Enf. Orientadora à Enf. Gestora, aos Enf's Chefes de equipa e docente para discussão
- Apresentação dos documentos finais à Enf. Orientadora, Gestora, Enf. Responsável pela formação e docente, para discussão e aprovação

Recursos humanos: enfermeiro gestor do SU, enfermeira orientadora, enfermeiro responsável pela formação, e docente orientadora.

Recursos tecnológicos: computador, impressora, internet, bibliografia (normas, protocolos de atuação).

Indicador de avaliação: Apresentação do cartaz de ativação da VVS, dos pósteres de inclusão/exclusão de sépsis e do ficheiro informático de ativação da VVS no Alert, previamente validada por todos os enfermeiros referidos e pela docente orientadora.

No que respeita ao objetivo específico de realizar uma formação em serviço sobre a sépsis e a VVS e apresentar à equipa os documentos criados.

Atividades planeadas:

- Planeamento da sessão formativa
- Pesquisa bibliográfica sobre o tema da sessão formativa
- Elaboração do plano da sessão formativa (Apêndice 3)
- Elaboração da apresentação de suporte para a sessão formativa (Apêndice 4)
- Agendamento da sessão formativa com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, com a enfermeira orientadora e com a docente orientadora
- Reserva de sala no Departamento de Investigação e Ensino (DIE)
- Divulgação da calendarização da sessão formativa por toda a equipa de enfermagem, através de um cartaz informativo (Apêndice 5) e pelas redes sociais (Grupo no WhatsApp)
- Apresentação da sessão formativa à equipa de enfermagem, presencialmente e via online, através da aplicação Teams
- Aplicação do questionário de avaliação já existente na instituição da sessão formativa e respetivos resultados (Apêndice 6).

Recursos humanos: enfermeira gestora, enfermeiro responsável pela formação em serviço, enfermeira orientadora, equipa e docente orientadora.

Recursos tecnológicos: computador, internet, videoprojector, e sala do DIE.

Indicador de avaliação: Todo o suporte para a sessão formativa foi apresentada previamente à Enf. Orientadora e docente, tendo sido sendo validada para a sua realização, resultados obtidos através da utilização posterior do questionário de avaliação, em apêndice.

3.4 AVALIAÇÃO

Na metodologia de projeto, a avaliação é ininterrupta, admitindo a redefinição de objetivos, bem como de atividades e estratégias a desenvolver, com vista à execução do projeto. A avaliação deve ser um procedimento diligente e rigoroso, implicando a comparação entre os objetivos traçados inicialmente e os objetivos alcançados. No final, a avaliação do projeto deve incluir a confirmação da concretização dos objetivos que foram inicialmente estabelecidos e caso não se verifique, devem ser reconhecidos quais os fatores persuasores e quais as conclusões disso. Posteriormente, devem ser definidas novas estratégias que diligenciem a sua obtenção (Ferrito et al., 2010).

A avaliação final pressupõe uma atitude reflexiva, em que se questiona tanto os objetivos alcançados, apreciando criticamente a sua pertinência na globalidade do processo, como os objetivos não atingidos, analisando as pressões que prejudicaram o processo e simultaneamente, os acertos que poderão ser executados, contribuindo assim para a sua obtenção (Ferrito et al., 2010).

Para o primeiro objetivo que nos propusemos, elaboramos um cartaz de ativação do protocolo VVS (Apêndice 8), segundo as diretrizes da norma de atuação da DGS, obedecendo às regras existentes da psicologia das cores e das formas, o segundo objetivo foi concretizado através da criação dos pósteres (Apêndice 8) com os critérios de inclusão/exclusão de sépsis. Para o terceiro objetivo criámos um ficheiro informático com a informação detalhada de como ativar e desativar a VVS no sistema Alert (Apêndice 9), ficando o mesmo disponível para consulta, por parte da equipa, numa pasta partilhada. Para concretizar o último objetivo realizámos uma formação em serviço sobre a temática e também nesse momento apresentámos os documentos referidos anteriormente à equipa de enfermagem do SU, por forma a dar a visibilidade à VVS tornando-a mais operacional. No final da sessão, como ferramenta avaliativa da mesma, foi aplicado um questionário de avaliação utilizado na instituição aos participantes (presencial e on-line), através da plataforma *Google Forms*®. Este teve com objetivo a avaliação da formação, em vários níveis (conteúdos programáticos, organização, qualidade do material e meios pedagógicos) e o formador, quanto ao seu desempenho.

Tendo em conta tudo o apresentado anteriormente, pensamos ter alcançado todos os objetivos propostos.

No próximo capítulo passaremos à análise da aquisição e desenvolvimento das competências.

4 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Atualmente em saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem avocam uma pertinência cada vez maior, com uma gradual exigência técnica e científica, nesse sentido, a necessidade da diferenciação e especialização são uma realidade vivida pelos profissionais de saúde (OE, 2019b).

Para a atribuição do título de EE, a OE presume, que para além da confirmação das competências expressas em cada um dos Regulamentos da devida Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais repartam um conjunto de competências comuns, ajustáveis em todas as situações de prestação de cuidados de saúde (OE 2019b) , sendo o EE o profissional a quem se legitima uma competência científica, técnica e humana para conferir, cuidados de enfermagem distintos dentro da sua área de especialização (OE, 2019b, p.4744).

O presente ME, com especialização em EMC – PSC, supõe a obtenção e desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre. Estas são geridas pelo Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro (OE, 2019b), Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (OE, 2018a) e pelo disposto no Art.º 15 do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, em documento exposto à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015; Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Segundo o documento, o grau de mestre é conferido a quem:

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

Nesta última etapa do relatório pretendemos realizar uma apreciação ponderada, crítica e refletida, de todo o trajeto educativo, tendo por base os regulamentos já referidos, e concedendo

importância ao EF, que se tornou de grande importância, no processo de obtenção e desenvolvimento de competências.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

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 (OE, 2019).

A análise será estruturada, visando um abrangente conjunto de domínios, que apontam para a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no cruzamento com as competências de mestre em enfermagem.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de mestre em enfermagem

3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

O EE tem o dever de uma prestação de cuidados, fundamentada no respeito pelos direitos humanos, fomentando a segurança, privacidade e a autodeterminação da pessoa a quem presta cuidados, garantindo a sua dignidade (OE, 2019a).

A Enfermagem, como profissão, tem a sua prática direcionada pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Código Deontológico do Enfermeiro, onde

estão esclarecidos os deveres profissionais e as responsabilidades, tendo sempre em apreciação os direitos dos cidadãos e das comunidades.

No decorrer do EF, com o intuito de desenvolver as competências já referidas, reconhecemos ser fundamental, proceder à pesquisa e estudo dos vários documentos de domínio ético e deontológico, que regulam a profissão de Enfermagem e de outros documentos relativos à proteção dos direitos humanos. No decorrer do primeiro semestre deste mestrado, foi lecionada uma UC de epistemologia, ética e direito em enfermagem, que facilitou a obtenção de conhecimentos importantes, para aperfeiçoar a prática, que se revelaram cruciais durante o EF. Estes conteúdos tornaram-se ferramentas fundamentais, que possibilitaram fomentar um pensamento crítico, acerca das práticas diárias, visando o desenvolvimento de um exercício profissional e ético, na sua área de intervenção. Esta mudança de atitude é decididamente importante no nosso exercício, em que as deliberações são sustentadas em princípios, valores e normas deontológicas.

O primeiro estágio que decorreu numa UCI, local em que a grande maioria dos utentes, se encontra sedado e impedido de comunicar, apesar disso, procuramos garantir o respeito pela privacidade, atestar o sigilo profissional, assegurar o respeito pelas crenças, valores e culturas, e garantir a presença da família em todo o processo de saúde/doença e de tomada de decisão inerentes ao mesmo. Os deveres de sigilo profissional e o respeito pela intimidade, encontram-se explanados no código deontológico nos artigos 85º e 86º (OE, 2015).

Após esta breve referência ao estágio realizado numa UCI, o EF foi realizado num SU, onde encontramos um ambiente promotor de stresse, quer pela tipologia de utentes críticos, quer pela necessidade de cuidados emergentes, onde as tomadas de decisão são rápidas e constantes. Se acrescentarmos ainda, a sobrelotação do serviço e as baixas dotações, estão criadas condições onde dificilmente se consegue respeitar a privacidade, apesar de tentarmos e termos estes aspetos sempre presentes quando prestamos cuidados. Neste sentido temos muitas dúvidas de quanto é preservado o direito a intimidade e privacidade da vida pessoal dos utentes no SU pelos os seus problemas estruturais e a elevada afluência de utentes. Neste contexto a unidade do próprio utente é muito reduzida ou inexistente, expondo-o aos outros utentes, acompanhantes e profissionais que circulam pelo serviço. Todos estes aspetos podem comprometer a privacidade pessoal e o direito à confidencialidade de informação, pelo que optamos por utilizar como estratégia, a colocação de biombos para individualizar a área dos utentes, quando prestávamos cuidados ou quando impossível, transportávamos o utente para zonas menos expostas, durante os procedimentos de maior invasão de privacidade, como cuidados de higiene, posicionamentos ou

algumas técnicas que impliquem uma exposição corporal. Tal como afirma Myra Levine para prestarmos cuidados de qualidade temos que abordar o utente no seu todo, de forma holística respeitando crenças, valores, costumes, vontades do utente e família, sempre focalizados na cura. O EF decorreu num SU e maioritariamente na SE, onde são assistidos os utentes graves, em risco de vida. O atendimento de um utente crítico na SE necessita, na maioria das vezes, de uma abordagem pluridisciplinar, sendo a prioridade das nossas intervenções, centralizada nas medidas avançadas de vigilância, monitorização, terapêutica e suporte de funções vitais, com vista à estabilização hemodinâmica do utente, para posterior transferência para um serviço diferenciado e dar continuidade aos cuidados. Neste contexto de emergência é delicado tomar decisões, quer pela ausência de informações clínicas do utente, quer pela ausência de um testamento vital, ministramos a nossa prática pelos princípios da beneficência e da não-maleficência. Assim, nem sempre conseguimos obter o consentimento livre e esclarecido do utente para as nossas ações, mandando nestes casos o artigo 8º que refere sempre que, em virtude de uma situação de urgência/emergência, o consentimento não for obtido, poder-se-á atuar imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa (AR, 2001). As situações vivenciadas na SE com elevado grau de complexidade, impõem que sejamos detentores de conhecimentos/saberes consistentes e requerem uma atuação direta e segura, baseada na evidência. Assim e de acordo com o regulamento da SE o enfermeiro que presta cuidados neste local tem de ter obrigatoriamente, formação em SAV e em trauma. Este pressuposto vai ao encontro do artigo 109º do código deontológico, alusivo à excelência do exercício profissional, que refere que o enfermeiro deve preservar a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, mantendo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. (OE, 2015b, p.86). No contexto de SU, pensamos que, apesar dos cuidados à PSC terem sido centralizados em intervenções direcionadas para procedimentos técnicos de suporte vital, dos quais depende a sobrevivência da pessoa, afirmamos sempre que, o respeito pelos princípios da ética foram cumpridos, particularmente, o princípio do respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (OE, 2015c), não descuidando também os pressupostos dos valores universais, já citados anteriormente no artigo 99º da Deontologia Profissional. O utente crítico apresenta, limitações na compreensão e expressão, neste sentido e logo que seja pertinente garantimos ao utente/família o direito à informação, conforme refere o artigo 105º da deontologia profissional, onde é descrito que enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (OE, 2015b) e conforme é exposto também na Lei das Bases da Saúde, em que é

referenciado que todas as pessoas têm direito a ser informadas de forma objetiva, adequada, compreensível, sobre a sua situação (AR, 2019). Realizada a reflexão sobre a nossa práxis, acreditamos que prestamos cuidados fundamentados nos princípios e valores éticos e com elevada qualidade, numa perspetiva holística, respeitando os valores, crenças e religiões de cada pessoa.

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências foi preponderante os conteúdos teóricos abordados ao longo do mestrado e para este domínio em específico, realçamos os conteúdos lecionados na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, na comunicação de más notícias e na relação de ajuda, assim como os trabalhos realizados na UC EMC 1, abordando as várias teorias e modelos conceituais de enfermagem

De acordo com o mencionado, conclui-se que durante o EF foram realizados cuidados, respeitando a deontologia profissional e o REPE, particularmente na preocupação com a liberdade e a dignidade humana (artigo 99.º), dos valores humanos (artigo 102.º) e dos direitos à vida e à qualidade de vida (artigo 103.º).

Domínio da melhoria da qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Competências de mestre em enfermagem:

5– Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

7– Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A qualidade e a segurança na saúde constituem, obrigações éticas e de responsabilidade, associadas a todas as equipas de saúde, visto que, perentoriamente convergem para a minimização dos riscos, para o crescimento da acessibilidade à saúde, das opções, da mudança, da igualdade e do respeito pertencente aos cuidados disponibilizados (MS, 2015). Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica têm como propósito, serem uma referência para a exercício da profissão, que estimule a reflexão e a conceção de projetos de melhoria contínua da qualidade de cuidados (OE, 2017). Fazendo uma reflexão sobre os cuidados e a sua qualidade, temos que referir que no SU existem problemas nos espaços físicos

já descritos, existem dotações insuficientes e uma sobrecarga de trabalho. Assim sendo, a dotação de enfermeiros especialistas na área médico-cirúrgica, com competências em PSC, competências que esperamos atingir brevemente, encontra-se relacionada com a melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao utente crítico, desempenhando um papel crucial no impulso à cultura de segurança. Segundo Larrabee (2011), para que seja praticável, estes profissionais devem recorrer à evidência científica mais recente e desenvolver atividades que conduzam à mudança, para a prática baseada na evidência.

Assim, para o melhor desenvolvimento das competências neste domínio procedemos à leitura de documentos neste âmbito, nomeadamente: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho nº 187/2021); Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC (OE, 2015a), salientamos também a importância dos conteúdos abordados na UC Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, na de Gestão em Saúde e Governação Clínica, e na UC de Investigação onde lecionamos a metodologia de projeto, todas contribuiram para a revisão de conceitos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 aponta para cinco pilares que são: **cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do utente e práticas seguras em ambientes seguros**. (Despacho nº 187/2021) pretende neste sentido envolver mais as instituições de saúde nesta problemática, fomentando a formação nestes domínios.

No decorrer do EF também foi importante consultarmos documentos relacionados com as políticas de gestão e com os projetos de melhoria contínua no CH X, bem como normas e protocolos em vigor. A consulta destes documentos permitiu-nos tomar conhecimento dos objetivos estratégicos da instituição e do SU e assim, identificar quais as áreas com necessidade de melhoria. Neste sentido o PIM foi desenvolvido com a finalidade de responder de forma eficaz a necessidade identificada no SU. Esta necessidade enquadra-se no plano de segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico, neste caso cuidados prestados ao doente com sépsis. Elaboramos vários documentos, desde cartazes a pósteres e ficheiros informáticos sobre a temática, realizamos uma formação em serviço para realçar a importância da temática do utente com sépsis e apresentamos os documentos mencionados anteriormente à equipa, de acordo com o já apresentado neste trabalho.

No SU e mais especificamente em contexto de SE, dada a elevada complexidade de cuidados inerentes à PSC, foi essencial a consulta e análise das normas e dos protocolos de atuação em vigor no serviço, por forma a mantermos um nível de conhecimento atualizado, por forma a

garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos utentes. Tornou-se também essencial a familiarização com os diversos equipamentos, em particular com aqueles que não lidamos regularmente (monitores multiparâmetros, carros de urgência e desfibrilhadores, ventiladores com possibilidade de vários modos de ventilação, rampas, bombas) por exemplo. Achamos que ao longo do EF conseguimos adquirir as competências técnicas, essenciais á sua manipulação, aplicação em práticas de risco em que se exige, segurança e rapidez de intervenção.

Consideramos a segurança da comunicação, uma peça basilar no que diz respeito à segurança do utente, especialmente no que concerne à mudança de responsabilidade na prestação de cuidados (passagens de turno, transferências e altas), garantindo a continuidade dos cuidados e prevenindo falhas de informação, que fomentassem a ocorrência de incidentes, com eventual malefício para o utente (Ahn et al., 2020). No SU seguimos as indicações da normativa da DGS n.º 001/2017, comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que recomenda a técnica ISBAR (Identification/ Identificação; Situation/Situação atual; Background/Antecedentes; Assessment/ Avaliação e Recommendation/Recomendações), como metodologia de comunicação segura (DGS, 2017b). Neste sentido e por forma a evitar possíveis incidentes, achamos que a utilização da técnica ISBAR, seja uma metodologia de comunicação segura, uniformizando a transmissão de informação oral. Assim, durante o EF, procuramos elaborar registos de enfermagem completos na SE que possibilitassem uma transição de cuidados de saúde segura, recorrendo metodologia. Apesar da utilização da metodologia ISBAR para a transição de informação oral, achamos importante referir que a existência de vários programas informáticos responsáveis por vários tipos de informações clínicas (como exemplo: Bicu, Alert, Sclinico) cada um com a sua especificidade, dificultam a passagem e consequente registo de informação pertinente, entre os vários serviços envolvidos.

Continuando na linha de segurança do utente e de acordo com o PNSD de 2021-2026 achamos de máxima importância a identificação correta dos utentes, O elevado número de utentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados e a necessidade de resposta imediata às situações de emergência, aumentam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes. A identificação inequívoca do doente deve, sempre, ocorrer antes de qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou à prestação de serviços de apoio. Esta identificação deve ocorrer sempre, por exemplo: antes da realização de exames radiológicos, da administração de medicamentos, sangue, antes da colheita de qualquer espécimes para análise, antes de tratamentos ou de qualquer ato cirúrgico, antes de servir uma refeição e deve também ser verificada a correta

correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Indo ao encontro do já referido, privilegamos uma atitude de qualidade dando sempre prioridade ao estudo farmacológico dos medicamentos com que estávamos menos familiarizados prevenindo assim o erro e identificando sempre o utente antes de qualquer cuidado a prestar. Neste CH X também se aplica as orientações provenientes da DGS (2011) e concomitantemente realizam-se auditorias anuais por uma comissão, para validar as práticas de qualidade e garantir a segurança dos utentes.

Abordamos de forma breve o assunto das quedas e das úlceras de pressão, problemas de saúde pública e que são indicadores de qualidade dos cuidados prestados no SU. As quedas estão na origem de cerca de 10 a 15% dos episódios de urgência, e um dos principais motivos de internamento (MS, 2015b), Admitindo a extensão do seu impacto, a DGS (2019b) emitiu uma norma, que aponta para a prevenção e intervenção neste campo de ação, recomendando a avaliação do risco, por aplicação da Escala de Quedas de Morse. No que concerne às úlceras de pressão que representam sofrimento, aumentam o risco e a prevalência de infeções, influenciam negativamente a qualidade de vida dos utentes e dos seus cuidadores/familiares, podendo, no limite, precipitar a morte da pessoa (Alshahrani et al., 2021). Também neste sentido e dado o seu impacto, a DGS determina a utilização da escala de Braden, como documento de avaliação de risco (DGS, 2011). Apesar destas diretrizes ou normas de atuação, nem sempre são aplicadas em tempo útil no SU, devido ao fato das condições físicas não serem as ideais, associado à sobrelotação e derivado também às insuficientes dotações.

Para terminar esta reflexão sobre a segurança e qualidade dos cuidados não podemos deixar de abordar o tema das infeções associadas aos cuidados de saúde a sua prevenção e controlo, sendo este tema central das competências EE em EMC à PSC iremos abordá-lo de forma mais abrangente, mais adiante neste relatório no âmbito das competências específicas. De acordo com o descrito anteriormente, consideramos que as atividades desenvolvidas permitiram adquirir as competências deste domínio, assim como as de mestre em Enfermagem

Domínio da gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Competência de mestre em enfermagem

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Começamos por assinalar que para o desenvolvimento das competências supracitadas, foi realizada uma pesquisa bibliográfica relativa à gestão de cuidados e tipos de liderança e uma revisão dos conteúdos programáticos apresentados na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, com aplicação desses conhecimentos na prática clínica.

No decurso do EF procedemos à observação e análise das funções adotadas pelo enfermeiro gestor e pelos enfermeiros responsáveis de equipa. Assim, a OE (2019b) refere que o EE deve deter competências na área de gestão dos cuidados, efetuando a gestão dos mesmos, potencializando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo assim a segurança e a qualidade, adaptando os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais apropriado à garantia da qualidade dos mesmos. A gestão é reconhecida pela OE como uma zona de intervenção de enfermagem, sendo que o Regulamento n.º 101/2015 (OE, 2015c) encaixa o perfil de competências desta área, entre os quais sobressaem, a comunicação, as técnicas singulares de gestão, as técnicas de enfermagem, articuladas com a preocupação no que diz respeito à qualidade e ao trabalho em equipa.

Da nossa auscultação crítica, no percurso do estágio, apercebemo-nos do elevado grau de exigência, intrínseco a estas funções, que exigem confiança alicerçada em conhecimento científico (Sobrinho et al.,2018). Analisámos a gestão de recursos humanos neste serviço efetuada pelo enfermeiro gestor e verificamos que nem sempre se revela uma tarefa simples, dado o elevado absentismo. Tem tarefas, como validação de trocas, verificação da assiduidade e elaboração de horários de trabalho. Esta gestão revela-se imprevisível, sendo que o objetivo do gestor é de dar resposta às ausências, no sentido de manter a qualidade dos cuidados, a segurança dos utentes e as dotações apesar de insuficientes, serem seguras. Verificámos que estas tarefas são partilhadas com os enfermeiros que colaboram com os gestores. No que respeita à gestão de recursos materiais o gestor tem a preocupação diária de requisitar todo o material de consumo clínico e de terapêutica necessário para a prestação de cuidados e tem a responsabilidade acrescida de verificar que todos os equipamentos, estejam funcionais para a sua utilização. Ao

longo do EF observamos também as funções desempenhadas pelos enfermeiros chefes de equipa. São eles que são chamados para as tomadas de decisão relacionadas com a gestão dos cuidados, dos recursos humanos e dos recursos materiais. Este profissional geralmente não desempenha funções na prestação direta de cuidados, ficando sem posto atribuído, prestando auxílio aos elementos da sua equipa, nas áreas de cuidados com maior carência. Uma das principais atividades desenvolvidas pelo enfermeiro chefe de equipa prende-se com a gestão dos cuidados, de acordo com os recursos humanos disponíveis, fazendo a distribuição dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, pelos diferentes setores, elaborando um plano de trabalho. Verificamos que, a elaboração deste plano de trabalho visa garantir o equilíbrio na distribuição dos profissionais pelos vários postos de trabalho e a sua rotatividade pelos mesmos. Realçamos também que, o mesmo tem a preocupação diária de verificar as condições de todos os setores de trabalho do SU, por forma a identificar alguma situação preocupante e também para certificar o bem-estar dos elementos da equipa de enfermagem.

Observámos também que as funções de enfermeiro chefe de equipa, são assumidas geralmente por um EE, conforme o previsto no parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC (OE, 2017). No entanto, por vezes essa responsabilidade é atribuída a outros enfermeiros, reconhecidos perante a equipa como peritos, que de acordo com o modelo de competências de Benner (2001), são profissionais com grande experiência, que compreendem de forma intuitiva cada situação e são capazes de identificar os problemas, e agir de forma eficiente na resolução de situações inesperadas e críticas.

Face a esta realidade, a OE (2017b) afirma que, os EE, são os profissionais mais habilitados e com formação mais apropriada na área da gestão, pelo que lhes compete a atribuição da função de responsável de turno. Nos contextos particulares dos SU (OE, 2015b) e das UCI (OE, 2018b), sempre que exequível, deve ser o EE em EMC-PSC a exercer essas funções, orientações que, apesar das limitações impostas pela composição das equipas, eram obedecidas no decurso do estágio.

Conforme referimos anteriormente o EE deve ser o responsável de turno e nesse sentido, associado a essa função não podemos deixar de referir a liderança em enfermagem. A liderança, é compreendida como uma ação interpessoal, exercida num dado contexto e é orientada através do processo de comunicação, para a obtenção de um ou mais objetivos específicos (Sobrinho et al., 2018). A liderança, é fundamental, em todos os tipos de organizações, orienta as pessoas no sentido da concretização das atividades necessárias, de forma voluntária, revelando a intenção de controlar as ocorrências, a sabedoria de indicar as direções a seguir e a aptidão de orientar na

realização das ações, recorrendo, de forma cooperativa, a capacidades e habilidades de outras pessoas (Chiavenato, 2014). Nesta linha de conceção, sempre que o enfermeiro coordenar um contexto específico, persuadindo outros a ter determinado comportamento, estará a liderar. Pertence ao líder estimular a criatividade da equipa liderada, fomentar laços e favorecer o debate coletivo, promovendo o trabalho em equipa e a participação nos processos de decisão, reconhecendo o valor de cada um, associado à complexidade inerente à natureza dos cuidados prestados (Sobrinho et al., 2018).

Da observação do tipo de liderança praticada pela enfermeira responsável pela orientação clínica, ressalta o conhecimento profundo da equipa de enfermagem, facilitando desta forma, a melhor distribuição dos recursos humanos de acordo com as competências exigidas, nos diferentes postos de trabalho. Observamos a delegação de funções no segundo elemento da equipa sempre que necessário. Era uma liderança motivadora e promotora da autonomia dos elementos da equipa nas tomadas de decisão, intervindo apenas em contextos mais complicados e que assim o exigiam. Coerente com esta postura, refletindo-se na sua orientação clínica no decorrer do estágio, apresentou uma conduta promotora da nossa autonomia, mediada pelo apoio atento e pertinente, disponibilizando tempo para refletirmos sobre as situações mais emergentes por nós vivenciadas.

Da argumentação apresentada, cremos ter desenvolvido e obtido o essencial das competências comuns do EE enquadradas no domínio da gestão de cuidados (OE, 2019a) e da primeira competência de Mestre em Enfermagem (UE, 2015).

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências de mestre em enfermagem

2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

As experiências vividas, a investigação e a procura pela evidência científica mais recente tornaram possível um processo de autoconhecimento, na dimensão em que, criaram reflexões diárias sobre os sentimentos envolvidos e, também, das necessidades de conhecimentos por forma a aprimorar a prestação de cuidados, reflexo destes momentos resultou num artigo sobre o projeto de estágio (Apêndice 2). O EF foi decisivo neste processo, pois proporcionou um aumento progressivo do nível das aprendizagens profissionais. Na sala SE abordamos o utente crítico de acordo com a metodologia ABCDE, e desenvolvemos capacidades de registo em enfermagem já há muito esquecidas, atuamos de acordo com protocolos de atuação, como via verde AVC e via verde CORONÁRIOS que se encontram bem otimizadas, transportamos utentes para a pista do Helicóptero, apenas como exemplo de aprendizagem. O fato de nos afastarmos da conjuntura habitual de trabalho e da nossa área de intervenção, constituiu um enorme repto que, exigiu da nossa parte altruísmo, querer, motivação e foco no processo de adaptação que se impôs. Assim, reconhecendo os nossos limites e as nossas dificuldades, procedemos à aquisição de novos conhecimentos, através de pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas e através da revisão dos conteúdos teóricos abordados nas UCs ao longo do mestrado, com o objetivo de prestarmos cuidados seguros e de qualidade, baseados sempre, numa prática alicerçada na evidência mais recente. Tal como nos diz a OE (2019b), os enfermeiros para conseguirem uma adaptação individual e coletiva, em toda a sua extensão, precisam de desenvolver as competências, no que diz respeito ao autoconhecimento.

Neste contexto, após o referido, durante o EF procuramos fazer uma reflexão conjunta com a enfermeira orientadora, sobre o nosso autoconhecimento, assertividade e sobre os cuidados prestados. Quando avaliamos uma ação e refletimos sobre a mesma, estamos a favorecer a mudança.

A segurança e assertividade nos cuidados aos utentes em situação crítica e seus familiares, foram situações trabalhadas ao longo do EF, apesar da nossa longa experiência profissional, esta é escassa nesta área tão específica o que provocou, numa fase inicial, um sentimento de insegurança, incerteza e de alguma dúvida, quanto às nossas competências, levando-nos a gerir esses sentimentos, de forma a não comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Não obstante, importa realçar que os conhecimentos adquiridos na UC Relação de Ajuda, foram fundamentais para o desenvolver de aptidões pessoais para gerir o stress.

A UC de Formação e Supervisão em Enfermagem e a de Investigação em Enfermagem, desempenharam um papel preponderante na elaboração do PIM, pois deram-nos conhecimento, saberes e instrumentos, essenciais à construção deste projeto.

Como o objetivo de difundirmos conhecimentos e operarmos como formadores, efetuamos uma formação em serviço sobre a temática do PIM, por forma a proporcionar à equipa, a obtenção e/ou atualização de conhecimentos sobre sépsis, permitindo igualmente, a apresentação de um cartaz do algoritmo da VVS e dos restantes instrumentos validados do PIM. Deste modo, consideramos que demos um contributo pertinente para o desenvolvimento e divulgação da investigação, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. É de referir que o diagnóstico das necessidades formativas e o planeamento da sessão, contribuíram para o sucesso da apresentação e tiveram como base os conhecimentos adquiridos na UC Formação e Supervisão em Enfermagem. Referimos ainda que durante o período em que decorreu o mestrado foi possível participar nas formações de SAV (Anexo 2) e de ITLS (Anexo 3) que contribuíram para um maior desenvolvimento profissional. Pensamos que depois do exposto alcançamos com sucesso, as competências relacionadas com o domínio das aprendizagens profissionais e as de mestre em Enfermagem.

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

As competências específicas do EE são as que resultam das respostas humanas ao percurso de vida, às questões de saúde e do espaço de intervenção definido, para cada dimensão de especialidade, explicadas através de um elevado nível de adaptação dos cuidados, às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019b).

Considerando a extensão da especialidade em EMC, em 2018, a OE, admite a necessidade de especialização dos cuidados, em distintos campos de ação emergentes. Define que o EE em EMC-PSC, responde às necessidades que podem resultar de situações de emergência, exceção ou catástrofe, confere cuidados de enfermagem muito qualificados, de forma contínua à pessoa, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, de acordo com as atividades afetadas e mantendo as funções básicas de vida, prevenindo assim as complicações, delimitando incapacidades, tendo como objetivo a sua recuperação total (OE, 2018d).

Assim sendo, são instituídas pela OE, três competências do EE em EMC-PSC, que são:

- 1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- 2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação;
- 3) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p. 19359).

Neste capítulo elaboramos uma análise sobre o percurso efetuado no desenvolvimento e na obtenção das competências específicas de EE em EMC-PSC e fazemos a sua interligação, com as competências de mestre em enfermagem.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre em Enfermagem

1 – Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Identificamos, com frequência, que a situação crítica, envolve a falência múltipla de órgãos, ficando relacionada com a morbilidade e mortalidade. Todavia, na maioria dos utentes, subsiste uma altura em que se identifica o dano fisiológico, que precipita o agravamento da situação clínica e a quebra orgânica, sinais que, de acordo com a pesquisa, frequentemente não são identificados (Bennett et al., 2016). Utilizando os conhecimentos adquiridos, procurámos desenvolver uma atitude proactiva, antecipando complicações, no sentido de prevenir incapacidades irreversíveis para o utente. Assim sendo, foram marcantes, os estudos dos conteúdos teóricos abordados nas diversas UC, nomeadamente, Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, EMC 1, EMC 2, EMC 3, EMC 4 e EMC 5, e com a conclusão dos cursos Advanced Life Support (ALS)(SAV) e International Trauma Life Support: Advanced Provider Course (ITLS).

A PSC requer cuidados altamente qualificados que promovam resposta às necessidades afetadas, com o objetivo de preservar ou restaurar as funções primárias de vida, prevenindo complicações e delimitando incapacidades, no sentido da sua recuperação (OE, 2018). Este EF foi uma oportunidade de aprendizagem complementar, para melhor compreendermos a abordagem à PSC, numa perspetiva geral. Por sua vez, a vertente do Cuidar, em contexto de urgência/emergência era uma limitação na nossa formação, tornando-se exequível melhorar competências/desempenho com a realização do EF no SU, onde se torna essencial, uma resposta célere ao utente crítico, com características distintas.

Realizamos o EF no SU, concentrado maioritariamente na SE, de forma a ampliar as vivências nos cuidados à PSC e posteriormente, aumentar as ocasiões de aprendizagem. Contudo, desempenhámos funções em algumas áreas específicas do serviço, permitindo-nos assim, compreender todo o circuito do utente, desde a sua admissão, até ao internamento, transferência inter-hospitalar ou alta para o domicílio ou ainda o destino menos desejado que é a morte. Na SE são acolhidos os utentes mais críticos, com risco iminente de vida, que se enquadram nos critérios de admissão pré-definidos. Assim sendo, os triados com a pulseira de gravidade mais elevada (vermelha) pelo sistema de Triagem de Manchester, têm entrada direta para a sala. Neste sentido, o médico da SE tem a missão de avaliar, os utentes transportados pela VMER, os críticos oriundos de outros hospitais e os utentes que precisam de realizar algum protocolo da SE. Além disso subsistem outras situações que podem necessitar da avaliação por parte do médico da SE, podendo precipitar a entrada do utente na sala, como o caso de alterações na via aérea, ventilação, saturação periférica de oxigénio, circulação e estado neurológico. No decorrer deste EF, prestamos cuidados a utentes politraumatizados, do foro cardíaco previamente referenciado pela Via Verde CORONÁRIOS e do foro neurológico também estes referenciados pela Via Verde AVC. O que preconizamos nesta SE, é que a permanência destes utentes seja curta, apenas o tempo estritamente necessário para a sua estabilização, para em seguida encaminharmos os utentes para o local mais apropriado à continuidade dos cuidados, o que nem sempre se tornou possível dada a constante sobrelotação do serviço.

Segundo referimos, os cuidados à PSC, supõem o recurso a um método de avaliação, que possibilite um rápido reconhecimento dos problemas e uma priorização das ações a executar, mediante a colheita de informação, alcançada por uma monitorização exequível. Assim sendo, no decurso do EF, adquirimos competências no rápido reconhecimento e na resposta precoce e preventiva dos focos de instabilidade e risco, antecipando assim as complicações. Para tal, aplicámos a metodologia ABCDE (A (*Airway*) - permeabilização da Via Aérea; B (*Breathing*) -

ventilação e oxigenação; C (*Circulation*) - assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D (*Disability*) - disfunção neurológica; E (*Exposure*) – exposição com controlo da temperatura) (*American College of Surgeons- ACS*, 2018), na avaliação, monitorização e registo contínuo da situação crítica. Esta abordagem compreende uma apreciação rápida e vertical do utente, consentindo uma avaliação metodizada, estabelecendo prioridades na resolução dos problemas identificados, que ponham em risco a vida do utente, antes de prosseguir com a avaliação (INEM,2019).

No SU tem disponível e para consulta distintos protocolos de atuação, validados para diversas situações, exigindo-nos a necessidade de conhece-los e aplicá-los sempre que necessário. Na SE destacamos alguns como: VVS; via verde AVC; via verde Coronários, abordagem ao grande queimado; via aérea difícil; administração de ácido tranexâmico; administração de terapêutica fibrinolítica; administração de terapêutica vasopressora; abordagem major ao politraumatizado, entre outros. Neste sentido foram criados kits de intervenção por forma a auxiliar a sua aplicabilidade. Assim, desenvolvemos competências na administração de protocolos medicamentosos complexos, legitimamos a sua importância na uniformização das suas aplicações, sustentadas pela evidência científica mais recente, coadjuvando os profissionais na tomada de decisão, por forma a acautelar complicações. A prestação de cuidados consolidada em protocolos, proporciona uma maior segurança nos procedimentos, reduzindo o tempo de resposta e a ocorrência de enganos, ajudando para um incremento da segurança do utente e para a qualidade dos cuidados dispensados (Sales et al. 2018).

Ao longo do EF tivemos ocasião de aplicar muitos dos protocolos citados, mantendo sempre o foco nas hipotéticas dificuldades e como as resolver. Podemos referir alguns exemplos que vivenciamos, como as vezes que foram acionadas a via verde AVC e a via verde Coronária, onde aplicamos os respetivos protocolos em vigor. Experimentamos também situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), situação que nos permitiu observar o nível de atualização da equipa e por em prática os conhecimentos obtidos no curso de SAV realizado no decorrer do EF. Após as quais foram realizados períodos de reflexão, de debriefings. Estes momentos foram fundamentais para realizarmos uma introspeção sobre nós próprios, servindo também para aprofundarmos conhecimentos, validarmos as nossas competências e as nossas limitações, contribuindo assim para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, conduzindo à melhoria do nosso desempenho nos cuidados prestados. Usufruímos também da oportunidade de desenvolver competências, no campo de ação do transporte intra-hospitalar do utente crítico, pois acompanhámos habitualmente utentes ao serviço de imagiologia para realização de exames

complementares de diagnóstico e transportávamos utentes para a hemodinâmica. Realçamos também que, o nível dos cuidados e a segurança, se deve manter durante um transporte, pelo que o EE assume um papel decisivo neste procedimento, na medida em que deve certificar que todos os recursos necessários, para a realização do transporte estão funcionais, prevenindo deste modo, eventuais situações de instabilidade.

Na prestação de cuidados à PSC, como EE devemos manter o foco na gestão da dor e do bem-estar, por forma a otimizar as respostas (OE, 2018). Deste modo, durante o EF tivemos o cuidado de atualizar conhecimentos nesta área, com o objetivo de melhorar as nossas práticas. A avaliação da dor na PSC torna-se complicada, e é um enorme repto na prestação de cuidados. Esta complexidade, diz respeito à circunstância de que o utente crítico, numa grande percentagem, não consegue manifestar a sua dor, mas não devemos negligencia-la, pois pode levar a uma lacuna na qualidade dos cuidados. Nesse sentido, procuramos avaliar a dor através das ferramentas de apreciação, adequados a cada situação clínica, planeamos ações para controlar a dor, priorizamos o bem-estar da pessoa, reduzimos a intensidade da dor, utilizando para o efeito as escalas da dor adequadas (escala numérica para utentes conscientes e a Behavioral Pain Scale para os inconscientes) e administramos medicação adequada a cada situação.

De acordo com Myra Levine nós devemos ter a capacidade de avaliar o utente de uma forma holística, ou seja, o utente é um ser individual, social e familiar. Devemos integrar a família nas tomadas de decisão, comunicarmos as informações clínicas pertinentes, apesar da nossa prioridade perante uma PSC, ser a sua estabilidade hemodinâmica. O utente e a família estão numa situação inesperada, ficando mais debilitada e frágil perante a doença repentina. Assim, o nosso papel nesta relação utente/família, é primordial para a manutenção do equilíbrio. Já Chalifour referia que devemos promover a relação terapêutica, por forma a contribuir para a aquisição de competências por parte do Outro, para que este consiga lidar com os seus problemas, se ajuste às situações, perceba a realidade experienciada com transparência e alcance os seus objetivos (Chalifour, 2008).

Para estabelecermos uma relação terapêutica, é imprescindível que haja uma comunicação eficiente, apesar da SE ser um espaço em que o utente tem uma passagem breve e um local em que uma percentagem significativa de utentes se encontram inconscientes ou com dificuldades marcantes em comunicar. Esta ligação com a família é de grande importância, não só para recolhermos informação clínica, por vezes vital, mas também para informarmos o utente e a família do plano terapêutico a seguir. Achamos que com este envolvimento, reduzimos a ansiedade e os medos, que se encontra a viver no processo de doença súbita.

Evidentemente que falando de comunicação e após o referido anteriormente, temos que abordar o assunto das más notícias. Esta é encarada com alguma dificuldade pela maior parte dos profissionais de saúde, pela conjugação de emoções associadas. Neste caminho do EF, a comunicação de más notícias aconteceram, infelizmente com alguma frequência, não podemos dizer que era aplicada as seis fase do protocolo spikes (S- Setting, P- Perception, I- Invitation, K- Knowledge, E- Emotions e S- Strategy and Summary) (Protocolo de Buckman 1992), mas seguramente respeitamos as regras da privacidade para transmitir a notícia, mostramos disponibilidade, escolhemos um local mais isolado, demos tempo à família para realizar o luto, apesar das condições físicas do serviço não serem as ideais. Para o bom desempenho destas atitudes terapêuticas mencionadas, foram fundamentais os conhecimentos adquiridos na UC de Relação de ajuda e Comunicação de Más Notícias.

De acordo com esta análise, achamos que adquirimos esta competência com sucesso.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Competências de Mestre em Enfermagem

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

As situações de emergência, exceção e catástrofe pressupõem um acontecimento inesperado e na maior parte das vezes súbito, tornando-se fundamental que as estruturas de saúde e proteção civil, estabeleçam estratégias que permitam, perante estes eventos, responder eficazmente. Assim, para melhorar a eficiência, existe o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, que se encontra em articulação com os Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil e com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021). Tendo em conta estes aspetos é factual e urgente, habilitarmos os enfermeiros para intervirem nestes panoramas difíceis, com diferentes graus de ação, desde a triagem, às equipas de primeira linha, passando pelas funções de coordenação e educação. Sendo nós o grupo profissional com maior expressividade em saúde e de acordo com o papel desempenhado, têm a compromisso de investirem na formação nesta área, por forma a garantirem uma resposta célere e eficaz, conforme o imposto nestas situações (International Council of Nurses- ICN, 2019).

Para conseguirmos progredir no processo de obtenção das competências fundamentais deste domínio, tentamos interpretar e interiorizar, os conteúdos dos planos de emergência, com o objetivo de compreender o desempenho das estruturas de comando, como é realizada a comunicação dentro do sistema, da tomada de decisão, e de todas as questões éticas envolvidas, nesta conjuntura. Para adquirirmos os conhecimentos necessários nesta temática, foi crucial a pesquisa da fundamentação teórica abordada na UC EMC3, no que respeita à definição, planeamento, gestão e operacionalização da resposta a situações de catástrofe ou exceção, envolvendo uma pluralidade de documentos desta temática (AR, 2015a; Conselho de Ministros, 2013; DGS, 2010; INEM, 2012; MAI, 2013). Achamos pertinente obter conhecimento sobre o plano de catástrofe do CH X (CH X, 2018b). Segundo este plano, o SU em atividade, tem a comprometimento institucional de adotar uma estratégia para dar resposta a situações, em que os apelos excedem a capacidade instalada, ou seja, situações definidas como de exceção ou catástrofe, segundo a dimensão. (CH X, 2018c, p. 1). Numa situação de catástrofe ou de exceção, torna-se imperativo existir uma reorganização funcional da instituição, por forma a garantir a prestação de cuidados, mantendo os níveis de qualidade aceitáveis perante estas situações. Daquilo que observamos o plano de catástrofe encontra-se atualizado e perfeitamente operacional.

Durante o EF, participamos numa situação de exceção, que ocorreu num turno da tarde, em que sucedeu uma intoxicação alimentar, provocada pela embude (planta que se desenvolve em locais rurais e húmidos, tóxica cuja ingestão se revela venenosa) envolvendo três vítimas. A informação foi-nos facultada pelo CODU, referenciando o número de vítimas e a gravidade das mesmas. Nesta ocorrência a primeira dificuldade esteve relacionada com o fato de existir pouca informação sobre a planta causadora da intoxicação e dos seus efeitos, segunda dificuldade prendeu-se com o fato de serem três vítimas, atingindo assim, o número máximo de espaços disponíveis na sala de emergência, existindo previamente um utente na sala por PCR. Esta situação foi solucionada com uma excelente articulação com a UCI, mostrando-se a mesma disponível para receber diretamente da rua, a utente que apresentava sintomas mais graves resultantes da intoxicação, ficando as outras vítimas alocadas na SE, onde foram estabilizados e rapidamente encaminhados, um para a UCINT e outro para a OBS. Fazendo uma breve análise desta situação de exceção, pensamos que a existência de apenas três espaços na SE seja escasso para o volume de trabalho existente nesta UH, após esta experiência, levou-nos a mudar de opinião e acharmos que esta lotação, obriga entre aspas a que o desempenho da equipa seja mais

focado, no sentido da SE se encontrar sempre disponível para situações de catástrofe ou de exceção. Pensamos que a perfeita articulação com a UCI facilitou o nosso desempenho.

O EE deve também assegurar a eficácia dos cuidados, fazendo o diagnóstico precoce de indícios de prática de crime e conservando os seus vestígios, conduzindo os casos para as entidades competentes (OE, 2018). Verificamos que na UH, subsistem diferentes comissões, entre as quais a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), que tem várias aptidões como: favorecer a preparação formação e dos profissionais neste tema e prestar apoio de conselheiro às equipas de saúde, no que concerne à sinalização, orientação e acompanhamento dos casos (CH X, 2018a). No decurso do EF não experienciamos qualquer situação de violência doméstica, não podendo observar todo o procedimento e validarmos assim a sua eficácia.

Após o exposto e, apesar de não participarmos na elaboração de qualquer plano institucional, em ações de liderança ou de treino de resposta a situações de catástrofe, exceção feita à relatada anteriormente, consideramos que a prestação de cuidados à PSC, neste contexto tal como das reflexões realizadas, sobre todos os tópicos envolvidos neste domínio de competências, achamos alcançada a segunda competência específica do EE em EMC-PSC (OE, 2018d).

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Competências de Mestre em Enfermagem

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida como uma infeção obtida pelos utentes, como resultado dos cuidados de saúde dispensados e que pode, também, atingir os profissionais de saúde no decorrer do exercício da sua atividade (DGS, 2007). Nesse sentido em 2013, a DGS definiu um plano de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), por forma a responder à necessidade de prevenir as IACS, promovendo a segurança dos utentes e a melhoria da qualidade dos cuidados (DGS, 2015). Neste sentido em 2014, iniciou-se a promoção a nível mundial das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) intrínsecos ao PPCIRA (DGS, 2017). Ainda que aproximadamente um terço a metade das IACS, possam ser restringidas com a realização das PBCI (WHO, 2021c), estas subsistem como a primeira ameaça á segurança do utente, atingindo, concomitantemente, os profissionais de saúde, em quase 9 milhões de casos comunicados

anualmente, na Europa (WHO, 2021b), razão pela qual nenhuma instituição de saúde deve menosprezar o seu impacto (DGS, 2017c).

As PBCI são os cânones de boas práticas, que devem ser executadas por todos os profissionais mediadores dos cuidados, por forma a minorar o risco de transmissão de microrganismos, de um portador para outro, direta ou indiretamente. Estas ações são aplicadas nos cuidados a todos os utentes e devem ser incentivados a que os próprios as cumpram, bem como as suas visitas (DGS, 2017).

As IACS são um problema na área da saúde, com gradual relevância a nível mundial nos últimos anos, segundo a OMS, um problema de saúde pública, que interfere na qualidade dos cuidados prestados, intimidando a sua segurança. Assim tem um impacto considerável nos utentes, nas instituições e na comunidade, pois além do aumento no tempo de internamento, provoca o incremento das taxas de mortalidade e morbidade, e acarreta um acréscimo nos custos da saúde, criando desequilíbrios a nível socioeconómico (DGS, 2017c; DGS, 2018b). Se não intervirmos nesta problemática pensa-se que até 2050, mais de 10 milhões de pessoas, poderão morrer, associado às resistências dos microrganismos aos antimicrobianos em todo o mundo (DGS, 2019).

No que concerne à prevenção das IACS, a higiene das mãos nos profissionais de saúde é evidentemente consagrada, como a medida mais acessível, barata e eficiente, e tem a capacidade de salvar 8 milhões de vidas por ano (Abdulhassan & Ali, 2020). O desenvolvimento de políticas nesta área, a qual Portugal aderiu em 2008, pode criar lucros, 16 vezes superiores aos custos da sua implementação (WHO, 2021c).

Destacamos também, que a higiene das mãos realizada pelos utentes dos serviços de saúde, mencionada excepcionalmente, é igualmente uma atividade significativa na redução das IACS (Haverstick et al., 2017).

Com o esforço desenvolvido, na prevenção e controlo, nos últimos anos, tem-se assinalado, uma propensão global para uma redução na taxa de incidência das IACS supervisionadas em Portugal, 10.5% em 2012 para os 7.8% em 2017 (DGS, 2017c), a maior contribuição advém, da redução da infeção do local cirúrgico em 12.8% e, em UCI, a minoração em 10.81% da PAV e de 30.77% da bacteriemia (DGS, 2018a).

O empenho permanente dos enfermeiros na prevenção das IACS em todas as situações inerentes à gestão e prestação de cuidados, conduziu a que a OE (2017a), anunciasse a qualidade do exercício profissional do EE em EMC-PSC, se adequa na procura continua da excelência no

exercício profissional, tendo em conta as dificuldades dos vários contextos vivenciados, e à aplicação de vastas medidas invasivas, em que o EE valoriza a prevenção e controlo da infeção.

Durante o nosso percurso profissional, as IACS sempre foram uma preocupação, pelas consequências que a interferência dos profissionais de saúde, pode provocar na vida dos utentes. Desta forma, neste EF o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tem uma intervenção preponderante na observação, formação e na implementação de medidas preventivas das IACS. Assim sendo optámos por realizar dois momentos de observação, à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais no que respeita à higienização das mãos e os seus cinco momentos, em contexto de SU. Apresentámos as percentagens, no que respeita a esta norma de atuação (apêndice 10 e 11). Julgamos que, com um maior investimento na formação, com um proporcionar de mais momentos de observação e com a divulgação dos resultados à equipa, originaria uma melhoria da qualidade dos cuidados promovendo a prevenção e controlo das IACS.

Além do referido anteriormente, outro ponto que nos empolgou e que gostaríamos de realçar, como um dos aspetos positivos é que apesar do SU ter muitas lacunas, foi evidente a preocupação premente de toda a equipa com o posicionamento dos utentes, prevenindo assim o aparecimento de feridas e úlceras de pressão, tendo em conta a corrente epidemiológica da infeção aplicando as barreiras protetoras apropriadas aos procedimentos. Destacamos também a implementação de regras de isolamento, com vantagens na prevenção e controlo da infeção, apesar de que a contrapartida pode resultar em consequências não intencionais para esses utentes, pois, como reparámos a diminuição dos contactos, pelos profissionais de saúde, pode determinar menores níveis de vigilância, aumentando a ocorrência de incidentes evitáveis como por exemplo as quedas.

Uma vez que, no EF, a SE foi considerada prioritária, na prestação de cuidados faz-nos sentido abordar a problemática das IACS neste cenário. Pensamos que, relacionado ao estado pós-pandémico em que nos encontramos e a todas as precauções associados à mesma, os cuidados prestados na SE evidenciam a preocupação total com a prevenção e controlo das mesmas.

Importa mencionar que, para o desenvolvimento das competências relatadas, foi essencial, os conhecimentos adquiridos na UC EMC 5. Das ações aplicadas e da sua ponderação crítica, acima descritas, acreditamos estarem cumpridos os princípios para considerarmos que atingimos este domínio de competência.

Pensamos após esta análise refletida, temos demonstrado o desenvolvimento de todas as competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem.

5 CONCLUSÃO

A formação constante é uma responsabilidade do enfermeiro de acordo com a deontologia da sua profissão. A investigação e o desenvolvimento profissional são deveres éticos e deontológicos, possibilitando uma procura permanente de conhecimento e evolução no que respeita as suas competências, permitindo uma prática adequada a cada utente, apoiada em evidência científica. Assim sendo, o início do curso de Mestrado em Enfermagem, foi um desafio para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, mas que proporcionou a obtenção e desenvolvimento de competências numa área de interesse pessoal – EMC- à PSC.

Percurso que termina em crescendo com a realização deste Relatório, que possibilitou reflexão e análise das competências de especialista e de mestre em enfermagem e que futuramente, será alvo de provas públicas.

Considerando a execução dos objetivos traçados, iniciámos com uma contextualização do serviço, em que desenvolvemos o estágio (SU). Prosseguimos, envolvidos no cenário do EF, em que, planeámos, desenvolvemos, executamos e avaliámos, com base na metodologia de projeto, um PIM, numa temática identificada como relevante. Como foi explorado no desenvolvimento concetual e teórico, o desenvolvimento de enfermagem deve ser sustentado pela teoria e evidência, tendo sido escolhido o modelo conceptual de Myra Estrin Levine.

A temática da sépsis propõe-se como uma área alinhada com as metas de saúde e de grande preocupação, devido ao aumento da sua ocorrência. Em Portugal, desde 2010 que existem protocolos de atuação de via verde sépsis, que facilitam a deteção precoce perante a suspeita de sépsis. Foi com este pressuposto, que através da metodologia de projeto, foi escolhido o tema para o PIM e desenvolvido numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A composição do presente relatório, encerra com a reflexão acerca do desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, e de mestre, destacando-se a competência comum do enfermeiro especialista no âmbito da melhoria da qualidade, a competência específica do enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica no que respeita á prevenção e controlo da infeção, perante a pessoa em situação de falência orgânica. No que diz respeito às competências de mestre salientamos a capacidade para a integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Não podemos deixar de aludir aos obstáculos, inerentes à harmonização da vida pessoal e profissional, com as demandas académicas, nomeadamente, o desenvolvimento dos campos de

estágios, com significativa carga horária e expressiva necessidade de trabalho autônomo de pesquisa, que se transformaram em verdadeiros reptos de perseverança e obstinação.

O desfecho do presente relatório e deste mestrado, é uma meta marcante para o futuro, pelo que se pretende dar continuidade à materialização do mesmo, mas também, avançar para novos campos e ações, que possibilitem uma prática de qualidade e o desenvolvimento das competências adquiridas durante o curso.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acordo Ortográfico de Língua Portuguesa,
<https://files.dre.pt/1s/2008/07/14500/0478404784.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde (2019). RT 14/2019: Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

Ahn, J., Jang, H. & Son, Y. (2021). Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing*

Alshahrani, B., Sim, J. & Middleton, R. (2021). Nursing Interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 2151-2168. <https://doi.org/jocn.15709>

American College of Surgeons (2018). *ATLS® Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual*, 10th Edition, <https://www.emergencymedicinenkenya.org/wp-content/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf>

American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7ª ed.). <http://hdl.handle.net/11328/2548>

Ângelo Gonzalo, Bsn, Rn. Janeiro, 2023. <https://nurseslabs-com.translate.google.com/translate?sl=en&tl=pt&hl=pt-PT&ptd=pt-sc>

Assembleia da República. (2001). Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis

Assembleia da República. (2019). Lei nº95/2019 de 4 de setembro. Diário da República 1ª série, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2021). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. <http://planos.prociv.pt/Documents/130313331474961281.pdf>

Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 2009; <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QpdY5B9CBzxPy3XtYtqNMjc/?lang=pt&format=pdf>

Bennet, K. A., Robertson, L. C. & Al-Haddad, M. (2016). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 17(1), 1-4. <https://daneshyari.com/article/preview/2742080.pdf>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (sd.). *Plano de Integração no Serviço de Urgência Geral*. Documento da Intranet Hospitalar do CHUA.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018b). *Plano de Catástrofe da Unidade Hospitalar de Faro – CHUA*. Documento da Intranet Hospitalar do CHUA.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA] (2021). *Relatório de Gestão e Contas: 2020 / Centro Hospitalar Universitário do Algarve*. <http://www.chualgarve.minsaude>.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2019). Plano de Atividades e Orçamento 2019. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/CHUA-Plano-de-Atividades-e-Orcamento.pdf> <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/CHUA-Plano-de-Atividades-e-Orcamento.pdf>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2020). Plano de Atividades e Orçamento: 2020. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020.pdf>

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2021^a). Plano de Atividades e Orçamento Triénio 2021-2023. [PAO-2021-2023.pdf \(min-saude.pt\)](http://www.chualgarve.min-saude.pt/PAO-2021-2023.pdf)

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (2021b). Relatório de Gestão e Contas 2020. https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/12/CHUA_RGC-2020.pdf

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8918/1/n23a09.pdf>

Circular normativa sobre a criação e implementação da via verde sépsis (2010). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Cria%C3%A7%C3%A3o-e-Implementa%C3%A7%C3%A3o-da-Via-Verde-de-S%C3%A9psis-VVS.pdf>

Decreto-Lei n.º 63/16 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>

Decreto-Lei n.º 101/17 de 23 de agosto. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2017-108041480>

Despacho Normativo n.º 11/2002. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho-normativo/11-2002-252420>

Despacho n.º 10319/2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 1400-A/2015: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República: Série II, n.º 28/2015, 1º Suplemento. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Despacho n.º 2534/2021: constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. Diário da República: Série II, n.º 45/2021. <https://dre.pt/application/conteudo/158872579>

Despacho n.º 9390/2021: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República Série II n.º 187/2021, <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Direção Geral da Saúde (2001b). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa. [INDICE \(Dgs. pt\)](#)

Direção Geral de Saúde (2007) – Recomendações para Organização dos Espaços do Serviço de Urgência. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

Direção Geral de Saúde (2011). Orientação 017/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf

Direção Geral de Saúde (2011a). Orientação 008/2011: Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011_pdf.aspx

Direção Geral de Saúde (2011). Orientação 018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, Identificação de Doentes. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015c). Norma 013/2014 (revista em 07/08/2015): Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/08/25/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude/>

Direção Geral de Saúde (2016). Via Verde Sépsis no Adulto. Norma n.º 010/2016, Lisboa. Direção Geral da Saúde [norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)

Direção Geral da Saúde. (2017b). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017. Direção Geral Da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017c). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção Geral de Saúde (2019b). Norma n.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2016). Análise da cobertura populacional da rede de urgência/emergência criada pelo Despacho n.º 13247/2015, de 16 de novembro, do Ministro da Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1766/ERS_-_Parecer_Nete_de_Urg_ncia-Emerg_ncia.pdf

Frase de motivação, Alves Hudson. <https://www.pensador.com/frase/NzIyNDY1/>

George JB., Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: 2000, Myra Estrin Levine; p. 158-166.

Grupo Português de Triagem (GPT) (sd.). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes: Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

Haverstick, S., Goodrich, C., Freeman, R., James, S., Kullar, R. & Ahrens, M. (2017). Patients' Hand Washing and Reducing Hospital-Acquired Infection. *Critical Care Nursing*, https://aacnjournals-org.translate.goog/ccnonline/article/37/3/e1/3575/Patients-Hand-Washing-and-Reducing-Hospital?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-PT&_x_tr_pto=sc

International Council of Nurses. (2019). Core competencies in disaster nursing: version 2.0. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. <https://www.studocu.com/en-us/document/carnegie-mellon-university/physics-i-for-engineering-students/icn-disaster-comp-report-web/51626767>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. (1.  versão). Departamento de Forma o em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>

Lana LD, Mittmann P, Moszkowicz CI, Pereira CC. Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2018 https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-580.pdf.

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: AMGH Editora Ltda. Artmed.

Lei de Bases da Saúde. Lei n.é 48/90 de 24 de agosto) <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475>

Leite TAAF, Strong MI. A influência da visão holística no processo de humaniza o hospitalar. *Mundo Saúde* (Internet). 2006 http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf

Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925–928. [O Pacote de Campanha Sobrevivendo   Sepse: atualiza o de 2018 | SpringerLink](#)

Levine ME. The Four Conservation Principles of Nursing. 1967;6(1):45-59

Levine ME. Adaptation and assessment: a rationale for nursing invention. Am J Nurs. 1966;66(11):2450-3. <https://doi.org/10.2307/3420045>

Levine ME. Conservation and integrity. In: Parker ME, editor. Nursing theories in practice. New York: National League for Nursing; 1990. p. 189-201. [https://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/Core%20Books/Nursing/Nursing%20Theories%20and%20Nursing%20Practice%20\(2ed\).pdf](https://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/Core%20Books/Nursing/Nursing%20Theories%20and%20Nursing%20Practice%20(2ed).pdf)

Lopes No D, Nóbrega MML. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. Revista Brasileira Enfermagem. 1999; <https://www.scielo.br/j/reben/a/3LCBWwVD63XLqxYD4ygfVVB/?format=pdf&lang=pt>

Machado RL, David CMN, Luiz RR, Amitrano DA, Salomão CS, Oliveira GMM. Análise exploratória dos fatores relacionados ao prognóstico em idosos com sepse grave e choque séptico. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000100002>

Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP. 2016 <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>

Ministério da Saúde (2007). Despacho n.º 727/2007: atualiza a rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: Série II, n.º 10/2007. <https://dre.pt/application/conteudo/2153759>

Ministério da Saúde (2013a). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014). Despacho Normativo n.º 10319/2014: Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Diário da República: Série II, n.º 153/2014. <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro (2015a). Declaração de Retificação nº 1032-A/2015: Retifica o anexo do Despacho n.º 13427/2015. Diário da República: Série II, n.º 230/2015, 1º Suplemento. <https://dre.pt/application/conteudo/71092193>

Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro (2015e). Despacho n.º 13427/2015: Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência. Diário da República: Série II, n.º 228/2015. <https://files.dre.pt/2s/2015/11/228000000/3381433816.pdf>

Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde (2021a). Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018). Parecer n.º 14/2018 retificado: Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação –Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecern%C2%BA14_2018_rectificado.pdf

Moreira DAA, Nursing care to patients with sepsis: analysis in the light of Myra Levine's conceptual model, 2022, DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0368>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Deontologia profissional de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018). Parecer n.º 14/2018 retificado: Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação –Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecern%C2%BA14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018a). *Parecer N.º 15/2018* - Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecern%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-emedicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018d). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: Série II, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República: Série II, n.º 184/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019, Diário da República, II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional do Centro (2021). Tomada de posição sobre dotações (in)seguras nas instituições de saúde.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/tomada-deposi%C3%A7%C3%A3o-sobre-dota%C3%A7%C3%B5es-in-seguras-nas-institui%C3%A7%C3%B5es-de-sa%C3%BAde/>

Piccoli M, Galvão CM. Enfermagem peri operatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infeção fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Lat. Americana Enfermagem. 2001;9(4):37- 43. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400007>

Piccoli M, Galvão CM. Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. Revista Eletrónica Enferm. 2005;7(3):366-72. [Vista do visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine \(ufg.br\)](#)

Protocolo SPIKES, protocolo de Buckman (1992), referido por, <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/15365/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20de%20M%C3%A1s%20Noticias%20em%20contextos%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

Ramos, P. & Paiva, J. A. (2017). Dedication increases productivity: an analysis of the implementation of a dedicated medical team in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 10(8), 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0136->

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri-operatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. Ordem dos

Enfermeiros. <https://dre.pt/home//dre/119236195/details/maximized>.

Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Crit Care Med.* 2017;45(3):486-552. https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx.

Rocha, P. A., 2020. A Procura de Cuidados de Saúde Urgentes em Portugal. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131380/2/435359.pdf>

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. d. F. P., Moura, A. A. D., & Zanetti, A. C. B. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use weaknesses and Potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126–134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>

Saúde Online. pt (2023, Janeiro). <https://saudeonline.pt/atendimentos-nas-urgencias-do-algarve-aumentou-25-em-2022/>

Simone, E., Giannetta, N., Auddino, F., Cicotto, A., Grilli, D. & Muzio, M. (2018). Medication Errors in the Emergency Department: Knowledge, Attitude, Behaviour, and Training Needs of Nurses. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 22(5), 36-42. https://www.researchgate.net/publication/325197074_Medications_Errors_in_the_Emergency_Department_Knowledge_Attitude_Behavior_and_Training_Needs_of_Nurses

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-10 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492875>

Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de estudos https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

Verde, B. C. C. (2013). Contributo para a implementação do Método por Enfermeiro de Referência. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16189/1/Contributo%20para%20a%20implementa%20c3%a7%20c3%a3o%20do%20MER%20%20Relatorio%20de%20estagi.pdf>

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª edição). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo. <https://silabo.pt/wp-content/uploads/9789895610976.pdf>

Zamberlan C, Medeiros AC, Svaldi JD, Siqueira HCH. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. Rev Bras Enferm. 2013 <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400021>

Wills EM. Grandes teorias da enfermagem baseadas no processo interativo. In: McEwen M, Wills EM. Editores. Bases teóricas de enfermagem. Tradução de Regina Machado Garcez. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 163-7

World Health Organisation: WHO,2021: https://www.who.int/health-topics/sepsis/#tab=tab_1

World Health Organization (2021). WHO calls for better hand hygiene and other infection control practices <https://www-who-int.translate.goog/news/item/05-05-2021-who-calls-for-better-hand-hygiene-and-other-infection-control-practices? x tr sl=en& x tr tl=pt& x tr hl=pt-PT& x tr pto=sc>

APÊNDICES

Apêndice 1- Hipotermia/Normotermia Atualiza o

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE
Saúde
ES
Centro Superior de Saúde
IPS
Instituto Português de Saúde
Universidade de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Unidade Curricular: ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

HIPOTERMIA/NORMOTERMIA

ATUALIZAÇÃO

Discentes:
Vitor Elias n.º 210531154


Orientação:
Professora Doutora Alice Ruivo
Mestre Ana Patricia Miguel

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE
Saúde
ES
Centro Superior de Saúde
IPS
Instituto Português de Saúde
Universidade de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias


OBJETIVOS

- Geral:
 - Atualizar evidência científica que afere suporte ao protocolo de atuação pré-existente de Normotermia.
- Específicos:
 - Compreender a importância da Hipotermia/Normotermia.
 - Atualizar os conhecimentos da equipa sobre o tema
 - Fornecer bases científicas á equipa para posteriormente complementar/atualizar protocolo de atuação



HIPOTERMIA/NORMOTERMIA

- A temperatura corporal diz respeito a produção de calor e os mecanismos de regulação e manutenção da temperatura interna do organismo (**termorregulação**), que são essenciais para manter a **homeostase** (estabilidade fisiológica) sistêmica. (Rafael Barty Dextro, 2019)
- A OMS (2008) define Normotermia como a temperatura corporal mantida entre 36,5° – 37,5°C e a literatura mostra que a Normotermia está associada a redução da morbimortalidade.



HIPOTERMIA/NORMOTERMIA

- A paragem cardiorrespiratória é definida como uma emergência médica, classificada como a interrupção abrupta e inesperada das funções vitais, ausência de batimentos cardíacos, movimentos respiratórios, e de resposta aos estímulos. (Prado, 2017).
- A hipotermia é definida de acordo com o valor, de leve (32-34° C), moderada (28-32° C) ou profunda (<28° C) (Leão, 2015)

IMPORTÂNCIA DA NORMOTERAPIA

- ❑ Um a cada 10 doentes pós paragem cardiopulmonar sobrevive, mas apenas metade desses sobrevive com aceitável estado neurológico (R. Ferrer Roca, et al, 2021)
- ❑ Estratégias de neuroprotecção manutenção adequada do aporte de oxigénio e o controlo da temperatura corporal (R. Ferrer Roca, et al, 2021)
- ❑ Hipotermia/neuro protetora 1- reduz o metabolismo permitindo que os órgãos tolerem períodos de isquemia mais prolongados sem se traduzir em lesões irreversíveis, 2- reduz os danos provocados pela reperfusão (libertação de mediadores inflamatórios), 3- reduz a resposta inflamatória, o aumento da pressão intracraniana e diminui o risco de febre como consequência da resposta inflamatória sistémica (R. Ferrer Roca, et al, 2021)

COMPLICAÇÕES DA HIPOTERMIA

- ❑ Hemorrágicas, pois altera os parâmetros da coagulação a partir da descida de 0,5°C da temperatura (R. Ferrer Roca, et al, 2021)
- ❑ Transtornos hidro eletrolíticos e metabólicos, aumento da vasoconstrição (aumento da atividade do sistema simpático), redução da perfusão dos órgãos, acidose metabólica, redução dos lactatos, redução da resposta metabólica aumento do CO₂ e alterações da ventilação durante este período de manutenção da temperatura. Podem haver também alterações da glicémia. No decorrer deste processo há também uma hipotassémia e uma hipomagnesémia que pode provocar disritmias ventriculares (R. Ferrer Roca, et al, 2021)

COMPLICAÇÕES DA HIPOTERMIA

- ❑ Cardiovasculares, taquicardia ou bradicardia sem que isso provoque instabilidade hemodinâmica (R. Ferrer Roca, et al, 2021)
- ❑ Calafrios, resposta fisiológica à redução da temperatura com a intenção de produzir calor, aumenta o consumo de O₂ provoca hipertensão, taquicardia e vasoconstrição o que dificulta o processo de hipotermia (R. Ferrer Roca, et al, 2021)
- ❑ Infeciosas, a ausência de temperatura atrasa o diagnóstico precoce de infecção (sepsis e as pneumonias são as mais frequentes) (R. Ferrer Roca, et al, 2021)

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DE NORMOTERMIA EXISTENTE

- ❑ Manutenção de hipotermia ligcira(34°C a 36°C) durante as primeiras 24h.
- ❑ A hipotermia moderada deve ser iniciada/mantida o mais precocemente possível após a estabilização do doente.
- ❑ Só iniciar medidas se temperatura esofágica <34°C ou >36°C.
- ❑ Se temperatura se encontra entre os 34°C e os 36°C deve-se vigiar o doente.
- ❑ Se temperatura esofágica superior a 36°C iniciar arrefecimento.

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DE NORMOTERMIA EXISTENTE

- ❑ Não se deve atrasar ou ser atrasada por necessidade de procedimentos concomitantes (coronariografia por exemplo)
- ❑ O arrefecimento deverá decorrer a uma velocidade não superior de 1°C por hora.
- ❑ O aquecimento pode decorrer de forma passiva ou ativa, não devendo ultrapassar um aumento de 0.5°C/h, tendo em atenção que a temperatura ideal é de 36°C.
- ❑ A fase de manutenção tem como objetivo manter a temperatura esofágica do doente entre os 35°C e os 36°C por um período contínuo de 24h.
- ❑ Nas 72 horas pós-paragem cardiorrespiratória devem ser tomadas todas as medidas necessárias para impedir que a temperatura > 37.0°C (idealmente 36.0°C).

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DE NORMOTERMIA EXISTENTE

- ❑ Nas 72 horas pós-paragem cardiorrespiratória devem ser tomadas todas as medidas necessárias para impedir que a temperatura > 37.0°C (idealmente 36.0°C).
- ❑ Deve utilizar-se uma estratégia permissiva a ocorrência de hiperglicemia ligeira (Glicemia capilar 180 – 240 mg/dL). A Insulinoterapia, caso seja necessária, deve ser ponderada caso a caso dado o diferente impacto da hipotermia na resistência a insulina (mesmo em doentes não diabéticos).
- ❑ Após reaquecimento podem ser retomadas nutrição adequada para as necessidades do doente em temperatura ambiente e instituição de Protocolo de Controle de Glicemia em vigor no SMI2.
- ❑ Nas 48 - 72h após estabelecida a normotermia deverá ser aplicado o Protocolo de Avaliação para Prognóstico Neurológico Pós-Paragem Cardiorrespiratória

NORMOTERMIA / ATUALIZAÇÃO

- ❑ Recomendamos a gestão da temperatura direcionada (TTM) para adultos após a paragem cardíaca intra-hospitalar ou no extra-hospital (com qualquer ritmo inicial) que permanecem sem resposta após o ROSC (European Resuscitation Council).
- ❑ Mantenha uma temperatura alvo central (esofágica, retal, bexiga) constante entre 32°C e 36°C durante pelo menos 24 h (European Resuscitation Council).
- ❑ Evite a febre (>37,7°C) para pelo menos 72h após o ROSC em doentes que ainda se encontrem em coma (European Resuscitation Council).
- ❑ Não usar no pré-hospitalar, fluidos intravenosos frios para iniciar a hipotermia (European Resuscitation Council).

NORMOTERMIA / ATUALIZAÇÃO

- ❑ Iniciar a alimentação enteral a baixas taxas (alimentação trófica) durante a TTM e aumente após o reajuste se indicado. Se o TTM de 36°C for utilizado como temperatura alvo, a alimentação gástrica trófica pode ser iniciada ainda mais cedo (European Resuscitation Council).
- ❑ Direcionar uma glicose no sangue de 7,8_10 mmol/L (140_180 mg/dL) utilizando uma infusão de insulina, se necessário. Evitar a hipoglicémia (<4mmol/L) (<70mmol/dL) (European Resuscitation Council).
- ❑ Evite usar fármacos de bloqueio neuromuscular por rotina em pacientes submetidos a TTM, mas pode ser considerado em caso de tremor severo durante o mesmo (European Resuscitation Council).
- ❑ Não se recomenda a utilização por rotina de antibioterapia profilática (European Resuscitation Council).

CONCLUSÃO

□ Para finalizar, aspetos a realçar:

- Recomendamos a gestão da temperatura direcionada (TTM – Targeted Temperature Management)
- Temperatura alvo central (esofágica, retal ou bexiga) entre 32°C e os 36°C.
- Evitar a febre (>37,7°C) pelo menos durante 72h após o ROSC.
- Gerir uma glicose no sangue entre os 140mmHg e os 180mmhg.
- Recomenda-se a não utilização por rotina da antibioterapia profilática.

OBRIGADO PELA ATENÇÃO

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Organização Mundial de Saúde, 2008, conceito de Nomotermia, <https://fluxodeinformacao.com/biblioteca/artigo/read/74050-qual-o-conceito-de-nomotermia>
- Rodrigues, Josimar Henrique Sampaio et al. Benefícios na prevenção de lesão neuronal pós parada cardiopulmonar (PCR) na hipotermia terapêutica: breve revisão. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Curitiba, v.8, n.2, p.1774-1785, 2015. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhr.v3n2-004>
- Leão, R.N., et al. Hipotermia terapêutica após parada cardíaca: preditores de prognóstico. Revista Brasileira Terapia Intensiva. 2015, pag.1100. <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/download/163/116>
- Protocolo de Atuação, Manutenção da Nomotermia Pós Paragem Cardíaca na UCI, Unidade de Portimão, Equipa Médica e de Enfermagem da UCI, Abril 2017
- Rafael Barty. Dextro. Temperatura corporal, 2019, <https://www.infoescola.com/fisiologia/temperatura-corporal/>
- Manejo con control de temperatura en los cuidados pos parada cardíaca: documento de expertos, R. Ferrer Roca, J.C. Sánchez Salado, M. Chico Fernández, J.M. García Acuña, A. Lesmes Semano, E. López de Sá y J. Roldán Ramírez, <https://doi.org/10.1016/j.imein.2020.06.007>.
- Qualidade metodológica de revisões sistemáticas sobre hipotermia terapêutica e/ ou terapia de resfriamento para lesão cerebral traumática, Carolina Oliveira Cruz Latorraca, Raphael Einsfeld, Simões Ferreira, Bernardo Lembo Conde de Paiva Ricardo Silva Centeno Ana Luiza Cabrera Martimbianco, Rachel Riera, Rafael Leite Pacheco, DOI: [10.15343/01047809.201943049961015](https://doi.org/10.15343/01047809.201943049961015)
- European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care, Jerry P. Nolan, Claudio Sandroni, Bernd W. Böttiger, Alain Cariou, Tobias Cronberg, Hans Friberg, Cornelia Genbrugge, Kirstie Haywood, Gisela Lilja, Véronique R. M. Moulart, Nikolaos Nikolau, Theresa Marero Olasveengen, Markus B. Skrifvars, Fabio Taccone and Jasmeet Soar, <https://doi.org/10.1007/s00154-021-06368-4>
- HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO, Vanessa da Silva Porto CAMPOS, Francis SECATI, Andressa Gomes MELO, <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/163/116>
- Responsabilidades do profissional enfermeiro na hipotermia terapêutica pós-parada cardiopulmonar em terapia intensiva: revisão da literatura, MANOEL, A. L. R., LOPES, R. H., PENTEADÓ, V. S. M. M., OLIVEIRA, L. B., SOUZA, L. A., POLAZ, D. C. N., ALMEIDA, C. G., <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-96002021.003.0007>
- Uso da hipotermia induzida após parada cardiopulmonar, Ionara Silva, Joyce Carolyne Silva, Karen Rayara Bezerra Lima, Daniele Vieira Dantas, D.Sc., Rodrigo Assis Neves Dantas, D.Sc., Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro, D.Sc., <https://doi.org/10.33233/eb>.
- The cold truth about postcardiac arrest targeted temperature management: 33°C vs. 36°C, SARA KNIPPA, MS, RN, ACCNS-AG, CCRN, PCCN, JANA BUTLER, BSN, RN, CCRN, LAUREN JOHNSON, BSN, RN, CCRN; AND SARAH M. PERMAN, MD, MSCE, DOI: [10.1097/01.NURSE.0000697148626531](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000697148626531)
- Pensamento, Paulo, Freire, https://www.pensador.com/melhores_frases_paulo_freire_patrono_educacao_brasileira/
- Prado, S. M. C., et al. Hipotermia neuroprotetora tardia. Rev Soc Bras Clin Med. 2017. abejun;15(2):120-3, https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875610/152_120123.pdf

Apêndice 2 - Resumo do Artigo Científico

VIA VERDE SÉPSIS E A SUA OPERACIONALIZAÇÃO / UM PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR
VIA VERDE SÉPSIS AND ITS OPERATIONALIZATION / A MAJOR INTERVENTION PROJECT
LA SEPSIS VÍA VERDE Y SU OPERACIONALIZACIÓN / UN GRAN PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Vítor Manuel Gonçalves Elias, enfermeiro de cuidados gerais na Unidade de Cirurgia de Ambulatório no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Mestrado em Enfermagem no Instituto Politécnico de Setúbal, velias@sapo

VIA VERDE SÉPSIS E A SUA OPERACIONALIZAÇÃO / UM PROJETO DE INTERVENÇÃO MAJOR

RESUMO

A sépsis apresenta-se como um pesado problema de saúde pública. O aumento de ocorrências determinou o aumento do número de mortos por sépsis nos últimos anos. A Via Verde Sepsis é um protocolo de atuação, para as equipas de saúde no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados. A implementação deste protocolo afigura-se de extrema importância nos serviços de urgência dos hospitais deste país, pois tal como os protocolos da via verde CORONÁRIOS e da via verde de AVC se encontram implementados e otimizados, o da via verde sépsis necessita da mesma visibilidade, de forma a contrariar os números de mortalidade associados á sépsis.

Objetivos: Descrever as fases do projeto de intervenção para otimizar a operacionalização da Via Verde Sepsis

Metodologia: Estudo descritivo e analítico, com recurso ao protocolo de via verde sépsis já implementado.

Resultados: O protocolo de via verde sépsis é uma realidade, através do cartaz, dos pósteres, com o ficheiro de ativação/desativação da via verde sépsis no Alert e com a ação de formação, realçamos a importância e otimizamos a via verde sépsis dando visibilidade e melhoramos a qualidade dos cuidados aos doentes que sofrem desta patologia.

Conclusões: Torna-se de extrema importância para os nossos doentes com sépsis que se mantenha a formação ativa na temática e que a informação sobre o protocolo se encontre disponível e visível para continuarmos a operacionalizar a Via Verde Sepsis.

Descritores: Protocolo Via Verde Sepsis, Enfermagem, Serviço de Urgência, Sepsis e Choque séptico

SUMMARY

Sepsis is a serious public health problem. The increase in occurrences determined the increase in the number of deaths from sepsis in recent years. Via Verde Sepsis is an action protocol for health teams to improve the quality of care. The implementation of this protocol is extremely important in the emergency services of hospitals in this country, as the protocols of the CORONÁRIOS green route and the AVC green route are implemented and well optimized, the sepsis green route needs the same visibility

and the same operability, in order to counteract the mortality figures associated with sepsis.

Objectives: To describe the phases of the intervention project to optimize the operation of Via Verde Sépsis

Methodology: Descriptive and analytical study using the already implemented sepsis green route protocol.

Results: The via verde sépsis protocol is a reality, through the poster, the posters, with the activation/deactivation file of via verde sépsis on Alert and with the training action, we highlight the importance and optimize the via verde sépsis by giving visibility and we improve the quality of care for patients suffering from this pathology.

Conclusions: It is extremely important for our patients with sepsis that active training on the subject is maintained and that information about the protocol is available and visible so that we can continue to operationalize Via Verde Sépsis.

Descriptors: Via Verde Protocol Sepsis, Nursing, Emergency Service, Sepsis and Septic Shock

RESUMEN

La sepsis es un grave problema de salud pública. El aumento de ocurrencias determinó el aumento en el número de muertes por sepsis en los últimos años. Vía Verde Sépsis es un protocolo de actuación de los equipos de salud para mejorar la calidad de la atención. La implementación de este protocolo es de suma importancia en los servicios de emergencia de los hospitales de este país, ya que los protocolos de la ruta verde CORONÁRIOS y la ruta verde AVC están implementados y bien optimizados, la ruta verde sepsis necesita la misma visibilidad y la misma operatividad, para contrarrestar las cifras de mortalidad asociadas a la sepsis.

Objetivos: Describir las fases del proyecto de intervención para optimizar el funcionamiento de la Vía Verde Sépsis.

Metodología: Estudio descriptivo e analítico utilizando el protocolo de ruta verde de sepsis ya implementado.

Resultados: El protocolo vía verde sépsis es una realidad, a través del póster, los carteles, con la ficha de activación/desactivación de vía verde sépsis en Alert y con la acción formativa, destacamos la importancia y optimizamos la vía verde sépsis dando visibilidad y mejoramos la calidad de atención a los pacientes que padecen esta

patología.

Conclusiones: Es de suma importancia para nuestros pacientes con sepsis que se mantenga una formación activa sobre el tema y que la información del protocolo esté disponible y visible para que podamos seguir operativizando la Vía Verde Sépsis.

Descriptores: Protocolo Vía Verde Sepsis, Enfermería, Servicio de Urgencias, Sepsis y Shock Séptico

Apêndice 3 - Plano de Sessão



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Plano de Sessão

Tema da Sessão	VVS uma realidade para ficar
Duração Prevista	60 min
Público Alvo	Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência
Local - Hora-Data	Sala do DIE do CHUA - Unidade de Faro - 14h - 13/01/2023
Formador	Vítor Elias

Objetivos

Fases	Conteúdos Programáticos	Metodologia/ Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnicos	Dur ação
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema Objetivos da sessão	Método expositivo Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador Video projector Power Point Microsoft Teams	5 min
Desenvolvimento 1	Definição de conceitos atuais relacionados com a temática: sepsis, choque séptico, síndrome de resposta inflamatória sistémica (sirs). News (Pontuação nacional de aviso precoce) e Mews (Escala modificada de aviso precoce).	Método expositivo Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador com o programa Alert Videoprojector Power Point	15 min

			Microsoft Teams	
2	Apresentar a ativação/desativação da VVS no Alert.	Método expositivo Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador Video projector Power Point Microsoft Teams	20 min
3	Divulgar o cartaz do algoritmo da VVS	Método expositivo Projeção de diapositivos e exposição oral	Power Point Microsoft Teams	5 min
Conclusão	Síntese de aspetos importantes Espaço aberto a questões Clarificação de dúvidas Avaliação da sessão de formação Referências bibliográficas	Método expositivo, ativo e interrogativo Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador Videoprojetor Power Point Microsoft Teams <i>Google Forms®</i>	10 min
<p>Avaliação da Sessão de Formação</p> <p>Facultar o questionário de avaliação da formação em formato digital e em papel de forma a avaliar a mesma de acordo com os conteúdos programáticos, meios pedagógicos, organização e qualidade do material usado e o formador enquanto ao seu desempenho.</p>				

Apêndice 4 - Via Verde Sépsis uma realidade para ficar

Mestrado em Enfermagem em Associação




Unidade Curricular ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Via verde Sepsis uma realidade para ficar

Discente:
Vitor Elias n.º 210531154

Docente:
Professora Doutora Alice Ruivo
Enfermeira Orientadora
Enfermeira Especialista Médico-cirúrgica Isabel Soeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação



Objetivos

Geral:
Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados ao doente com sepsis

Específicos:
Atualizar conceitos relacionados com a temática
Consciencializar a equipa para a importância da via verde sepsis
Apresentar a ativação e desativação da via verde sepsis no Alert
Disponibilizar o Algoritmo da via verde sepsis em forma de cartaz



Conceitos

Sepsis:

A sépsis é caracterizada pela presença de uma disfunção orgânica decorrente da resposta desregulada do organismo, frente a infecção, no qual há risco de vida (Singer M. et al. 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sépsis é definida como uma resposta do organismo humano a qualquer processo infeccioso e se não for reconhecida e abordada precocemente pode progredir para choque séptico, falência multiorgânica e até morte (WHO, 2021)

Choque Séptico:

O choque séptico, é definido pelo estágio mais avançado da doença que leva a graves alterações metabólicas e circulatórias, caracterizado pelo estado de insuficiência circulatória aguda associado a uma maior probabilidade de morte é como uma subvariante da sépsis, onde existem alterações graves, com disfunção de órgãos, sendo caracterizado por hipotensão persistente e refratária à ressuscitação volêmica e lactacidemia > 2 mmol/L. (Singer M. et al. 2016).



Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS)(sirs)

O síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) é uma resposta de defesa exagerada do corpo a um agressor negativo (infecção, trauma, cirurgia, inflamação aguda, isquemia ou reperfusão ou malignidade, para citar alguns) para localizar e, em seguida, eliminar o endógeno ou exógeno, origem da agressão. São critérios de avaliação, a temperatura central, a frequência cardíaca e a frequência respiratória (Rebanta K. Chakraborty, 2022)

National Early Warning Score ou Pontuação Nacional de Aviso Precoce (NEWS)

É uma escala de alerta que tem como finalidade a determinação precoce do risco de deterioração fisiológica da pessoa. Parâmetros avaliadores, a frequência respiratória, a saturação periférica de oxigênio, a temperatura, a pressão arterial sistólica, a frequência cardíaca e o estado de consciência (2020)

Modified Early Warning Score(MEWS)

É uma escala de alerta capaz de prever o risco de deterioração do doente. Parâmetros avaliadores são o sinais vitais e o estado de consciência. Dentro dos sinais vitais avalia-se: a pressão arterial sistólica, a frequência cardíaca e respiratória e a temperatura axilar. No estado de consciência avalia-se: A(alerta) acordado, normal, V(Verbal) sonolento mas despertável, responde às perguntas que lhe são dirigidas, P(Pain/Dor), reage apenas a estímulos dolorosos, I(Irresponsivo/Sem resposta), não abre os olhos e não responde a estímulos dolorosos(2018).



Importância da via verde sépsis

- A prevenção da sépsis passa por prevenir as infeções.
- Segundo os especialistas que fazem parte do Grupo de Infeção e Sépsis (GIS) havendo episódios de infeção grave em pessoas novas e sem comorbilidades o diagnóstico é direto e sem grandes dúvidas, em contrapartida, a maioria de casos de sépsis surgem em pessoas com idade avançada e com um historial clínico que torna o diagnóstico muito mais complexo(JornalMédico, Setembro, 2019).
- A eficácia do tratamento depende muito da rapidez do diagnóstico.
- A taxa de mortalidade aumenta, portanto, nos casos em que o diagnóstico é mais demorado e, sobretudo, nos casos em que o doente tem o sistema imunitário debilitado ou uma doença crónica.
- Os especialistas do GIS aludem ao fato, que o diagnóstico é baseado num ajuste de pensamento clínico e de exames complementares com sensibilidade e especificidade reduzidas (Jornal Médico, Setembro, 2019).



- Os especialistas mencionam que não existem dados credíveis atuais sobre este problema alusivos a Portugal.
- A nível mundial não existe um conhecimento detalhado sobre a epidemiologia da sépsis, especificamente ao nível da sua ocorrência em países menos desenvolvidos. No entanto, a World Health Organization (WHO, 2021) calcula que, a nível global, existam perto de 49 milhões de casos anuais e cerca de 11 milhões de mortes.
- Adicionalmente, há consequências a longo prazo que se estimam muito para além do período de doença aguda, pelo que o impacto social da sépsis não deverá ser calculado, apenas com base no número de mortes anuais, sendo também preciso mensurar as sequelas a médio/longo prazo, que se notam nos sobreviventes e que normalmente acarretam custos e necessidades acrescidas (p. ex.: internamento em cuidados continuados ou apoio de cuidadores).



Considerações Finais

Sendo a sépsis um problema global a Direção Geral de Saúde (DGS) publica em 2010 as primeiras recomendações sobre a Via Verde Sepsis (VVS) que posteriormente foi atualizada em 2016 com a publicação do protocolo de atuação da VVS que se encontra em vigor até à data de hoje, pretendendo com o mesmo minimizar o tempo decorrido, desde a admissão até à identificação de doentes com suspeita de sépsis e garantir que a abordagem posterior destes casos suspeitos, cumpra um padrão mínimo de atitudes consideradas fundamentais para o sucesso do tratamento. Por fim, tem também o objetivo de tentar simplificar a interação entre os Serviços de Urgência (SU) e as Unidades de Medicina Intensiva que são, no âmbito da VVS, os principais intervenientes no processo.



Referências Bibliográficas

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). 2016 [cited 2021 Jul 02]; 315(8):801-10. 2. JAMA [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 02]; 315(8):801-10. DOI: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.0287>.

World Health Organization Sepsis. Geneva: WHO; 2021.em: https://www.who.int/health-topics/sepsis/#tab=tab_1

Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE.

Lisboa: OE; 2018. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Rebanta K. Chakraborty, Systemic Inflammatory Response Syndrome, StatPearls [Internet], 2022 Jan.: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613449/>



Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do *National Early Warning Score*, Projeção de Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34813/1/2020_ARTIGO_Rev%20Projeção%20Enfermagem_Av%20PSC_Aplicac%CC%A7a%CC%83o%20NEWS.pdf

Aplicação dos escores MEWS (Modified Early Warning Score), MEDS (Mortality in Emergency Department Sepsis) e Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) para classificação da gravidade dos pacientes internados em uma enfermaria de doenças infecciosas Rio de Janeiro 2018, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://acervosicict.fiocruz.br/man/mestrado_bibmang/daniel_costa_ini_mest_2018.pdf

Médico, Jornal de todos os Médicos, Setembro, 2019, <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/37800-sepsis-uma-morte-a-cada-quatro-segundos-em-todo-o-mundo>.

Avaliação Sequencial de Disfunção Orgânica (Sofa) e (Quick Sofa), <https://www.medway.com.br/conteudos/escoresofa-o-que-e-e-como-e-utilizado-no-contexto-da-sepse/>

Apêndice 5 - Divulgação da Formação



Plano da sessão de formação Enfermagem | Formação em Serviço

**Sala do DIE Dia 13/01
16h**

VIA VERDE SÉPSIS UMA REALIDADE PARA FICAR

Objetivos

Geral:

Contribuir para a melhoria da segurança dos cuidados ao doente com sépsis

Específicos:

Atualizar conceitos relacionados com a temática
Consciencializar a equipa para a importância da via verde sépsis

Apresentar a ativação e desativação da via verde sépsis no Alert

Disponibilizar o Algoritmo da via verde sépsis em forma de cartaz

Destinatários

Equipa de Enfermagem do SU do CHUA Faro

Formadores

Vítor Elias

Conteúdos programáticos

Conceitos
Importância
Finalidade

Resultados esperados

Que a equipa reconheça a importância e que ativem com mais frequência a VVS no Alert

Métodos pedagógicos e outros recursos

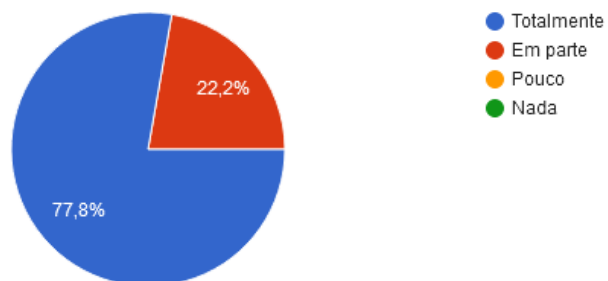
Método Expositivo e Demonstrativo

Apêndice 6 - Questionário de Avaliação da Formação

1 - Considera que a metodologia de formação utilizada foi a mais adequada?

 Copiar

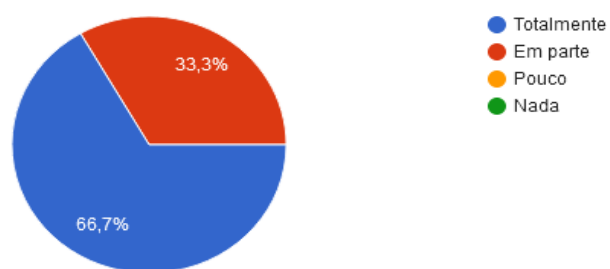
9 respostas



2 - A temática apresentada correspondeu às suas expectativas?

 Copiar

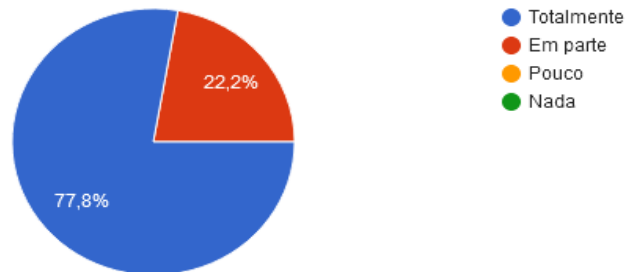
9 respostas



3 - A apresentação dos conteúdos desta ação de formação foi adequada ao seu nível de conhecimentos?

 Copiar

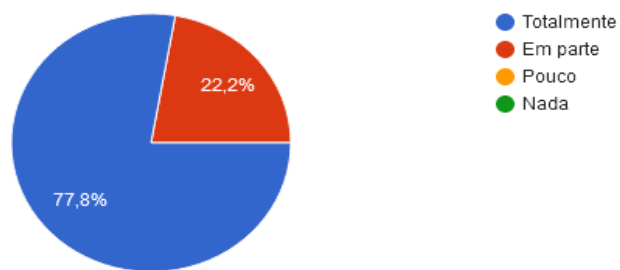
9 respostas



4 - Os formadores utilizaram uma linguagem clara e objetiva na sua apresentação?

 Copiar

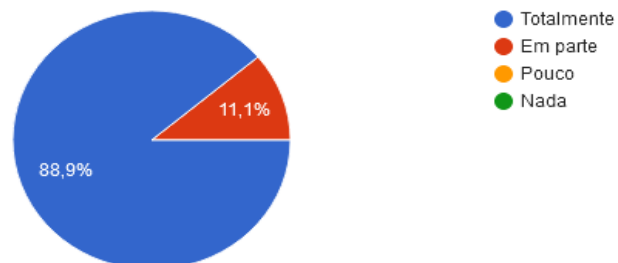
9 respostas



5 - A duração da apresentação foi adequada?

 Copiar

9 respostas



6 - Considera que a ação de formação desenvolvida está relacionada com as suas necessidades formativas e as do serviço?

 Copiar

9 respostas



7 - Indique os aspetos que considerou mais positivos?

5 respostas

Apresentação concisa e direta

O colega ter desenvolvido uma ferramenta de ajuda para ser colocada na triagem e o poster para ajudar na pre ativação desta via verde.

A exemplificação no Alert e a apresentação dos instrumentos criados

O tema abordado é muito importante e o facto de haver a possibilidade de apresentação online facilita a presença.

Criação de instrumentos visuais de ajuda a lembrar a sepsis

8 - Indique os aspetos que considerou menos positivos?

2 respostas

Nenhum

Deveria ter sido mais reforçado quais os sinais/sintomas para ativação da VVS

9 - Indique sugestões de melhoria

3 respostas

Replicação da formação

haver mais datas de formações com a mesma temática para alcançar mais colegas.

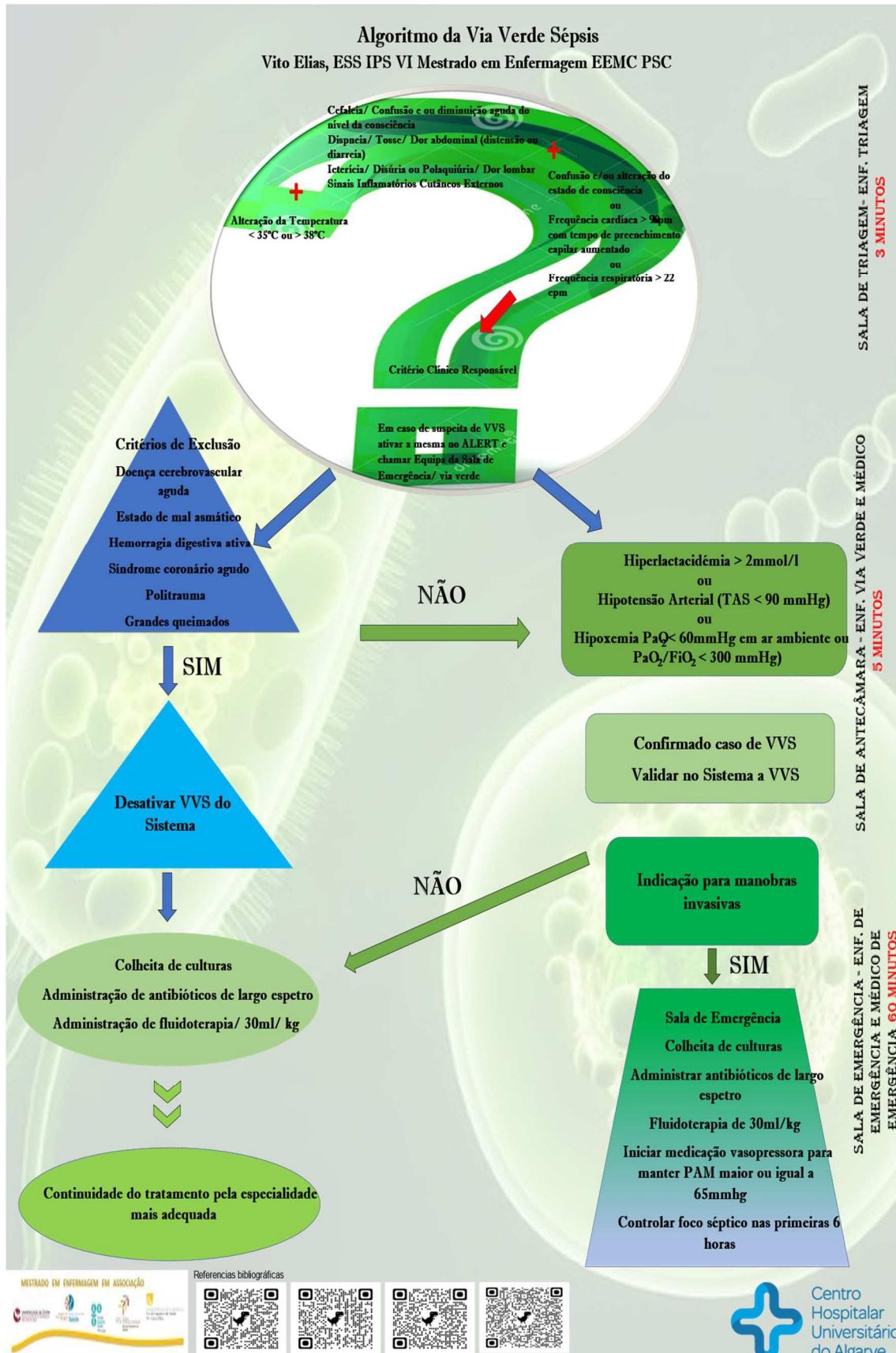
Repetição da formação

10 - Outros comentários

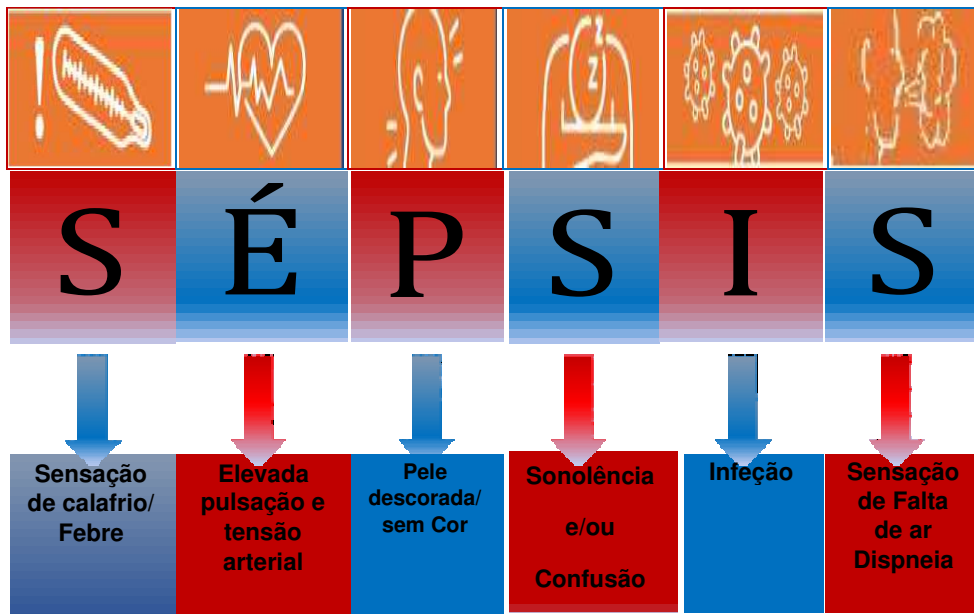
0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Apêndice 7 - Cartaz do Algoritmo da VVS



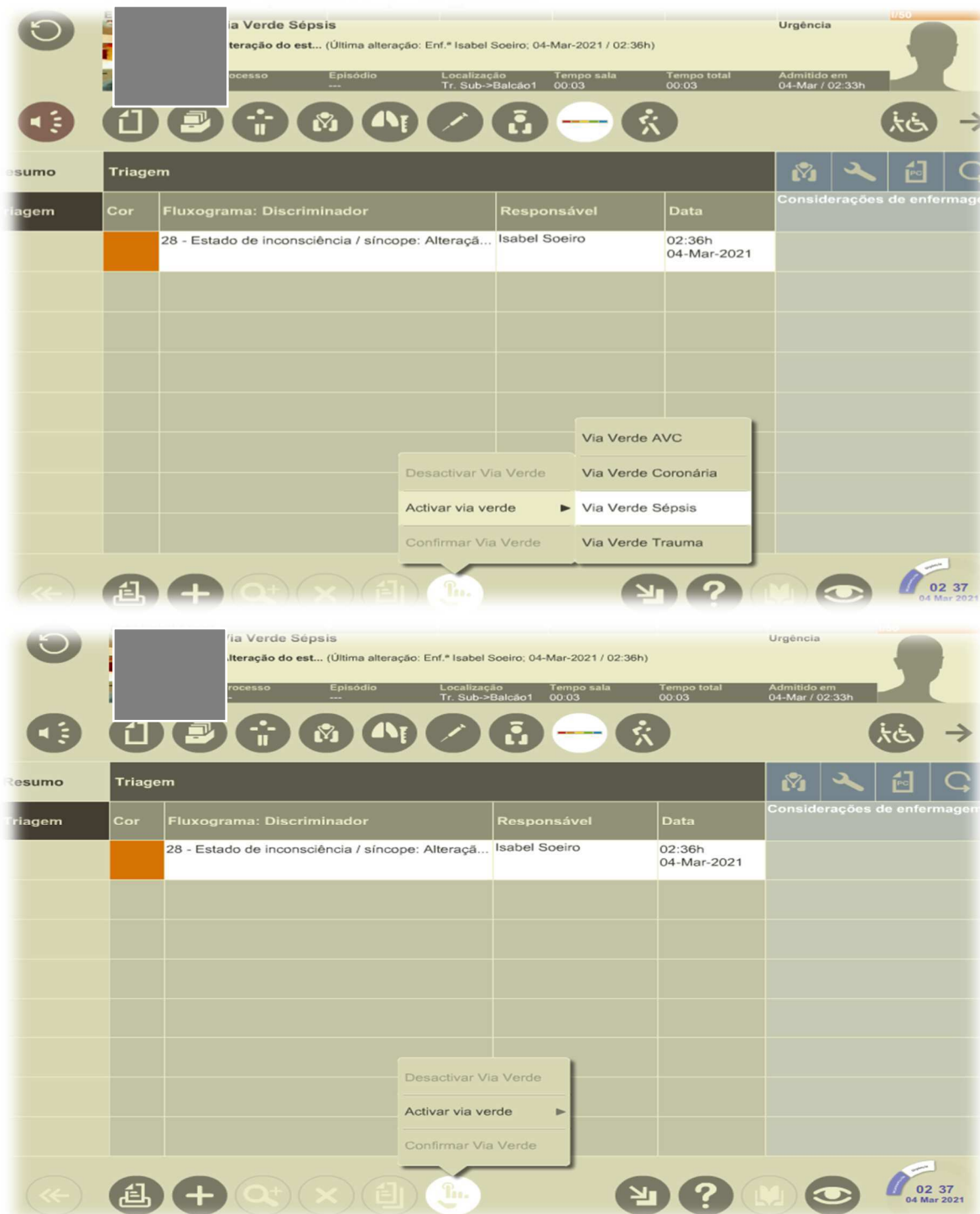
Apêndice 8 - Pósteres com critérios de inclusão da VVS



Apêndice 9 - Ficheiro de ativação/desativação da VVS no ALERT

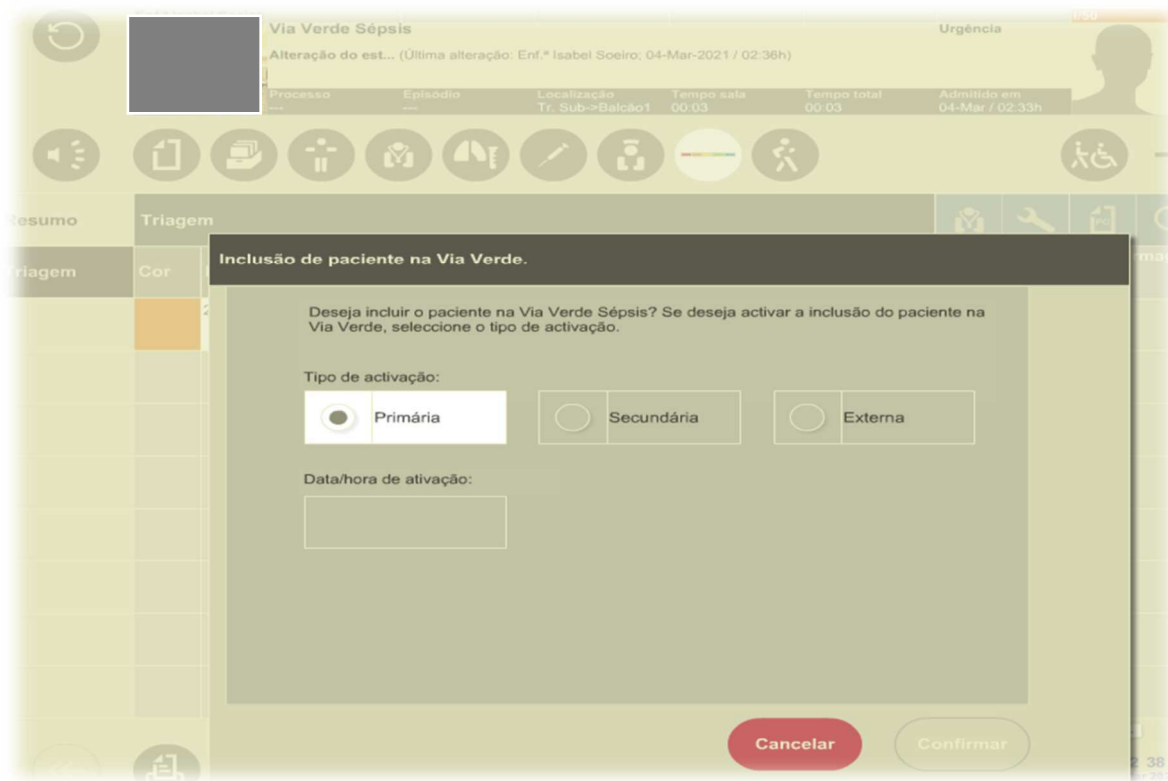
Via Verde Sepsis no sistema ALERT

Ativar VVS



Escolher VVS

Escolher tipo de ativação VVS

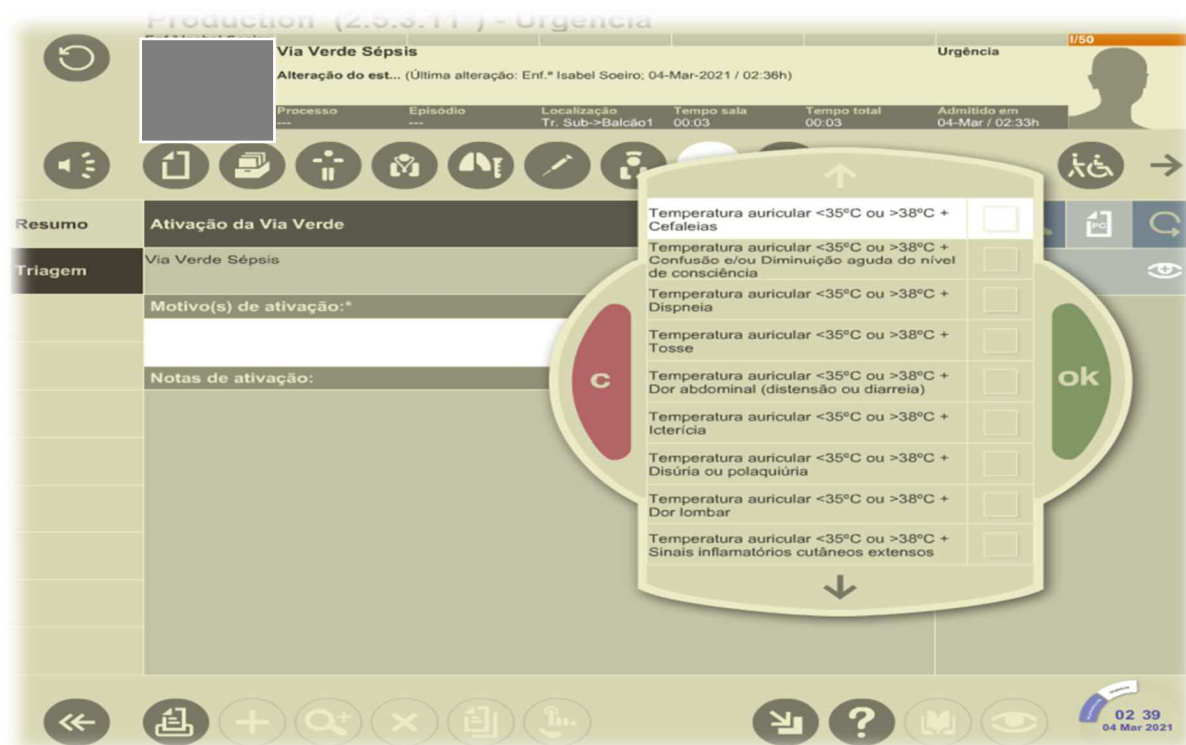


Primária- ativação triagem/ Secundária- Após a triagem a quando da observação no SU
Registo do dia e da hora da VVS



Qual o Critério de Presunção de Infecção e Critério de Inflamação Sistémica

Via Verde Sepsis, uma Prática de Qualidade



Detalhe da ativação da VVS



Validação da VVS

Selecionar "confirmar" VVS

Via Verde Sepsis, uma Prática de Qualidade

The screenshot shows the 'Via Verde Sepsis' mobile application interface. At the top, there is a header with the patient's name, 'Alteração do est...', and a 'Via Verde Sepsis' logo. Below the header, there is a table with columns: Processo, Episódio, Localização, Tempo sala, Tempo total, and Admitido em. The main content area is a table with columns: Cor, Fluxograma: Discriminador, Responsável, and Data. A context menu is open over the first row of the table, showing options: 'Desactivar Via Verde', 'Activar via verde', and 'Confirmar Via Verde'. The bottom navigation bar contains various icons for navigation and actions.

Cor	Fluxograma: Discriminador	Responsável	Data
28	Estado de inconsciência / síncope: Alteraçã... Via Verde Sepsis	Isabel Soeiro	02:36h 04-Mar-2021

Escolher critérios de gravidade

The screenshot shows the 'Via Verde Sepsis' mobile application interface. The main content area is a table with columns: Cor, Fluxograma: Discriminador, Responsável, and Data. A confirmation dialog is open over the first row of the table, showing options: 'Desactivar Via Verde', 'Activar via verde', and 'Confirmar Via Verde'. The bottom navigation bar contains various icons for navigation and actions.

Cor	Fluxograma: Discriminador	Responsável	Data
28	Estado de inconsciência / síncope: Alteraçã... Via Verde Sepsis	Isabel Soeiro	02:36h 04-Mar-2021

Confirmation dialog content:

- Hiperlactacidemia > 2 mmol/l
- Hipotensão arterial (Tas < 90 mmHg)
- Hipoxemia (PaO₂ < 60 mmHg em ar ambiente ou P/F < 300 mmHg)

Selecionar os critérios de gravidade identificados

Via Verde Sépsis, uma Prática de Qualidade

The screenshot shows the 'Via Verde Sépsis' mobile application interface. At the top, there is a header with a refresh icon, a patient name 'Via Verde Sépsis', and an 'Urgência' status. Below the header, a table displays patient information: 'Alteração do est...' (Última alteração: Enf.* Isabel Soeiro, 04-Mar-2021 / 02:36h), 'Processo', 'Episódio', 'Localização' (Tr. Sub->Balcão1), 'Tempo sala' (00:06), 'Tempo total' (00:06), and 'Admitido em' (04-Mar / 02:33h). A navigation bar contains various icons for actions like adding notes, deleting, and printing. The main content area is divided into sections: 'Resumo' with 'Confirmação de via verde', and 'Triagem' with 'Confirmar Via Verde'. Below this, there are fields for 'Motivo(s) de confirmação:*' (Hiperlactacidemia > 2 mmol/l, Hipotensão arterial (Tas < 90 mmHg)) and 'Notas de confirmação:'. A 'Confirmação' button is visible in the bottom right corner. The bottom navigation bar includes a back arrow, document, plus, search, minus, and other icons, along with a clock showing '02:41' on '04 Mar 2021'.

Confirmar detalhes da validação

The screenshot shows the 'Via Verde Sépsis' mobile application interface, specifically the 'Detalhe da triagem' screen. The header and patient information table are identical to the previous screenshot. The main content area is divided into sections: 'Resumo' with 'Detalhe da triagem', and 'Triagem' with 'Glicemia capilar - 100 mg/dL'. Below this, there is a detailed section for 'Via Verde confirmada em: 02:41h 04-Mar-2021' by 'Isabel Soeiro (Urgência Geral)' with a status of 'Confirmed'. This section includes 'Queixa: Alteração do estado de consciencia com 1 hora de evolução', 'Prioridade: Laranja - Muito urgente', 'FLUXOGRAMA: 28 - Estado de inconsciência / síncope', and 'DISCRIMINADOR: Alteração do estado de consciencia de novo'. It also lists 'Via Verde: Via Verde Sépsis', 'Tipo de activação: Primária', and 'Motivo(s) de confirmação: Hiperlactacidemia > 2 mmol/l; Hipotensão arterial (Tas < 90 mmHg)'. A 'Sinais vitais' section lists: Glasgow total - 14, Glasgow resposta ocular - 4 - Olhos abertos espontaneamente, Glasgow resposta motora - 6 - Cumpre ordens, Glasgow resposta verbal - 4 - Discurso confuso, Ritmo de pulso - Rítmico, Frequência cardíaca - 80 bat/min, and Glicemia capilar - 100 mg/dL. The bottom navigation bar and clock are also present, showing '02:47' on '04 Mar 2021'.

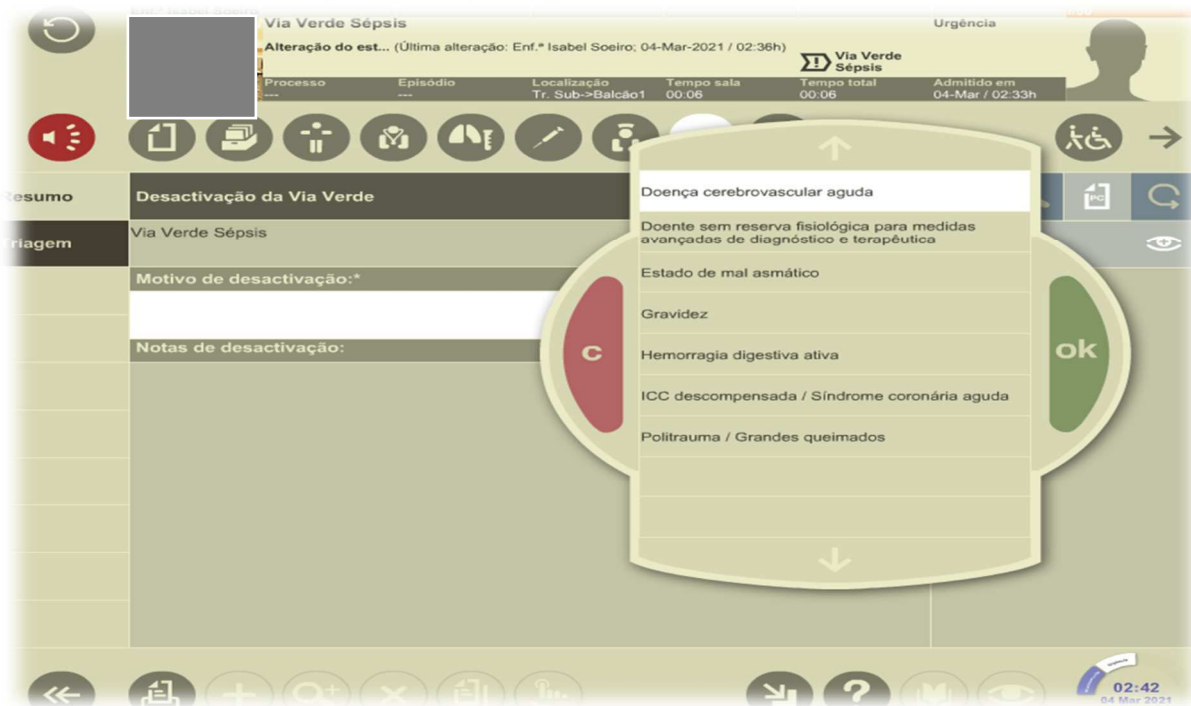
Desativação de VVS

Selecionar "desativar" VVS

Via Verde Sepsis, uma Prática de Qualidade

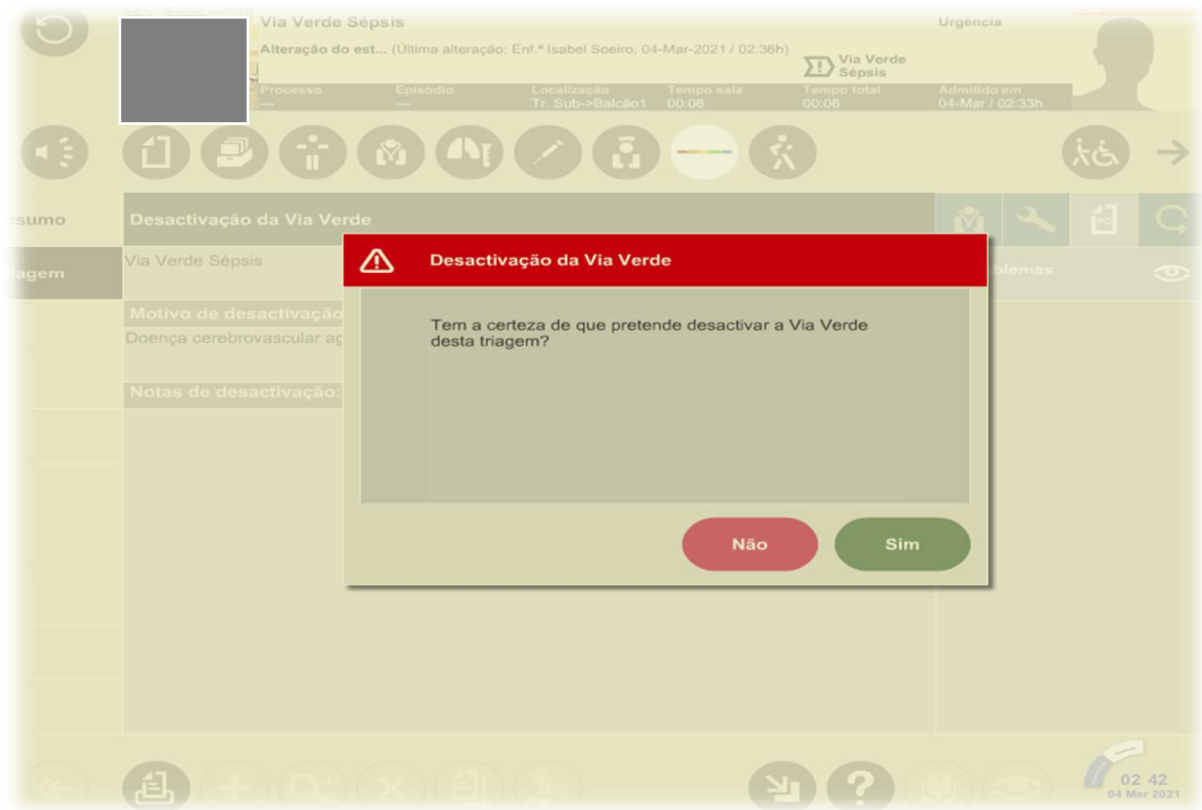


Escolher critério de exclusão



Validar a desativação

Via Verde Sépsis, uma Prática de Qualidade



Detalhe da desativação da VVS



Apêndice 10 - Auditoria à Higienização das mãos (1)

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

HIGIENE DAS MÃOS



Vítor Elias

Serviço de Urgência

06/12/2022

GERAL

- DETERMINAR A ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS PELOS PROFISSIONAIS DA UCA.



ESPECIFICOS

- INFORMAR E DISCUTIR, COM OS PROFISSIONAIS DA UCA, OS RESULTADOS DA AUDITORIA À HIGIENE DAS MÃOS.

OBJETIVOS

Serviço de Urgência

06/12/2022

HIGIENE DAS MÃOS – PRINCÍPIOS BÁSICOS



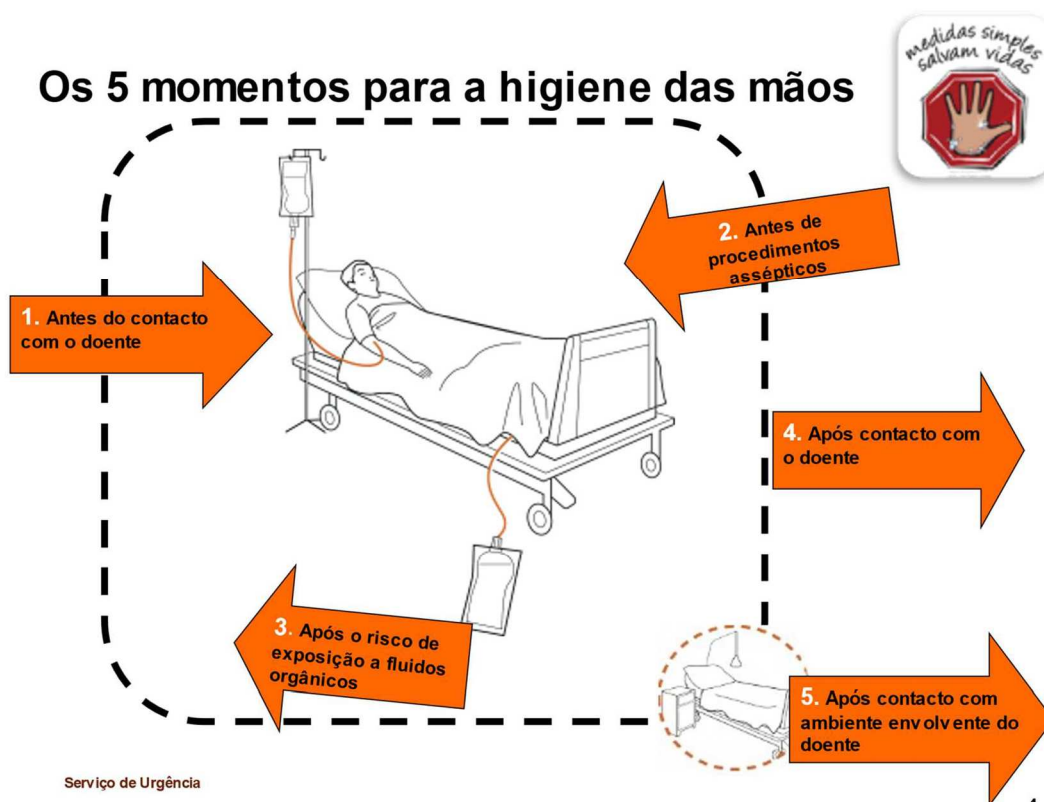
- não usar adornos ou joias
- não usar verniz, silicone e/ou extensões
- usar unhas curtas e limpas
- proteger lesões existentes nas mãos
- criar/manter o hábito de higienizar as mãos

Serviço de Urgência

06/12/2022

3

Os 5 momentos para a higiene das mãos



Serviço de Urgência

4

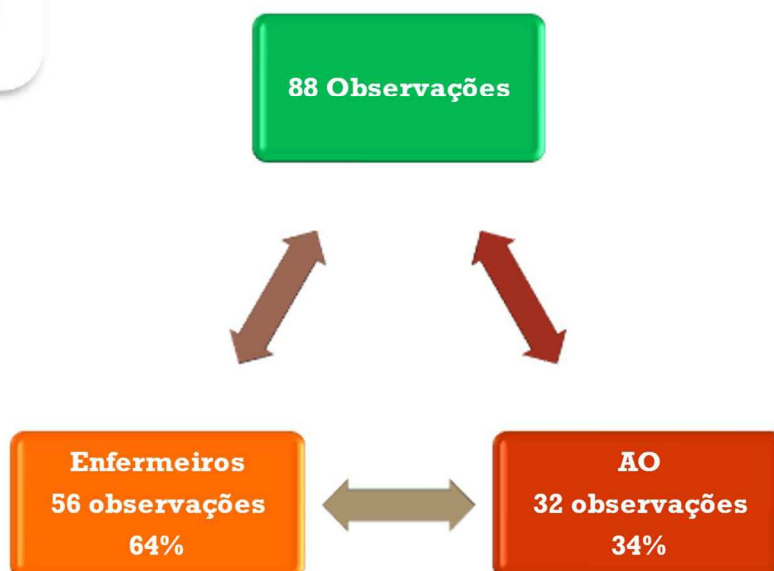
METODOLOGIA

- As observações foram efetuadas por 1 observador.
- A grelha de observação foi aplicada no dia 06 de Dezembro de 2022
- Foram excluídos das observações as situações de urgência/emergência(sala de emergência)

Serviço de Urgência



RESULTADOS



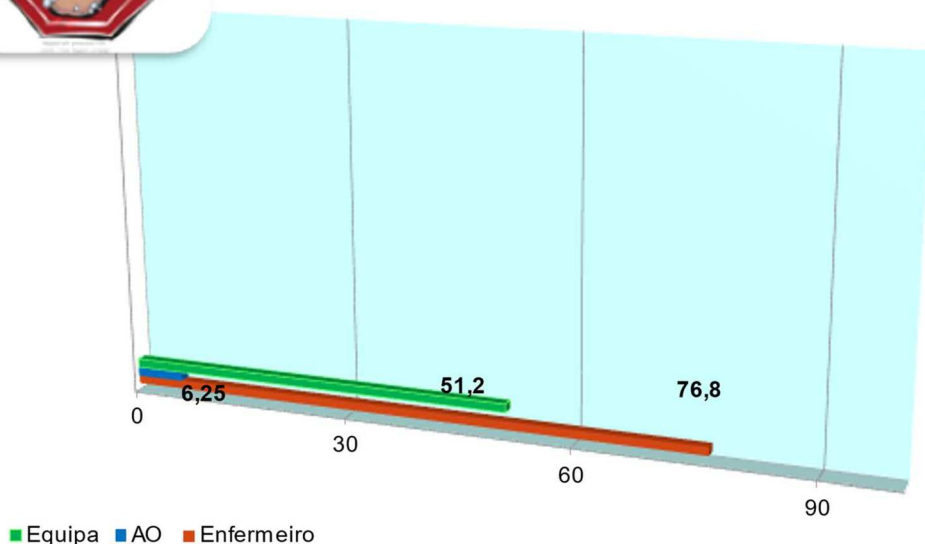
Serviço de Urgência

06/12/2022

6



EVOLUÇÃO DA ADEÇÃO À HIGIENE DAS MÃOS



■ Equipa ■ AO ■ Enfermeiro

Serviço de Urgência

06/12/2022

7

ADEÇÃO POR INDICAÇÃO / MOMENTO

INDICAÇÃO/MOMENTO	OPORTUNIDADES	ADEÇÃO ENF		ADEÇÃO AO	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
Cumprimento					
Antes do contacto com o doente	26,1%	77,3%	22,7%	0%	100%
Antes de procedimento asséptico	2,3%	50%	50%	0%	0%
Depois do risco de exposição a sangue e fluidos corporais	1,1%	0%	0%	0%	0%
Depois do contacto com o doente	47,8%	82,8%	17,8%	0%	100%
Depois do contacto com o ambiente do doente	22,7%	33,3%	66,7%	11,8%	88,2%

Serviço de Urgência

06/12/2022

8

- Os momentos mais frequentemente observados: antes e depois do contato com o doente.

- Momento menos frequentemente observado: depois do risco de exposição a sangue e fluidos corporais e antes do procedimento asséptico

- **Momento mais valorizado:**
 - Após contacto com o doente para os enfermeiros e depois do contato com o ambiente do doente

- **Momentos menos valorizados:**
 - Depois do contato com o ambiente do doente nos enfermeiros e todos os momentos exceto depois do contato com a superfície do doente nas ao



Apêndice 11 - Auditoria à Higienização das mãos (2)

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

HIGIENE DAS MÃOS



Vítor Elias

Serviço de Urgência

15/12/2022

GERAL

- DETERMINAR A ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS PELOS
PROFISSIONAIS DA UCA.



ESPECIFICOS

- INFORMAR E DISCUTIR, COM OS PROFISSIONAIS DA
UCA, OS RESULTADOS DA AUDITORIA À HIGIENE DAS
MÃOS.

OBJETIVOS

Serviço de Urgência

15/12/2022

HIGIENE DAS MÃOS – PRINCÍPIOS BÁSICOS



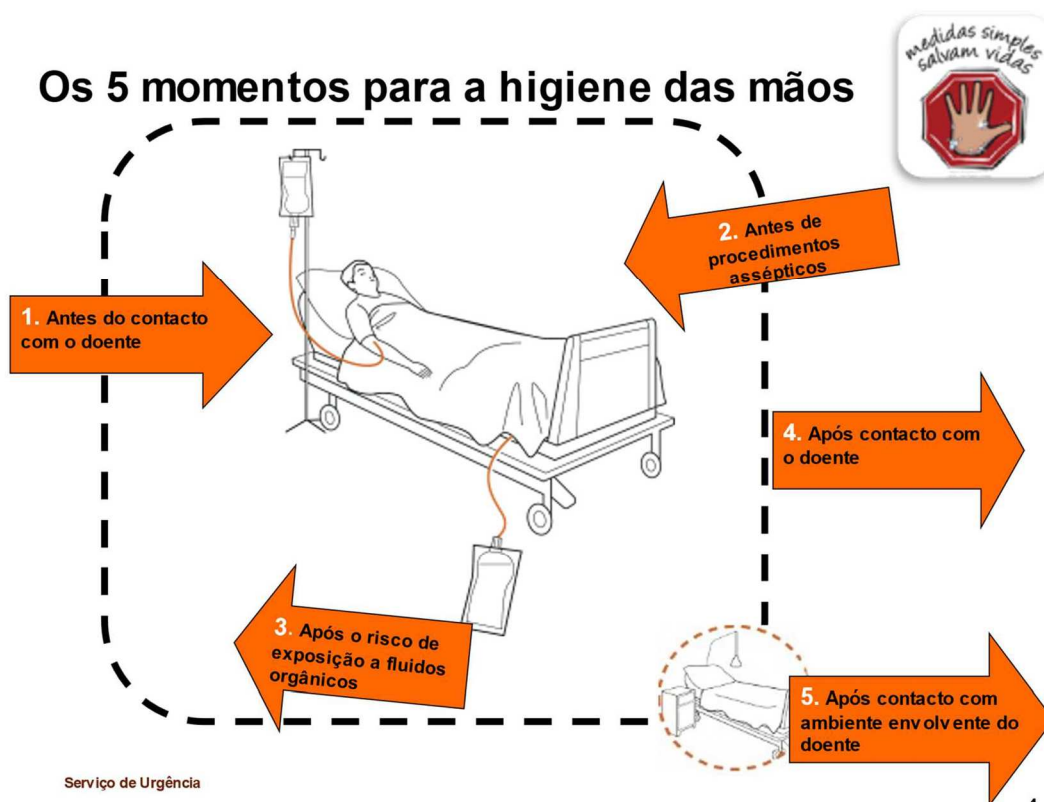
- não usar adornos ou joias
- não usar verniz, silicone e/ou extensões
- usar unhas curtas e limpas
- proteger lesões existentes nas mãos
- criar/manter o hábito de higienizar as mãos

Serviço de Urgência

15/12/2022

3

Os 5 momentos para a higiene das mãos



Serviço de Urgência

4

METODOLOGIA

- As observações foram efetuadas por 1 observador.
- A grelha de observação foi aplicada no dia 15 de Dezembro de 2022
- Foram excluídos das observações as situações de urgência/emergência(sala de emergência)

Serviço de Urgência

HIGIENE DAS MÃOS NA SU

OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS

15/12/2022

5



RESULTADOS

88 Observações



Enfermeiros
56 observações
64%

AO
32 observações
34%



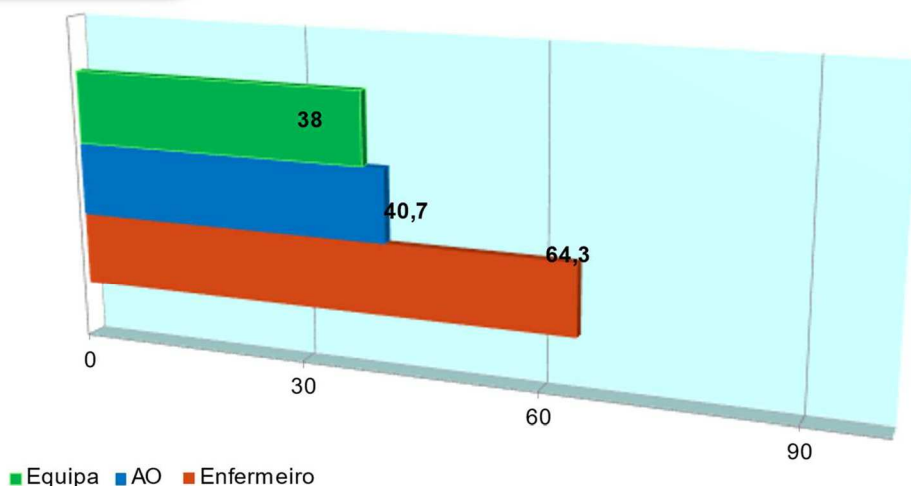
Serviço de Urgência

15/12/2022

6



EVOLUÇÃO DA ADEÇÃO À HIGIENE DAS MÃOS



■ Equipa ■ AO ■ Enfermeiro

Serviço de Urgência

15/12/2022

7

ADEÇÃO POR INDICAÇÃO / MOMENTO

INDICAÇÃO/MOMENTO	OPORTUNIDADES	ADEÇÃO ENF		ADEÇÃO AO	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
Cumprimento					
Antes do contacto com o doente	20,4%	86,7%	13,3%	66,7%	33,3%
Antes de procedimento asséptico	2,3%	0%	100%	0%	0%
Depois do risco de exposição a sangue e fluidos corporais	3,4%	66,7%	33,3%	0%	0%
Depois do contacto com o doente	35,2%	83,3%	16,7%	50%	50%
Depois do contacto com o ambiente do doente	38,7%	50%	50%	25%	75%

Serviço de Urgência

06/12/2022

8

- Os momentos mais frequentemente observados: depois do contato com o doente.
- Momento menos frequentemente observado: antes do procedimento asséptico
- **Momento mais valorizado:**
Antes do contacto com o doente para os enfermeiros e ao

Momentos menos valorizados :

- Depois do contato com o ambiente do doente nos enfermeiros e ao



Anexos

**Anexo 1- Certificado de participação no 1º Webinar do Projeto INFFUCI | CIDNUR A
Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem**



CERTIFICADO

Certifica-se que Vitor Elias participou no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR **A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem**, que se realizou no dia 9 de janeiro de 2023, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo 2- Certificado de participa o no International Trauma Life Support(ITLS)



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Vitor Manuel Gonçalves Elias, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

6/5/2022

course site

IP Setúbal, Setubal, INTL (International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

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

Continuing Education Hours: 15.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

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

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL50026)

Card Holder's Signature

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

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS 349458-48576
International
Trauma Life Support

Vitor Manuel Gonçalves Elias, RN

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date **6/5/2022** Expiration Date **06/2023**

Course Number **48576** Course Location **IP Setubal, S. INTL (International)**



Anexo 3- Certificado de Participa o no Advanced Life Support Operacional (ALS)



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

Vitor Manuel Gonçalves ELIAS

26/12/1971

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

Ana Catarina PEREIRA MESTRE DA CONCEIÇÃO
diretor de curso



Data do último curso: 21/05/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-213-974770