



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

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção da Extubação não Planeada na Pessoa com Entubação Orotraqueal em Contexto de Cuidados Intensivos

Maria João Rodrigues Rocha

Orientação: Professora Dr.^a Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A 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



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



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**Prevenção da Extubação não Planeada na
Pessoa com Entubação Orotraqueal em
Contexto de Cuidados Intensivos**

Maria João Rodrigues Rocha

Orientação: Professora Dr.ª Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Eugénia Nunes Grilo

Arguente: Professora Dr.ª Maria Alice Góis Ruivo

Orientador: Professora Dr.ª Maria Dulce dos Santos Santiago

Setúbal, 2023

*A nossa jornada é uma constante aprendizagem,
cada situação problemática traz um Mestre
que nos ensina. Aprenda com ele, para não ter
que repetir a lição.*
(Damião Maximino)

DEDICATÓRIA

Dedico o presente relatório aos meus pais, M^a Céu Rocha e Luís Rocha e ao meu namorado Mário Costa, pelo importante contributo ao longo deste meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Dulce dos Santos Santiago, pela orientação, disponibilidade, apoio e incentivo ao longo do meu trajeto educativo.

Ao enfermeiro supervisor F. T., pelo apoio, disponibilidade e partilha constante de experiência e conhecimentos, estimulando o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À enfermeira coordenadora da UCI por ter consentido a realização do estágio no seu serviço e ter aprovado o tema escolhido para o projeto proposto.

À equipa da UCI, pelo acolhimento e disponibilidade nos momentos de partilha e reflexão.

À Ana Isabel Gil e à Ana Isabel Vieira, amigas e colegas, de mestrado e de trabalho, pelo apoio, amizade e palavras de apoio nos momentos críticos e desmotivantes, sem vocês esta aventura não seria a mesma.

Ao meu namorado Mário pelo apoio incondicional, compreensão e incentivo ao longo deste desafio, o carinho e as palavras de encorajamento estiveram presentes em todos os momentos.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

A Extubação Não Planeada é um dos eventos mais comuns na pessoa em situação crítica ventilada mecanicamente e constitui um indicador de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. A sua ocorrência pode levar a complicações graves, com comprometimento da segurança do doente, sendo imperioso, no contexto dos cuidados de saúde, a implementação de medidas que potenciem a prevenção da extubação não planeada.

No decorrer do Estágio Final, foi desenvolvida uma Intervenção Profissional Major, descrita neste relatório, visando o incremento da segurança e qualidade dos cuidados, através da implementação de estratégias promotoras da uniformização dos cuidados relativos à prevenção e gestão extubação não planeada na pessoa entubada oro-traquealmente.

Com a realização deste relatório, foi também, elaborada uma análise e reflexão crítica do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica bem como as de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Extubação não Planeada; Segurança do Doente; Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Unplanned Extubation is one of the most common events in critically ill patients under mechanical ventilation and is an indicator of the quality of nursing care delivery. Its occurrence can lead to serious complications, compromising patient safety, thus it is imperative to implement measures to prevent unplanned extubation in health care settings.

During the Final Internship, a Major Professional Intervention was developed, described in this report, aiming at increasing the safety and quality of care, through the implementation of strategies promoting the standardization of care regarding the prevention and management of unplanned extubation in the orotracheally intubated person.

This report also included an analysis and critical reflection on the process of acquisition and development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing - The Person in Critical Condition, as well as those of the Master in Nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Unplanned Extubation; Patient Safety; Intensive Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS- *American College of Surgeons*

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

AO- Assistente Operacional

APA - *American Psychological Association*

AR- Assembleia da República

BIS- *Bispectral Index*

BO- Bloco Operatório

BP- Bloco de Partos

BPS- *Behavioral Pain Scale*

B-On - Biblioteca do Conhecimento On-line

CH- Centro Hospitalar

DAE- Desfibrilhador Automático Externo

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DGS- Direção-Geral da Saúde

EA- Evento Adverso

ECD- Exame Complementar de Diagnóstico

ECDC- *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE-PSC- Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

EEMI- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EER- Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP- Extubação Não Planeada

EPE- Entidade Pública Empresarial

EPI- Equipamento de Proteção Individual

et al. - e outros

GCLPPCIRA- Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN- *International Council of Nurses*

IPM- Intervenção Profissional Major

JBI- *Joanna Briggs Institute*

MCTES- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

ME- Mestrado em Enfermagem

MeSH- *Medical Subject Headings*

MMPBE- Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS- Ministério da Saúde

nº. - Número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

p. – página

PBE – Prática Baseada em Evidência

PE- Projeto de Estágio

PiCCO- *Pulse Contour Cardiac Output*

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RASS- *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SUG- Serviço de Urgência Geral

TISS-28- *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TOF- *Train-of-four*

TOT- Tubo Orotraqueal

TSR- Técnica de Substituição Renal

UC- Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UE- *Unplanned Extubation*

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	17
1.1 CENTRO HOSPITALAR.....	17
1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	18
1.2.1. Estrutura, recursos físicos e materiais	18
1.2.2. Recursos humanos.....	20
1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados	21
2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR.....	23
2.1. PROBLEMÁTICA: EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA NA PESSOA ENTUBADA OROTRAQUEALMENTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS	23
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	26
2.2.1. Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências.....	27
2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados	30
2.2.3. Intervenções de enfermagem na prevenção da extubação não planeada: evidência científica.....	32
2.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	37
2.4 OBJETIVOS	39
2.5 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	39
2.6 AVALIAÇÃO E RESULTADOS.....	45
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 	48
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	50
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	61
CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I- Resumo do artigo científico – Prevenção da Extubação Não Planeada na Pessoa em Situação Crítica entubada orotraquealmente em contexto de UCI	85
APÊNDICE II- Projeto de Estágio	88
APÊNDICE III- Cronograma da Intervenção Profissional Major	109
APÊNDICE IV- Plano da Sessão Formativa	111
APÊNDICE V- Proposta de norma sobre a Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na pessoa entubada orotraquelamente.	114
APÊNDICE VI- Apresentação da Sessão Formativa	124
APÊNDICE VII- Gráficos de Avaliação da Sessão Formativa.....	137
APÊNDICE VIII- Instrumento de auditoria clínica para a proposta de norma sobre a Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na pessoa entubada orotraquealmente.....	143

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I- Divulgação da Sessão Formativa.....	148
ANEXO II- Questionário de Avaliação da Sessão Formativa	151
ANEXO III- Certificado de Participação no Congresso Internacional Doente Crítico 2023	153
ANEXO IV- Certificado de formação em Suporte Básico de Vida com DAE	155
ANEXO V- Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida	157
ANEXO VI- Certificado de Formação em Trauma	159
ANEXO VII- Certificado de formação em Triagem de Catástrofe	161
ANEXO VIII- Certificado de Participação como formador na ação de formação “Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na Pessoa Entubada Orotraquealmente”	163
ANEXO IX- Certificado de Participação como formando na ação de formação sobre “Documentação dos Cuidados de Enfermagem – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem- Registos no Sclínico”	165
ANEXO X- Certificado de Participação como formando na ação de formação sobre os “Cuidados de Enfermagem ao doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos com Dor”	167
ANEXO XI- Certificado de Participação como formando na ação de sobre a “Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas em Ambiente Laboral”	169
ANEXO XII- Certificado de Participação como formando na ação de formação “Processo de Intervenção em Violência Interpessoal e Violência Doméstica”	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição dos enfermeiros especialistas por área especialidade	20
Figura 2- Etapas do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências.	28
Figura 3- Diagrama referente ao processo de pesquisa científica	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Tipo de estudo, segundo JBI	34
Tabela 2- Nível de evidência pelo método FAME, segundo JBI.....	34
Tabela 3- Análise SWOT	38

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, integrada no plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem [ME], na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], na vertente da Pessoa em Situação Crítica [PSC], ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com o Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Évora.

Pretende-se que este relatório de estágio seja o culminar do processo formativo do ME, salientando a relevância da UC de Relatório, fundamental para a aquisição do título profissional de Enfermeiro Especialista em EMC, conferido pela Ordem dos Enfermeiros [OE] bem como, após a aprovação nas provas de defesa pública, a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Ressaltamos que no plano de estudos deste ME estão contemplados dois momentos de estágio, tendo sido apenas realizado o estágio final, uma vez que, através do processo de reconhecimento, validação e certificação de competências, obtivemos creditação ao Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto de Serviço de Urgência Geral [SUG].

Para a realização do estágio final, foi eleita uma Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], de um centro hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo. O estágio decorreu no período de 17 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023 com um total de 336h, tendo as mesmas sido cumpridas de acordo com o preconizado para a UC. O estágio final bem como a elaboração do relatório de estágio decorreram sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago e a supervisão clínica de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC], sendo o processo de desenvolvimento de competências acompanhado por ambos.

Subordinada à linha de investigação estipulada para a área de especialização em EMC “Segurança e Qualidade de Vida”, foi elaborada uma Intervenção Profissional Major [IPM]

assente na temática da prevenção da Extubação Não Planeada [ENP] no doente com entubação orotraqueal, suportada teoricamente por June Larrabee através do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE].

A ENP é definida pela remoção precoce do tubo orotraqueal [TOT], podendo esta ser acidental ou autoextubação, sendo esta última a causa mais comum das ENP pois constitui cerca de 62-90% dos eventos relatados (Berkow & Kanowitz, 2020).

A ENP é um dos eventos adversos [EA] com elevada incidência na PSC sob Ventilação Mecânica Invasiva [VMI] em contexto de UCI e constitui uma situação de emergência, uma vez que, coloca em risco a vida da pessoa e a reintubação é frequentemente necessária, sendo a taxa de reintubação de cerca de 89% das ENP (Berkow & Kanowitz, 2020). Constitui um indicador de qualidade importante na prestação de cuidados de enfermagem, sendo que a sua ocorrência pode levar a complicações graves na saúde da PSC.

Estima-se que cerca de 50% a 60% dos eventos adversos são considerados passíveis de prevenção e constituem a terceira causa de morte evitável nos EUA (Makary & Daniel, 2016). Em Portugal foi realizado um estudo sobre a prevalência dos EA entre 2000 e 2015, onde se verificou que em 15 milhões de hospitalizações registadas, ocorreram cerca de 860 mil EA e que desde o ano 2000 o número foi crescente nos anos seguintes (Sousa-Pinto et al., 2018).

Após uma análise reflexiva sobre o impacto desta temática no contexto clínico onde ocorreu o estágio final, consideramos que, perante a inexistência de uma norma de atuação seria necessário intervir nesse sentido, bem como, apostar na formação dos enfermeiros no sentido de uniformizar e incrementar a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

O presente relatório encontra-se organizado em três capítulos, no primeiro capítulo descrevemos o contexto clínico onde se realizou o Estágio Final e conseqüentemente foi desenvolvida a IPM, através da descrição do enquadramento institucional, estrutural, recursos físicos, materiais e humanos. Ainda neste capítulo, é realizada uma análise da gestão e produção de cuidados. O segundo capítulo compreende o desenvolvimento da IPM, onde realizamos uma fundamentação da problemática identificada através do enquadramento teórico e conceptual baseado nas diferentes fases do modelo teórico eleito, concluindo com a descrição das etapas que compreendem a metodologia de projeto, nomeadamente, o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento e

execução e a avaliação e resultados. Por fim, no terceiro capítulo procedemos à análise reflexiva e devidamente fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica [EEEMCPSC] (OE, 2018) e das competências de Mestre em Enfermagem (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Todo o percurso académico desenvolvido fomentou a reflexão crítica e promoveu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, objetivando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, com recurso à investigação alicerçada na Prática Baseada na Evidência [PBE].

Este relatório foi redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, cumprindo as regras de formatação de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre- Escola Superior de Saúde de Portalegre e tendo por base as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* [APA], 7ª edição (APA, 2020).

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Estágio Final foi desenvolvido em contexto de UCI de um Centro Hospitalar [CH]. Deste modo, é imprescindível realizar uma descrição do contexto clínico, a sua missão e valores, bem como, enumerar os recursos humanos e físicos disponíveis, concluindo com uma breve análise da gestão e produção de cuidados.

1.1 CENTRO HOSPITALAR

O CH é uma Entidade Pública Empresarial [EPE] integrada no Serviço Nacional de Saúde [SNS] que foi criada a 1 de novembro de 2009 através do Decreto-Lei n.º 280/2009. É constituído por dois hospitais e abrange os quatro concelhos do município, servindo assim, uma população de cerca de 213.584 habitantes (Ministério da Saúde [MS], 2020).

O CH tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram. Visa ser um CH com diferenciação científica, técnica e tecnológica, com o objetivo de ser reconhecido pela efetividade clínica. Prioriza a motivação dos colaboradores e promove a saúde, a satisfação do doente e o bem-estar da população. Estabeleceu como valores de atuação o humanismo, a inovação, a dedicação, a eficiência, a responsabilidade e o profissionalismo, assumindo assim, o lema: “JUNTOS CUIDAMOS” (CH, 2023).

O CH é constituído por serviços de ação médica e serviços de apoio. Os serviços de apoio são comuns aos dois hospitais e atuam a nível do SUG, da consulta externa, do internamento, da cirurgia de ambulatório, da radioterapia e do hospital de dia, e têm à disposição vários meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Os serviços de ação médica estão organizados em departamentos, serviços, unidades funcionais e valências. Presta também cuidados domiciliários no âmbito da hospitalização domiciliária, cuidados paliativos e de saúde mental e psiquiátrica (CH, 2023).

1.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde ([ACSS], 2013) uma UCI é um serviço que objetiva o tratamento e a prestação de cuidados à PSC que carece de uma vigilância e monitorização contínua e intensiva. É um serviço que atende doentes do foro médico-cirúrgico, em horário contínuo, através de uma equipa médica e de enfermagem especializada.

A UCI do CH encontra-se em funcionamento desde o dia 16 de setembro de 1991. É uma unidade polivalente de nível III com capacidade de 8 camas, no entanto, encontra-se capacitada para integrar mais 3 camas de cuidados intermédios nível II, sendo este, um projeto ainda em desenvolvimento.

1.2.1. Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCI, encontra-se localizada no piso 0 ao lado do Bloco Operatório [BO] e do Bloco de Partos [BP], perto do SUG e do Serviço de Radiologia, cumprindo as recomendações da ACSS relativas à localização e proximidade a outros serviços, que referem que as Unidade de Cuidados Intensivos [UCIs] polivalentes devem ter uma localização próxima aos serviços de Radiologia, SUG e BO (Direção Geral da Saúde [DGS], 2003) (ACSS, 2013).

A UCI recebe doentes do foro médico-cirúrgico ou de outras especialidades, provenientes não só dos vários serviços do hospital, mas também de outras instituições. Segundo dados estatísticos fornecidos pela enfermeira coordenadora da UCI, do número total de doentes admitidos no ano de 2022, 96,5% corresponde a doentes provenientes dos vários serviços existentes no hospital, são eles: 43% do BO, 38% do SUG e 15,5% dos restantes serviços, representando apenas 3,5% os doentes provenientes de outras instituições de saúde. Verifica-se assim que a maior percentagem é relativa a doentes no pós-operatório imediato de cirurgias complexas que necessitam de estabilidade hemodinâmica rigorosa, seguindo-se os doentes provenientes do SUG vítimas de doença aguda súbita em estado crítico e com necessidade de cuidados diferenciados.

A UCI é considerada uma unidade nível III, que, segundo a OE (2019), correspondem a serviços de medicina intensiva/ UCIs, com quartos individualizados e capacitadas de equipas próprias (médica e de enfermagem), com formação específica na área, presentes 24 horas por dia 365 dias por ano. Presume a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica diferenciados e devem possuir ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade bem como programas de formação e treino. O rácio enfermeiro/doente deverá ser de 1/1 (OE, 2019a).

Mediante estas necessidades a UCI dispõe de 8 camas em quartos individualizados exclusivos de cada doente, devidamente equipadas com ventilador que permite um suporte ventilatório invasivo e não invasivo (incluindo alto fluxo), bombas e seringas infusoras e monitor com uma capacidade de monitorização hemodinâmica intensiva (ACSS, 2013), avaliando em permanência traçado cardíaco, frequência cardíaca, oximetria periférica, temperatura, pressão venosa central e pressão arterial por manga ou cateter arterial.

Possui ainda máquinas para realização de técnica substituição renal [TSR] quando a situação do doente assim o exigir, máquinas estas, móveis que são transportadas para o quarto do doente mediante necessidade. Existe também, material disponível para avaliação neurológica com o *Bispectral Index* [BIS], avaliação do nível de curarização com o *Train-of-four* [TOF] e monitorização hemodinâmica invasiva com o sistema *Pulse Contour Cardiac Output* [PiCCO].

Dos 8 quartos, 2 têm capacidade para receber doentes em isolamento por via aérea, que segundo os requisitos da ACSS (2013) estão equipados para funcionarem em pressão positiva ou negativa, equipados com lavatório e possuem antecâmaras para se proceder à colocação ou retirada dos equipamentos de proteção individual [EPIs]. Permitem uma boa visibilidade do doente e da equipa de enfermagem e na entrada está identificado o tipo de isolamento. Existem ainda na UCI 2 carros de emergência e máquina para realização de análises gasimétricas.

Além da área clínica, o espaço físico da UCI é composto ainda por: uma sala de reuniões, o gabinete do diretor, o gabinete da enfermeira coordenadora, uma sala de armazenamento de material de uso clínico, uma sala com múltiplos equipamentos e material reutilizável, uma sala de limpos, uma sala de sujos, duas copas, dois wc's, dois balneários (feminino e masculino) e uma sala de espera para visitas/ acolhimento da pessoa

significativa, estes espaços estão estruturalmente montados segundo os requisitos publicados pela ACSS (2013).

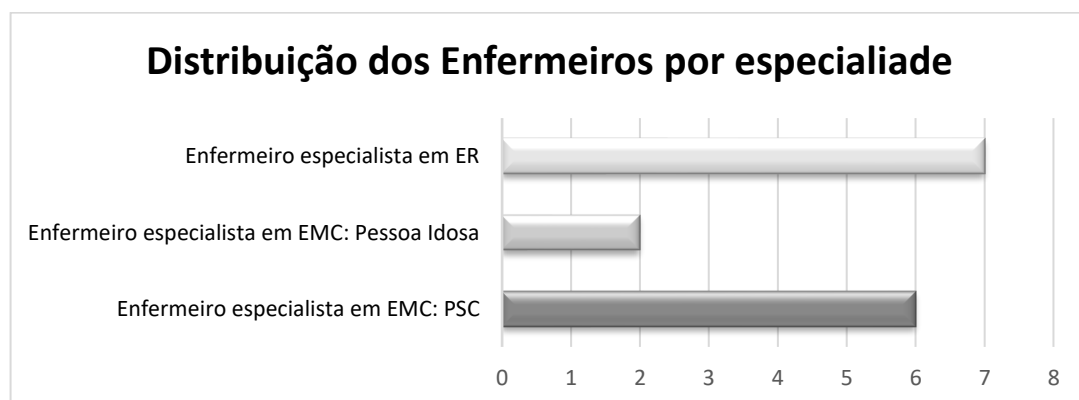
1.2.2 Recursos Humanos

A UCI possui uma equipa multidisciplinar experiente em permanência 24 horas por dia e 365 dias por ano, tal como mencionado anteriormente, requisito obrigatório para o funcionamento de uma UCI de nível III (MS, 2020), equipa esta, composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais [AO], fisioterapeutas, administrativa e equipa de limpeza. A equipa médica é constituída por 5 médicos fixos que contam com a colaboração de cerca de 10 médicos externos em regime de prestação de serviços, bem como de médicos de outras especialidades quando necessário.

A equipa de enfermagem está dividida em 5 equipas de 6 elementos, num total de 30 enfermeiros, cada equipa tem como chefe de equipa um enfermeiro especialista. A equipa está dotada de 15 enfermeiros especialistas em diversas áreas de especialidade, a sua distribuição encontra-se descrita na figura 1. Esta equipa conta também com a Enfermeira Coordenadora (Especialista em Enfermagem de reabilitação [EER]) e um enfermeiro generalista que colabora também na gestão. Salienta-se a inexistência de enfermeiros especialistas em EMC suficientes para constituir 50% do número do total de enfermeiros como recomendado pela OE (2019a), bem como um número insuficiente de EER que assegure 12 horas de cuidados especializados (OE, 2019a).

Figura 1

Distribuição dos enfermeiros especialistas por área especialidade.



A equipa de AO é constituída por 14 elementos, dos quais 11 trabalham em horário rotativo e os outros 2 em horário fixo nas manhãs, encontrando-se um deles, responsável pelo Ekanban e pela reposição de material em todo o serviço. A equipa da limpeza é composta por 1 elemento por turno.

Nos dias úteis das 08h00 às 17h00 está presente uma administrativa responsável por todos os procedimentos burocráticos da UCI, entre eles, os relativos à entrada e saída de doentes, requisição de transportes, organização de processos e marcação de exames complementares de diagnóstico [ECD].

Da equipa multidisciplinar colaboram ainda quando solicitados técnicos de imagiologia, cardiopneumologistas, nutricionista, assistente social, entre outros.

1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados

A UCI apresenta um rácio de cama/100 000 habitantes de 5,15, continuando a ser uma das UCIs do país com menor rácio de camas disponíveis por 100 000 habitantes (MS, 2020). Segundo dados estatísticos fornecidos pela enfermeira coordenadora da UCI, no ano de 2022 houve um total de 263 doentes admitidos correspondendo a uma taxa de ocupação de 84,8% com uma média de 7,8 dias de internamento.

Na UCI o período de trabalho da equipa de enfermagem encontra-se dividido em 3 turnos: o turno da manhã (das 8h às 16h), o turno da tarde (das 15:30 às 24h) e o turno da noite (das 23h às 08:30h), sendo que as passagens de turno ocorrem na sobreposição dos mesmos. O número de enfermeiros por turno é de 5 nas manhãs e nas tardes e de 4 no turno da noite. Nas manhãs de segunda a sexta-feira acresce o enfermeiro de apoio à gestão e a enfermeira coordenadora. O enfermeiro chefe de equipa, é, por norma um enfermeiro especialista e tem a função de realizar a distribuição de trabalho de enfermagem no turno pela equipa, função esta que acumula com a prestação direta de cuidados em concordância com o domínio C das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que corresponde ao domínio da gestão de cuidados (OE, 2019b).

Paralelamente, existe também a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar [EEMI] que funciona 24 horas por dia e 365 dias por ano e que assegura a abordagem imediata em qualquer situação de emergência ocorrida dentro das instalações do hospital, mediante os

critérios de ativação preconizados. Esta equipa é constituída por um médico e um enfermeiro escalados no respetivo turno e que são chamados através do número de emergência 2222. A EEMI é formada por profissionais com competências avançadas na abordagem do doente crítico e formação em técnicas de reanimação, cumprindo assim, as diretrizes da DGS (DGS, 2010a).

Para calcular a carga de trabalho de enfermagem na prestação de cuidados é utilizado o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* [TISS-28], que consiste na avaliação de sete categorias: atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas, subdivididas em 28 itens (Padilha et al., 2005). Cada ponto quantificado corresponde a 10,6 minutos que contabilizados fornecem o nº total de horas de cuidados de enfermagem que determinado doente necessita durante as 8h do turno (Miranda et al., 2003).

Na UCI o TISS-28 é avaliado por um enfermeiro no turno da noite utilizando os dados correspondentes às 24 horas anteriores. Salienta-se que com o aumento da idade média e consequentemente o aumento das comorbilidades no doente crítico, o tempo de prestação de cuidados de enfermagem que cada doente necessita tem aumentado cerca de 34,3%, sendo que, alguns dos cuidados prestados não se encontram contemplados no TISS-28 (Miranda et al., 2003).

O método de trabalho instituído na UCI para a prestação de cuidados de enfermagem é o método individual de trabalho, segundo o modelo teórico de Roper, Logan e Tierney. Sendo, o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos doentes que lhe são atribuídos em cada turno, realçando-se, no entanto, que a interajuda e o trabalho de equipa estão sempre presentes durante o turno.

Na UCI existem ainda, grupos de trabalho em diversas áreas, tais como: a prevenção e o tratamento de úlceras de pressão, controlo de infeção associada à algaliação, à colheita de hemoculturas, ao cateter venoso central, o controlo da dor e até mesmo a lavagem das mãos, entre outros. Estes grupos trabalham sobre os temas, realizam auditorias e ações de formação em serviço visando a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados. Assumindo que “a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional” (OE, 2016).

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

O presente capítulo serve o propósito de explorar a IPM desenvolvida ao longo do estágio final, enquadrada na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” definida para o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da PSC. Esta IPM foi desenvolvida recorrendo às diretrizes da metodologia de projeto que estipula as seguintes etapas: Diagnóstico de Situação; Definição de Objetivos; Planeamento e Execução; Avaliação e Divulgação de Resultados (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia de projeto além de refletir os conceitos fundamentais do planeamento em saúde, visa a resolução de problemas, possibilitando assim, a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na elaboração de projetos numa situação real. Desta forma, a metodologia de projeto adota uma ligação entre a teoria, a investigação e a prática, considerando que esta se baseia no conhecimento teórico e da evidência para uma aplicação em contexto prático (Ruivo et al., 2010), incentivando assim a aplicação da PBE.

O planeamento em saúde, assim como a metodologia de projeto, devem ser vistos como um processo dinâmico, flexível e consistente. Considera-se possível a integração de novos dados e estratégias, reformulando sempre que necessário e nunca considerando cada etapa como terminada (Ruivo et al., 2010).

2.1. PROBLEMÁTICA: EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA NA PESSOA ENTUBADA ORO-TRAQUEALMENTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A segurança do doente é definida pela DGS como "a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável" (DGS, 2011, p.21). Importa, por isso, dar a devida relevância à qualidade e à segurança da PSC, constituindo um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. Neste sentido, considera-se essencial a procura da melhor evidência científica nos cuidados prestados ao doente e a avaliação dos riscos e das complicações associadas (DGS, 2021a).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD], 2021-2026 é suportado por 5 pilares, organizados em objetivos e estratégias de atuação. O 5º pilar que corresponde às “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” refere que:

os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (MS, 2021, p.102).

A PSC internada em contexto de UCI é submetida a inúmeras técnicas e procedimentos invasivos, o que faz da UCI um local propício à ocorrência de eventos adversos [EA], nomeadamente a ENP (Torres et al., 2021; Lucchini et al., 2018).

A DGS (2011), define evento adverso como uma complicação indesejada decorrente da prestação de cuidados ao doente, não atribuída à evolução natural da doença de base. Estes eventos são responsáveis por cerca de 1-5% da mortalidade hospitalar (Sousa-Pinto et al., 2018). Estima-se que cerca de 50% a 60% dos eventos adversos são considerados passíveis de prevenção e constituem a terceira causa de morte evitável nos EUA (Makary & Daniel, 2016). Em Portugal entre o ano de 2000 a 2015 foi realizado um estudo sobre a prevalência dos EA onde se verificou que em 15 milhões de hospitalizações registadas ocorreram cerca de 860 mil EA e que desde o ano 2000 o número foi crescente nos anos seguintes (Sousa-Pinto et al., 2018).

A extubação oro-traqueal consiste na remoção do tubo oro-traqueal [TOT] na PSC ventilada mecanicamente (Parotto et al., 2020). A retirada deste dispositivo clínico é uma intervenção que deve ser planeada com antecedência e em equipa, no entanto, a mesma acaba por acontecer sem o planeamento prévio e quando isso ocorre é chamada de ENP. A ENP é definida pela remoção precoce do TOT, podendo esta ser acidental ou autoextubação. A ENP acidental resulta da prestação direta de cuidados ao doente crítico, por exemplo, durante os cuidados higiene ou durante um transporte e a autoextubação, tal como o nome indica resulta da retirada do TOT por ação do próprio doente (Lin et al., 2019; Torres et al., 2021). A autoextubação é a causa mais comum das ENP pois constitui cerca de 62-90% dos eventos relatados (Berkow & Kanowitz, 2020).

A ENP é um dos eventos adversos com elevada incidência na PSC sob Ventilação Mecânica Invasiva [VMI] em contexto de UCI e constitui uma situação de emergência, uma vez que, coloca em risco a vida da pessoa e a reintubação é frequentemente necessária, sendo a taxa de reintubação de cerca de 89% das ENP (Lin et al., 2019; Lucchini et al., 2018; Berkow & Kanowitz, 2020). Constitui um indicador de qualidade importante na prestação de cuidados de enfermagem, sendo que a sua ocorrência pode levar a complicações graves na saúde do doente crítico.

Os estudos científicos mais recentes consultados, analisam os fatores de risco como aspetos relevantes a ter em conta na deteção precoce de uma situação potenciadora da ocorrência da ENP. Os mesmos, apontam também que as complicações da ENP passam pelo traumatismo das vias aéreas, uma vez que, a retirada do TOT com o cuff insuflado provoca lesões; o edema nas cordas vocais e traqueia, dificultando por vezes a reintubação; instabilidade hemodinâmica e hipoxia o que pode levar à Paragem Cardiorrespiratória (PCR); aumento do tempo de VMI e consequentemente aumento do tempo de internamento; aumento do risco de Pneumonia, doentes com secreções aquando da ENP podem aspirar as mesmas e isso levar a uma Pneumonia de Aspiração; aumento da Taxa de Mortalidade e um aumento significativo dos gastos em saúde (Lin et al., 2019; Torres et al., 2021; Luchini et al., 2018; Lin & Wu, 2019).

Como referido anteriormente a ENP tem uma implicação direta na segurança da PSC, e sendo a promoção de um ambiente terapêutico e seguro uma competência comum da enfermagem especializada (OE, 2019b) é de extrema importância perceber quais as intervenções de enfermagem promotoras do ambiente terapêutico seguro e que consequentemente diminuem a incidência da ENP.

A melhor forma de evitar a ocorrência da ENP e as complicações a ela associadas, é conhecendo os fatores de risco e atuar na prevenção dos mesmos, prestando cuidados de enfermagem uniformizados e de qualidade. Vários estudos salientam como principais fatores de risco: o desmame da sedação, a dor, o *Delirium*, o nível de consciência elevado, o modo de ventilação espontânea, a fixação do TOT e os recursos humanos. Identificados os fatores de risco, projetar intervenções preventivas para os mesmos, irá consequentemente reduzir a probabilidade da ocorrência da ENP (Torres et al., 2019; Lin & Wu, 2019; Kwon & Choi, 2017; Danielis et al., 2018).

Sendo o doente crítico um doente particularmente instável que carece de cuidados diferenciados, cabe ao EEEMCPSC, conseguir prever e antecipar eventuais focos de instabilidade, agindo em conformidade, priorizando a qualidade dos cuidados prestados. Os cuidados de enfermagem especializados na PSC são orientados por padrões de qualidade estipulados pela OE através do regulamento nº361/2015, em que a prevenção de complicações é salientada como um aspeto importante, ou seja, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2015, p.17242).

2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A conceção de teorias de enfermagem tem sido essencial para a evolução da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento. Os referenciais teóricos contribuem para a sua evolução de forma sustentada e para o desenvolvimento de pensamento crítico nos profissionais de enfermagem. Assim, as teorias surgem como linhas orientadoras para o ensino e investigação em enfermagem, conferindo conhecimento e autonomia à prática profissional (Tomey & Alligood, 2004).

A PBE define-se como sendo a inclusão da melhor evidência, resultante de uma pesquisa organizada e sistemática, combinada com o julgamento clínico, os valores, as preferências e a experiência do doente na tomada de decisão clínica (Larrabee, 2011).

A prestação de cuidados à PSC deve adotar uma visão holística da pessoa como centro do cuidado, logo, é expectável que o enfermeiro EEEMCPSC, baseie a sua prática nos padrões de qualidade e segurança dos cuidados especializados da sua área. Assumindo assim, a “procura permanente da excelência no exercício profissional” e garantindo “a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2015b, p.17243).

O referencial teórico para a IPM e para o processo de desenvolvimento de competências escolhido foi o MMPBE, de Larrabee (2011), que será descrito no capítulo seguinte. Serão ainda abordados os conceitos da qualidade em saúde e segurança dos cuidados, bem como as intervenções de enfermagem na prevenção da ENP à luz de evidência científica.

2.2.1. Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

Em 1999, Rosswurm e Larrabee (1999) desenvolveram o MMPBE após constatarem que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em adaptar mudanças na prática de cuidados, defendendo a prática baseada num raciocínio interativo e crítico em detrimento da prática baseada unicamente na intuição, que resulta da experiência individual e opinião pessoal. Os autores supracitados objetivaram com este modelo conseguir alterar e orientar a prática dos enfermeiros para um processo sistemático baseado em evidências, resultando essencialmente de uma união entre a experiência clínica e o que é descrito pela evidência. Este estudo foi utilizado por enfermeiros através da aplicação de mudanças na sua prática diária baseada em evidências a doentes com síndrome confusional agudo tendo-se revelado um método eficaz na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados (Rosswurm & Larrabee, 1999) e, tal como refere Larrabee (2011) o MMPBE apresenta “(...) comprovada eficácia em melhorar a qualidade do cuidado e os resultados do paciente” (Larrabee, 2011, p.14).

O MMPBE emerge da “(...) utilização simultânea da “experiência clínica” e da “melhor evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática” para orientar a tomada de decisão clínica e simultaneamente respeitar os valores do paciente” (Larrabee, 2011, p. 24).

Tanto os enfermeiros envolvidos diretamente na prestação dos cuidados como os enfermeiros líderes objetivam assegurar os melhores cuidados prestados valorizando a qualidade e a segurança dos mesmos, dando o enfermeiro líder, o auxílio necessário para a implementação da PBE (Larrabee, 2011). O regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista no que concerne à alínea b) do artigo 8º do capítulo II, vem corroborar esta teoria referindo que este deve basear “a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019b, p.4745).

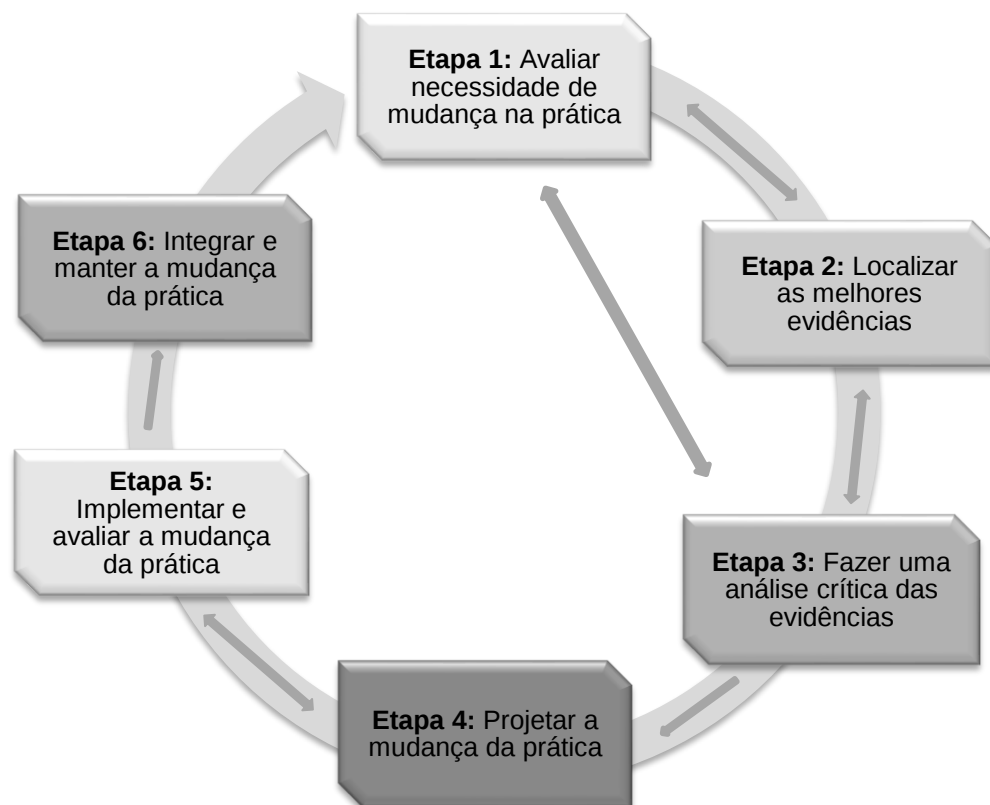
Segundo o MMPBE de Larrabee (2011), a mudança na prática deve assentar na conjugação entre a identificação de necessidades/ análise de dados, a pesquisa da melhor e mais recente evidência científica e a experiência clínica do enfermeiro. A combinação destes três fatores melhora os processos de tomada de decisão dos enfermeiros, altera os padrões dos cuidados de enfermagem e melhora a segurança e a qualidade dos cuidados garantindo uma prestação de cuidados individualizados (Larrabee, 2011).

Salientamos a similitude entre o MMPBE e as metodologias aplicadas às revisões da evidência com etapas e procedimentos análogos, a coerência exibida entre o modelo descrito e a metodologia de trabalho de projeto e a correlação entre a investigação, a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010).

O MMPBE, na versão revista (Larrabee, 2011), compreende 6 etapas que apesar de serem progressivas não necessitam de ser seguidas de forma linear, uma vez que, “as atividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa” (Larrabee, 2011, p.37). Seguidamente serão apresentadas (Figura 2) e descritas as etapas do MMPBE.

Figura 2

Etapas do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências.



Etapa 1: Avaliar a necessidade de mudança na prática

As principais atividades nesta etapa são identificar e incluir os *stakeholders*⁷ do problema da prática; coletar dados internos sobre a prática atual; comparar os dados

internos com dados externos para confirmar a necessidade de mudança da prática; identificar o problema da prática e fazer a ligação entre o problema, as intervenções e os resultados (Larrabee, 2011, p.35).

Etapas 2: Localizar as melhores evidências

As principais atividades são identificar o tipo e as fontes de evidência, rever os conceitos das pesquisas, planejar a busca e conduzi-la. Estão incluídos os instrumentos para avaliação crítica de estudos qualitativos e quantitativos, guidelines de prática clínica e revisões sistemáticas. Também estão incluídos exemplos de tabela de evidências ou matriz para organizar os dados sobre os estudos antes de fazer a síntese (Larrabee, 2011, p.35).

Etapas 3: Análise crítica das evidências

“As principais atividades são fazer a análise crítica e avaliar a força das evidências; sintetizar as melhores evidências e avaliar a viabilidade, os benefícios e os riscos da nova prática” (Larrabee, 2011, p.35).

Etapas 4: Projetar a mudança da prática

“As principais atividades incluem definir a mudança proposta, identificar os recursos necessários, planejar a avaliação do piloto e a implementação do plano” (Larrabee, 2011, p.36).

Etapas 5: Implementar e avaliar a mudança da prática

“As principais atividades incluem implementar o estudo-piloto, avaliar o processo, os resultados e os custos; e desenvolver conclusões e recomendações” (Larrabee, 2011, p.36).

Etapas 6: Integrar e manter a mudança da prática

As principais atividades incluem comunicar a mudança recomendada aos *stakeholders*, integrar a nova prática aos padrões de prática, monitorar os

indicadores do processo e dos resultados, além de comemorar e disseminar os resultados do projeto (Larrabee, 2011, p.36).

O MMPBE é um modelo teórico com eficiência comprovada no que respeita à implementação de mudanças na prática clínica. No entanto, Larrabee ressalva que o sucesso na aplicação deste modelo demanda a aquisição de competências por parte dos enfermeiros, que os tornem capazes de operacionalizar os processos de mudança (Larrabee, 2011).

Assim, após análise do modelo descrito face ao contexto clínico de implementação da IPM podemos considerar que o mesmo constitui uma ferramenta válida pela sua adequação e adaptabilidade à prestação de cuidados à PSC bem como a sua utilidade para a investigação e prática clínica.

2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados

Qualidade em saúde é definida, pela DGS (2015), como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.16).

A Organização Mundial da Saúde [OMS] afirma que um serviço de saúde de qualidade é aquele capaz de organizar os recursos eficazmente e que vá ao encontro das carências de saúde da população. O quadro da OMS sobre Serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas descreve “cuidados de alta qualidade” como “cuidados centrados nas pessoas, eficientes, seguros, oportunos, equitativos e integrados” (OMS, 2020, p.13). Estas pressuposições vão ao encontro do MMPBE de Larrabee na medida em que defende que a PBE, apresenta eficácia comprovada na melhoria da qualidade dos cuidados e dos resultados nos doentes (Larrabee, 2011).

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, estabelece na Base 20 que a atuação do Serviço Nacional de Saúde [SNS] deve ser pautada por nove princípios entre os quais, na alínea f) referente à qualidade, aponta que a atuação do SNS deve visar uma prestação de saúde efetiva, segura e eficiente, baseando-se na evidência mais atual e realizada de forma humanizada tendo em atenção a individualidade da pessoa (Assembleia da República [AR], 2019).

Por sua vez, o capítulo n.º 3, do artigo nº 64.º (Saúde) da Constituição da República Portuguesa, refere que “Todos têm direito à proteção da saúde” e, para assegurar esse direito delega ao Estado na alínea d) a função de inspecionar e retificar as instituições de saúde públicas e privadas, articulando-se com o SNS, afiançando adequados padrões de qualidade e eficiência (AR, 2005, p.4652).

Qualidade e Segurança constituem dois pilares indissociáveis na área da saúde, melhorar a qualidade em saúde promove a segurança e a eficácia dos cuidados prestados. A abordagem a estas duas vertentes é habitualmente efetuada de forma conjunta e/ou coordenada, tendo um impacto significativo nos resultados clínicos, quer a nível de satisfação de quem recebe os cuidados quer a nível financeiro e administrativo (Fragata, 2011; International Council of Nurses [ICN], 2012). Em associação, estes dois fatores devem “garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde” (MS, 2015a, p.3882-(2)).

Segundo a DGS (2017) a segurança do doente define-se como a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” sendo “direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição a risco de não tratamento” (p.4), ou, numa definição mais concreta e funcional, a segurança do doente corresponde à redução do risco, do erro e do dano ocorrido em contexto de prestação de cuidados de saúde (OMS, 2019).

Segundo Larrabee (2011) quando se associa qualidade e saúde, “pode-se inferir que a busca de uma assistência de alta qualidade ou excelente é uma obrigação ética tanto dos enfermeiros como de outros profissionais de saúde” (p.15). Destaca-se assim, o papel imprescindível dos Enfermeiros na melhoria da qualidade e da segurança em saúde, devendo os mesmos ter um papel impulsionador na implementação de projetos e intervenções que visem a melhoria contínua da qualidade, a redução do erro e o aumento da segurança do doente. Cabe também ao enfermeiro promover a formação e a investigação utilizando a PBE (Larrabee, 2011).

2.2.3. Intervenções de enfermagem na prevenção da extubação não planeada: evidência científica

A melhor estratégia de prevenção da ENP é saber identificar os fatores de risco a ela associados e conseguir atuar na gestão dos mesmos através da utilização de intervenções de enfermagem apontadas pela evidência científica mais atual como as mais eficientes na prevenção da ENP. Considerámos assim, uma mais-valia realizar uma revisão sistemática da literatura [RSL], com o intuito de conhecer a melhor e mais atual evidência científica sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da ENP na pessoa com entubação oro-traqueal. A RSL realizada culminou na elaboração de um artigo científico, cujo resumo é apresentado no Apêndice I.

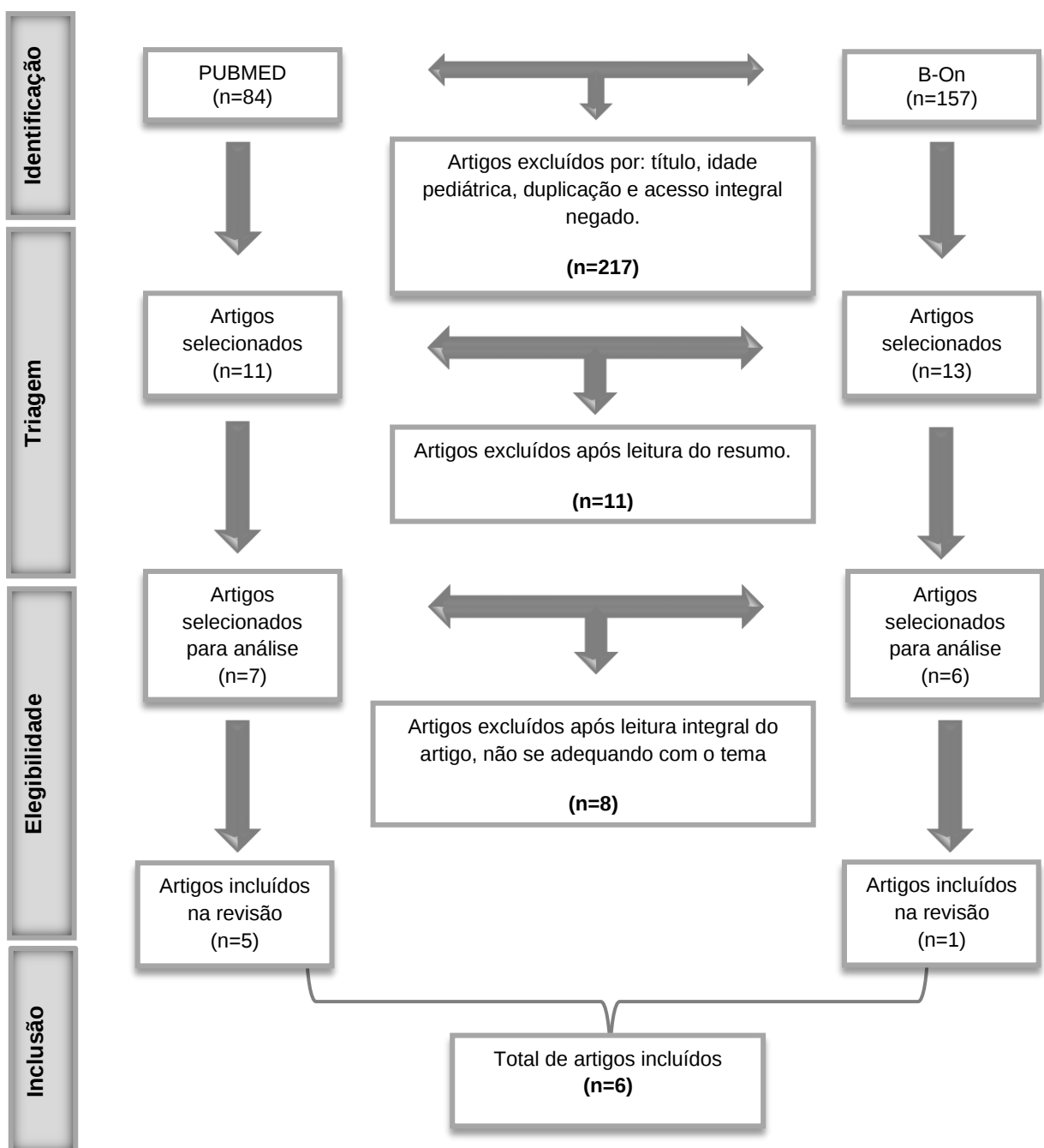
Uma RSL é um método de pesquisa utilizado para compreender e dar resposta a uma problemática sendo feita uma síntese de todas as pesquisas relacionadas com a pergunta. Possui assim um alto nível de evidência científica e constituiu uma importante ferramenta na tomada de decisões para a solução do problema (Galvão & Ricarte, 2019). Deste modo, foi elaborada a seguinte questão de investigação baseada nos critérios de *Joanna Briggs Institute* [JBI] segundo a mnemónica PICO: “Em relação à pessoa em situação crítica entubada oro-traquealmente (P) internada em unidade de cuidados intensivos (C), quais as intervenções de enfermagem (I) que promovem a prevenção da extubação não planeada (O)?”

A pesquisa ocorreu no mês de novembro de 2022 através das bases de dados científicas da Biblioteca do Conhecimento On-line [B-On] e PubMed Foram selecionadas as palavras-chave, procedendo-se à sua validação nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS] e *Medical Subject Headings* [MeSH], sendo os descritores e operadores booleanos combinados da seguinte forma: “*Nursing Care*” AND “*Intensive Care Unit or Critical Care*” AND “*Airway Extubation*”. Os critérios de inclusão definidos na pesquisa foram: publicações no período de 2017 a 2022, disponíveis em texto integral, analisados por especialistas e estudos referentes apenas à população adulta (idade superior a 18 anos de idade). Como critérios de exclusão: publicações relativas à população pediátrica ou grávidas/puérperas, publicações às quais não se tenha conseguido obter o acesso ao texto integral.

Da pesquisa realizada resultaram 217 artigos pela relevância relativa à pergunta de investigação. Numa primeira fase e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, os artigos foram analisados de forma cega por dois revisores, analisando os títulos e resumos de forma a selecionar os artigos de maior relevância para esta revisão. É possível observar o processo de seleção dos artigos ao longo da realização desta revisão, no diagrama apresentado na figura 3.

Figura 3

Diagrama referente ao processo de pesquisa científica



Após a aplicação dos critérios, resultou um total de 5 artigos (Lin & Wu, 2019; Torres et al., 2019, Lucchini et al., 2018; Kwon & Choi, 2017 e Aydoğan & Kaya, 2017). Em relação à avaliação da qualidade metodológica, esta foi realizada em duplicado, por dois revisores que trabalharam de forma independente, com recurso aos instrumentos de avaliação crítica da JBI. Após a análise dos mesmos procedeu-se à classificação quanto ao tipo de estudo de acordo com a JBI (2014) e ao nível de evidência segundo a JBI (2013), sendo os respetivos resultados apresentados na Tabela 1 e 2.

Tabela 1

Tipo de estudo, segundo JBI

<u>Identificação do Artigo</u>	<u>Tipo de Estudo</u>
Lin, Yongxing Patrick & Wu, Man (2019)	Retrospective Observational Study
Torres et al. (2020)	Methodological Study
Lucchini et al. (2018)	Retrospective Observational Study
Aydoğan Semine & Kaya, Nurten (2017)	Case-control Study
Kwon, EunOk & Choi, KyungSook (2017)	Case-control Study

Tabela 2

Nível de evidência pelo método FAME, segundo JBI

<u>Identificação do Artigo</u>	<u>Nível de Evidência</u>
Lin, Yongxing Patrick & Wu, Man (2019)	Level 5.b
Torres et al. (2020)	Level 5.b
Lucchini et al. (2018)	Level 3.e
Aydoğan Semine & Kaya, Nurten (2017)	Level 3.d
Kwon, EunOk & Choi, KyungSook (2017)	Level 3.d

Analisando os 5 estudos, constatou-se que, do número total das ENP ocorridas, as autoextubações eram superiores às extubações acidentais e constituíam 94% dos eventos ocorridos (Lucchini et al., 2018; Aydoğan & Kaya, 2017). Sendo o maior risco de ocorrência durante o desmame ventilatório (Lucchini et al., 2018).

Os estudos referem ainda que: 72,9% das autoextubações foram realizadas enquanto o enfermeiro não estava presente, 56% dos pacientes cuja extubação não foi planeada foram reintubados e os que não foram reintubados necessitaram de VNI (Aydogan & Kaya, 2017). Também Lucchini et al. (2018) referem uma taxa de reintubação de 26%, sendo que, os doentes que não foram reintubados ficaram com oxigenoterapia por máscara de venturi, máscara de alto débito ou VNI.

O turno noturno, a experiência profissional, a carga de trabalho e a dotação de enfermagem foram também identificados como fatores que interferem na ocorrência da ENP (Kwon & Choi, 2017).

Sendo o objetivo desta revisão identificar quais as intervenções de enfermagem na prevenção da ENP na PSC entubada orotraquealmente em UCI, analisando os cinco estudos tornou-se claro que para conseguir identificar as intervenções de enfermagem na prevenção da ENP seria necessário identificar primeiramente os fatores de risco para a mesma e daí identificar o conjunto de intervenções para controlo e gestão dos mesmos.

A maioria dos estudos é concordante acerca dos principais fatores de risco para a ENP, podendo os mais relevantes dividirem-se em 5 fatores, nomeadamente:

- Sedação: Traduzida no baixo grau de sedação, aumento do RASS, aumento do Glasgow e muitas vezes devido à inexistência de protocolos de desmame adequados, propiciam a ocorrência da ENP, uma vez que, o doente ventilado e acordado perante a dificuldade na comunicação acaba por se sentir ansioso e querer retirar o TOT (Torres et al., 2020; Lin & Wu, 2019; Kwon & Choi, 2017; Aydogan & Kaya, 2017).

- Dor: Um doente com dor não controlada inevitavelmente fica mais agitado, aumentando assim o risco da ENP (Torres et al., 2020; Lin & Wu, 2019; Kwon & Choi, 2017).

- Delirium: A desorientação espaço-temporal, a luz artificial, o ruído, a ausência de sono e a frustração pela disfuncionalidade na comunicação aumentam e agravam o *Delirium* o que leva a um aumento significativo do risco de remoção de dispositivos clínicos (Torres et al., 2020; Lin & Wu, 2019; Kwon & Choi, 2017).

- Fixação do TOT: A utilização de material inadequado, a necessidade de manutenção diária e a fraca fixação do TOT aumentam o risco de ocorrência da ENP (Torres et al., 2020; Lucchini et al., 2018; Lin & Wu, 2019; Aydogan & Kaya, 2017).

- Recursos Humanos: Dotações de enfermagem desadequadas, falta de formação em contexto laboral, aumento da carga de trabalho e a consequente diminuição da vigilância favorecem a ENP (Torres et al., 2020; Lucchini et al., 2018; Lin & Wu, 2019; Kwon & Choi, 2017).

Identificados os fatores de risco, surge então a necessidade de nomear intervenções de enfermagem seguras e válidas para manter baixas taxas de ENP. O estudo de Torres et al. (2019) refere o desenvolvimento de um instrumento de cuidados de enfermagem na prevenção da ENP que descreve algumas das intervenções pertinentes na prevenção da mesma. Seguidamente serão descritas as intervenções organizadas consoante os fatores de risco identificados acima:

- Sedação: Avaliar diariamente a necessidade de desmame; Monitorizar alarmes relacionados com a ventilação (fluxo, pressão,..); Avaliar a capacidade de respiração espontânea; Monitorizar o nível de sedação através da escala de RASS e manter vigilância apertada nos doentes em processo de desmame, sendo esta última intervenção também suportada por Lucchini et al. (2018).

- Dor: Avaliar e registar, de forma regular e sistemática, a dor usando a escala de BPS/FLACC (intervenção referida também por Lin & Wu, 2019; Kwon & Choi, 2017); precaver e controlar os efeitos colaterais mais usuais da terapêutica analgésica e utilizar estratégias não farmacológicas em conjunto e não em substituição da terapêutica farmacológica. E, ainda segundo Lin e Wu (2019), providenciar analgesia sempre que o doente expresse dor.

- Delirium: Avaliar o *Delirium* segundo a escala de RASS/CAM ICU; Identificar e alertar para dos fatores de risco farmacológicos que propiciam o desenvolvimento do *Delirium*; promover um ambiente calmo e seguro (controlo de luminosidade e ruído); promover um espaço físico facilitador da orientação (relógio, janela); orientar verbalmente o doente no tempo e no espaço, sendo, estas duas últimas intervenções também referidas no estudo de Lin e Wu (2019).

- Fixação do TOT: Monitorização do cuff (manter entre os 20-30cmH₂O); Evitar tracionar o TOT pelo circuito durante os posicionamentos e a higiene; Utilizar a técnica e o material preconizado para a fixação do TOT e substituí-lo sempre que visivelmente não cumpra o propósito. Ainda no estudo de Lucchini et al. (2018) é referido que a existência de um

protocolo de manutenção do TOT utilizado por toda a equipa pode ser um fator protetor da ENP.

- Recursos Humanos: Dotações Seguras de Enfermagem; Aumento da vigilância durante o turno da noite (também referidas nos estudos, Lin & Wu, 2019; Kwon & Choi, 2017); Promover a formação contínua da equipa de Enfermagem; Aumento da conscientização da problemática na equipa de enfermagem; Estabelecer relação terapêutica eficaz com o doente.

A RSL permitiu-nos encontrar um conjunto de intervenções de enfermagem que à luz da evidência científica são determinantes na prevenção da ENP, uma vez que, estão direcionadas para a gestão dos fatores de risco a ela associados. Concluímos que a utilização da RSL foi uma mais-valia pois permitiu-nos obter resposta à questão de investigação inicialmente formulada.

2.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico da situação, onde se pretende “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”, é um processo dinâmico/contínuo que mediante as alterações/ barreiras que ocorrem ao longo do projeto necessita de atualizações constantes (Ruivo et al., 2010, p.10).

Na fase inicial do estágio, foi realizada uma consulta das normas e protocolos de orientação clínica em vigor na unidade, bem como, dos projetos de melhoria da qualidade existentes na unidade. Em entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro orientador e a enfermeira coordenadora, a escolha do tema surge após a identificação de que a extubação não planeada no doente entubado orotraquealmente era um problema recorrente e para o qual não existia uma norma de orientação clínica para a sua prevenção. Visando a uniformização de procedimentos e a melhoria da qualidade nos cuidados prestados ao doente entubado orotraquealmente, decidimos então, trabalhar sobre este tema.

Visando analisar o potencial da IPM, foi elaborada uma análise *SWOT* (Tabela 3) identificando forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, um dos métodos mais empregues para a elaboração da planificação estratégica (Ruivo et al., 2010). Esta análise promoveu uma reflexão das variáveis e dos elementos positivos e negativos que poderiam interferir no

desenvolvimento da IPM, contribuindo assim, para a definição de objetivos pragmáticos e realistas e posteriormente no planeamento das atividades.

Tabela 3

Análise SWOT

<u>Fatores Positivos</u>	
Forças	Oportunidades
- Ausência de uma norma hospitalar acerca da temática abordada; - Consentimento da enfermeira chefe do serviço, do enfermeiro orientador e da professora orientadora; - Projeto sem custos; - Equipa de enfermagem dinâmica e motivada na atualização de conhecimentos; - Ganhos em saúde associados à otimização de práticas existentes.	- Elaborar uma proposta de norma sobre as medidas a adotar pela equipa de enfermagem para a prevenção da ENP; - Elaborar uma sessão de formação em serviço sobre o tema; - Refletir, atualizar e desenvolver conhecimentos sobre a temática; - Incentivar a equipa a sustentar a sua prática baseada em evidência.
<u>Fatores Negativos</u>	
Fraquezas	Ameaças
- Tema pouco investigado/ trabalhado na equipa de enfermagem; - Sessão de formação realizada fora do horário laboral; - Equipa de enfermagem em constante rotatividade e crescimento.	- Tempo reduzido para a realização da IPM; - Um acréscimo de procedimentos à prestação de cuidados de enfermagem. - Implementação de novos protocolos no serviço.

2.4 OBJETIVOS

A definição dos objetivos constitui a segunda etapa da metodologia de projeto, onde, devemos traçar um objetivo geral, mais abrangente, que se operacionaliza nos objetivos específicos. Os objetivos devem ser “claros, de linguagem precisa e concisa; número reduzido; reutilizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Ruivo, et al., 2010, p.19).

Desta forma, partindo do problema e da necessidade previamente reconhecida a partir da etapa do diagnóstico, definimos como objetivo geral:

- Uniformizar procedimentos na prevenção da ENP na pessoa com entubação orotraqueal.

Visando promover objetividade ao enunciado geral foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Elaborar uma proposta de norma de procedimento de intervenções de enfermagem na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente;
- Divulgar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP;
- Realizar formação aos enfermeiros da UCI sobre a prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente;
- Construir o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente.
- Divulgar o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP.

2.5 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento corresponde à terceira etapa da metodologia do projeto e consiste na elaboração de um plano estruturado e detalhado, visando a concretização dos objetivos previamente definidos tendo em conta as atividades e as estratégias de atuação, definindo à priori os recursos humanos, temporais e materiais necessários e analisando as potenciais

limitações e condicionantes à sua execução. As atividades e estratégias devem estar em consonância com o tema e com os destinatários do mesmo (Ruivo et al., 2010).

A execução corresponde à quarta etapa da metodologia de projeto e corresponde à implementação e prossecução prática do planeamento, através da aplicação das estratégias e atividades previamente estipuladas. É, assim, considerada uma etapa benéfica na aquisição e desenvolvimento de competências (Ruivo et al., 2010).

Posto isto, durante as primeiras semanas de estágio na UCI foi elaborado um Projeto de Estágio [PE] com vista à aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica [EE-PSC] e de mestre em enfermagem (Apêndice III). Posteriormente foi elaborada uma proposta de IPM para a UCI com a validação do enfermeiro orientador do estágio e da docente orientadora. Com esta proposta, que foi descrita ao longo do relatório, elaborou-se também um cronograma que apresenta as etapas da metodologia de projeto e a respetiva calendarização de atividades visando a obtenção dos objetivos definidos previamente. Este cronograma, sendo ajustável e dinâmico sofreu ajustes em função das necessidades identificadas (Apêndice IV).

Nesta fase da metodologia de projeto, constatamos uma aproximação às etapas 2, 3 e 4 do MMPBE, em que se procede à determinação de estratégias a utilizar, à identificação da melhor evidência disponível e à definição da mudança de proposta (Larrabee, 2011).

De seguida procedemos à apresentação das estratégias e atividades para cada objetivo específico, bem como os recursos necessários à sua realização.

Objetivo específico 1.

Elaborar uma proposta de norma de procedimento de intervenções de enfermagem na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente

Atividades e Estratégias planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica relevante nas diferentes bases de dados sobre a ENP;
- Elaboração de uma RSL, tendo em conta a evidência científica mais atual sobre a prevenção da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente;

- Elaboração de uma proposta de norma de atuação na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente;
- Discussão e revisão da proposta com o enfermeiro orientador a enfermeira coordenadora e a docente orientadora;
- Formulação da proposta final da norma de atuação na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente.

Recursos Humanos: Estudante, docente orientadora, enfermeiro orientador do estágio, enfermeira coordenadora e equipa de enfermagem da UCI.

Recursos materiais e tecnológicos: Bibliografia relevante selecionada nas bases de dados científicas, intranet da instituição e computador.

A elaboração da proposta de norma “Prevenção e Gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente” decorreu da inexistência de uma norma acerca desta problemática tanto na UCI como a nível hospitalar e foi apoiada pela enfermeira coordenadora e pelo enfermeiro orientador de estágio com o intuito de uniformizar intervenções e práticas junto da equipa de enfermagem. Desta forma, foi realizada uma consulta das normas de existentes no hospital com o intuito de elaborar um documento uniforme e em consonância com as regras de elaboração de normas exigidas pelo hospital. A proposta da norma foi submetida à análise de peritos, nomeadamente o enfermeiro orientador do estágio e a docente orientadora.

Objetivo específico 2.

Divulgar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP

Atividades e Estratégias planeadas:

- Divulgação da proposta de norma de atuação sobre os cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP;
- Realização da apresentação de apoio à ação formativa;
- Aplicação de um questionário para a avaliação do momento formativo.

Recursos Humanos: Estudante, docente orientadora, enfermeiro orientador do estágio, enfermeira coordenadora e equipa de enfermagem da UCI.

Recursos materiais e tecnológicos: Sala de formação; Material Audiovisual e Computador.

A divulgação da proposta de norma foi realizada durante a sessão de formação e após verificação pelo gabinete de Gestão de Qualidade e autorização do Concelho de Administração será disponibilizada para consulta de todos os profissionais de saúde não só da UCI mas de todo o CH.

Objetivo específico 3.

Realizar formação aos enfermeiros da UCI sobre a prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente

Atividades e Estratégias planeadas:

- Validação da sessão de formação em serviço sobre a temática, junto da enfermeira coordenadora da UCI, do enfermeiro orientador do estágio e da professora orientadora;
- Elaboração de um plano de sessão da ação formativa (Apêndice V);
- Calendarização e divulgação da sessão de formação;
- Agendamento da sessão formativa com o enfermeiro orientador, com o enfermeiro responsável pela formação em serviço e com a docente orientadora;
- Realização da sessão de formação com o tema “Prevenção e Gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente”;
- Aplicação do questionário de avaliação da sessão de formação preconizado pelo hospital;
- Revisão da proposta de norma final junto do enfermeiro orientador do estágio e da professora orientadora.

Recursos Humanos: Estudante, docente orientadora, enfermeiro orientador do estágio, enfermeira coordenadora e equipa de enfermagem da UCI.

Recursos materiais e tecnológicos: Sala de formação, material audiovisual e computador.

A sessão de formação “Prevenção e Gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente” foi realizada no dia 24/01/2023 presencialmente.

Durante o estágio, mediante a ocorrência da ENP e a inexistência de uma norma de atuação acerca desta temática foram realizadas entrevistas não estruturadas com a enfermeira coordenadora da UCI, com o enfermeiro orientador do estágio e com a equipa de enfermagem e concluímos que apostar na formação da equipa de enfermagem nesta área, seria de extrema importância. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 99.º alínea e), “a competência e o aperfeiçoamento profissional” devem ser o fio condutor de cada enfermeiro no desenvolvimento da prática do exercício profissional. A aquisição e atualização de conhecimentos e competências contribui diretamente para a melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico (OE, 2015b).

Objetivo específico 4.

Construir o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente

Atividades e Estratégias planeadas:

- Consulta de instrumentos de auditoria clínica existentes na UCI;
- Elaboração de um instrumento de auditoria clínica sobre a norma de atuação “Prevenção e Gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente”;
- Discussão e revisão da proposta do instrumento de auditoria clínica sobre a norma previamente enunciada com o enfermeiro orientador do estágio e professora orientadora;
- Formulação da proposta final do instrumento de auditoria clínica sobre a norma de atuação da “Prevenção e Gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente”.

Recursos Humanos: Estudante, docente orientadora, enfermeiro orientador do estágio e enfermeira coordenadora da UCI.

Recursos materiais e tecnológicos: Bibliografia relevante selecionada nas bases de dados científicas, intranet da instituição e computador.

Decorrente da necessidade da elaboração de uma norma orientadora da prática clínica, surgiu consequentemente a necessidade de elaboração de um instrumento de auditoria sobre essa mesma norma. Instrumento este, que através da sua aplicação detete as inconformidades existentes e contribua para a melhoria dos cuidados prestados. O instrumento de auditoria clínica foi realizado após uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas credíveis, bem como, uma consulta das normas/ instrumentos de auditoria existentes no hospital, com o intuito de produzir um documento único e em consonância com as regras do hospital. O instrumento de auditoria clínica sobre a norma anteriormente apresentada foi também ele, tal como a norma, submetido à análise de peritos, nomeadamente o enfermeiro orientador do estágio e a professora orientadora.

Objetivo específico 5.

Divulgar o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP

Atividades e Estratégias planeadas:

- Divulgação do instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP:
- Realização da apresentação de apoio à ação formativa.

Recursos Humanos: Estudante, docente orientadora, enfermeiro orientador do estágio, enfermeira coordenadora e equipa de enfermagem da UCI.

Recursos materiais e tecnológicos: Sala de formação; Material Audiovisual e Computador.

A divulgação do instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP foi realizada durante a sessão de formação. Após verificação pelo gabinete de Gestão de Qualidade e autorização do Concelho de Administração será disponibilizado em conjunto com a norma para consulta de todos os profissionais de saúde não só da UCI mas de todo o CH.

2.6 AVALIAÇÃO E RESULTADOS

A avaliação e divulgação dos resultados constituem a quinta parte da metodologia do projeto. É nesta etapa que se analisam todas as atividades e objetivos traçados ao longo da metodologia e se cruzam com os resultados obtidos. A avaliação é um processo contínuo e dinâmico, sendo a avaliação do processo tão importante quanto a avaliação dos resultados (Ruivo et al., 2010) o que vai ao encontro da etapa 5 do MMPBE (Larrabee, 2011). Neste contexto a avaliação de um projeto carece de análise e reflexão a respeito da execução (Ruivo et al., 2010).

De seguida procedemos à avaliação dos objetivos, atividades e estratégias traçados anteriormente recorrendo aos indicadores de avaliação previamente definidos.

Objetivo específico 1.

Elaborar uma proposta de norma de procedimento de intervenções de enfermagem na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente

Indicadores de Avaliação: Elaboração de uma proposta de norma de atuação na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada orotraquealmente.

Tal como referido no capítulo 2.5 do presente relatório, no decorrer do estágio foi possível a elaboração de uma norma de atuação na prevenção e gestão da ENP no doente entubado orotraquealmente (Apêndice VI), norma esta, que foi discutida e validada pelo enfermeiro orientador do estágio, pela enfermeira coordenadora da UCI e pela docente orientadora.

O facto de não existir nenhuma norma de procedimento de enfermagem acerca desta temática no serviço/hospital, constitui uma mais-valia, pois será um instrumento de trabalho válido que poderá ser utilizado por todos os enfermeiros como guia para a uniformização da prestação de cuidados ao doente entubado orotraquealmente. Tendo em conta os indicadores de avaliação estipulados anteriormente consideramos que este objetivo específico foi atingido.

Objetivo específico 2.

Divulgar a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP

Indicadores de Avaliação: Divulgação da proposta de norma à equipa de enfermagem da UCI, ao enfermeiro orientador, à enfermeira coordenadora da UCI e à docente orientadora.

Foi possível divulgar a proposta de norma à equipa de enfermagem da UCI durante a ação de formação e futuramente após aprovação será publicada para consulta e aplicação de todos os profissionais de saúde da UCI. Pelo que consideramos ter atingido este objetivo.

Objetivo específico 3.

Realizar formação aos enfermeiros da UCI sobre a prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente

Indicadores de Avaliação: Sessão de formação em serviço sobre a temática trabalhada, apresentação dos instrumentos elaborados, aplicação do questionário de avaliação da sessão e discussão da mesma com os formandos.

Como mencionado no capítulo 2.5 do presente relatório, foi realizada uma sessão de formação aos enfermeiros da UCI sobre a “Prevenção e Gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente” (Apêndice VII), que foi previamente discutida e validada pelo enfermeiro orientador do estágio, pela enfermeira coordenadora da UCI e pela docente coordenadora. A sessão de formação teve como objetivo apresentar o tema à luz da evidência científica mais recente. A divulgação da sessão de formação foi realizada através do método habitual de afixação no serviço do documento “Divulgação, Publicitação e Programa da Ação de Formação” fornecido pela academia de formação. (Anexo I).

A sessão de formação foi realizada na sala de formação e assistiram à mesma 14 enfermeiros. Demos a conhecer os cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP e no final obtiveram-se críticas construtivas e elogios pelo trabalho desenvolvido ao longo do estágio, tendo sido salientado pelos formandos a importância e pertinência do tema. No final da sessão foi solicitado aos formandos o preenchimento de um questionário de avaliação da

formação, também fornecido pela academia de formação da entidade de saúde em causa. (Anexo II) Após análise dos questionários (Apêndice VIII) pudemos concluir que a opinião se divide entre o 4 e o 5 (sendo 1 Muito Insatisfeito e 5 Muito Satisfeito), o que nos permite concluir que este objetivo foi atingido com sucesso.

Objetivo específico 4.

Construir o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente

Indicadores de Avaliação: Elaboração de uma proposta de instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente.

Tal como mencionado no capítulo 2.5 do presente relatório, foi elaborada uma proposta de instrumento de auditoria clínica sobre a norma “Prevenção e Gestão da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente” (Apêndice IX) que foi previamente discutido e validado pelo enfermeiro orientador do estágio, pela enfermeira coordenadora da UCI e pela docente coordenadora. Tendo em conta os indicadores de avaliação planeados podemos considerar que o objetivo foi atingido.

Objetivo específico 5.

Divulgar o instrumento de auditoria clínica sobre a norma orientadora dos cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP

Indicadores de Avaliação: Divulgação do instrumento de auditoria clínica à equipa de enfermagem da UCI, ao enfermeiro orientador, à enfermeira coordenadora da UCI e à docente orientadora.

Foi possível divulgar o instrumento de auditoria clínica à equipa de enfermagem da UCI durante a ação de formação e futuramente após aprovação será publicado conjuntamente com a norma para consulta e aplicação de todos os profissionais de saúde da UCI. Pelo que consideramos ter atingido este objetivo.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A OE (2019b) define o conceito de competência como “(...) os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (p. 4745). Atualmente os cuidados de enfermagem requerem uma exigência técnica e científica acrescida, verificando-se assim, a necessidade da diferenciação e especialização, uma realidade sentida pelos profissionais de saúde (OE, 2019b).

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

O método de aquisição de competências pode ser assente em “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada família de situações” (Aued et al., 2016, p.143).

Neste terceiro capítulo do Relatório de Estágio, procedemos a uma descrição, análise e reflexão do trabalho desenvolvido na UC Estágio Final, considerando a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na vertente a PSC, assim como as competências inerentes à aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem, usando como documentos orientadores o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Crítica (2018) e as Competências de Mestre em Enfermagem (2015).

Tratando-se de curso de Mestrado em Enfermagem, conferindo ao estudante não só o grau de enfermeiro especialista como também o grau de mestre em Enfermagem, é indispensável destacar as competências de Mestre em Enfermagem descritas no pedido de acreditação no novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), contextualizada no ordenamento legislativo sobre os graus académicos

do Ensino Superior, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 74/2006 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2006) e a sua republicação mais recente, o Decreto-Lei n.º 65/2018 (MCTES, 2018).

Assim, o Mestre em Enfermagem é aquele que:

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, p. 27).

Notando o carácter transversal e complementar das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas para o EEEMCPSC comparativamente às competências já descritas neste capítulo relativas ao grau de Mestre em Enfermagem, elegemos uma abordagem conjunta das mesmas quanto à sua descrição, análise e reflexão. O PE e a IPM realizados no início do estágio final constituíram um importante fio condutor

neste processo de aquisição de competências, na medida em que nos permitiu definir os objetivos e as atividades a desenvolver para a concretização das mesmas.

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

Independentemente da área de especialidade de cada enfermeiro existem competências que são comuns e transversais a todos os enfermeiros especialistas e que se definem em:

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, 2019b, p.4745).

Estas competências comuns estão estruturadas em quatro domínios de competência nomeadamente: na Responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

A – 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.

Competência 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.

Para a aquisição das competências inerentes ao domínio supracitado, considerámos essencial proceder à revisão dos documentos orientadores, de carácter normativo e universal existentes nesta área, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], a Deontologia Profissional de Enfermagem, o Código Civil e o Código penal em vigor. Salientamos também a importância dos temas lecionados durante o processo formativo, particularmente na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem que contribuíram para um melhor entendimento das várias dimensões que surgem nos documentos acima referidos, permitindo assim a mobilização dos conhecimentos adquiridos e fomentando a tomada de decisão de acordo com os princípios éticos e normas deontológicas (OE, 2015b).

Segundo o REPE aprovado no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, no artigo 8º primeiro ponto, refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996, p. 2961). Neste sentido integrado no Estatuto da OE, surge o Código Deontológico dos Enfermeiros, assumindo-se como modelo de autorregulação profissional, presentemente em vigor na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, no Capítulo VI - “Deontologia Profissional” (AR, 2015a).

Apesar da nossa prática assentar na prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de SUG, a realização do Estágio Final em contexto de UCI permitiu-nos atentar às questões éticas, legais e deontológicas inerentes à nossa profissão numa vertente mais aprofundada e reflexiva, característica do enfermeiro especialista. No artigo n.º 99, ponto 1 do código deontológico consta que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (AR, 2015a, p. 8078). Enquanto que o artigo 97º da mesma fonte, na alínea a) do ponto 1 menciona também que o enfermeiro deve:

exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (AR, 2015a, p. 8078).

Posto isto, durante o estágio prestámos cuidados à PSC com base no pressuposto da Organização da Nações Unidas que, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos refere que, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (*United Nations*, 2017, p.7), respeitando não só os direitos humanos, mas também os princípios éticos, da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

A OE (2018) caracteriza a PSC como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362), e a quem, os cuidados prestados são altamente qualificados e exigem uma “atuação segura, imediata e pautada pela consciência do seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa” (Nunes, 2015, p.188).

A PSC internada em UCI, encontra-se desprovida da sua autonomia, sentindo-se frágil e dependente do seu prognóstico. Segundo a OE (2015c), o princípio da vulnerabilidade defendido por Michel Renaud acrescentado aos princípios clássicos anteriormente referidos, vem demonstrar a vulnerabilidade dos doentes perante a doença. A presença deste princípio durante o Estágio Final traduz-se no sentido em que, mediante o estado clínico da PSC muitas vezes há a necessidade de ser induzido na mesma um estado comatoso com a administração de fármacos sedativos, o que se traduz na retirada ou diminuição de autonomia e poder de decisão ao doente, ficando inevitavelmente mais vulnerável. Perante estes aspetos, sentimos necessidade de aumentar a nossa consciencialização e reflexão acerca deste princípio. No entanto, foi sempre respeitada a intimidade e privacidade do doente, assumindo-o como um ser holístico, fazendo parte de uma família/comunidade.

No artigo n.º 105 na alínea a) do código deontológico, quanto ao dever de informação, o enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (AR, 2015a, p.8103), o enfermeiro tem identicamente o dever do sigilo profissional presente no artigo n.º 106, devendo “considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família qualquer que seja a fonte” (AR, 2015a, p.8103). Consideramos assim que durante o estágio final o direito à informação foi salvaguardado e respeitado, tendo sido, toda a informação partilhada com o doente e com a sua família, mediante a vontade do mesmo quando consciente. Quando o doente não se encontrava consciente e capaz de decidir sobre os cuidados prestados, a pessoa significativa foi integrada no plano terapêutico, sendo que no que respeita à transmissão da informação atentou-se aos princípios referidos anteriormente.

No que respeita à comunicação de más notícias, a aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos na UC de Relação de Ajuda, foi uma mais-valia, uma vez que facilitaram não só a gestão da informação dada bem com das emoções sentidas. Em situações de fim de vida foi respeitada a vontade do doente em ter presente uma pessoa à sua escolha, apesar do restrito horário de visitas, pois como referido na alínea a) do artigo n.º 108 relativo ao respeito pela pessoa em situação de fim de vida, o enfermeiro deve “defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida” (AR, 2015a, p.8103).

As decisões de não reanimar ou de limitação terapêutica perante prognósticos irreversíveis, foram deliberações tomadas após reflexão e avaliação das vantagens e desvantagens para o doente com o devido enquadramento jurídico e deontológico, culminando numa tomada de decisão fundamentada e partilhada por toda a equipa.

Salientamos ainda que, na elaboração do presente relatório bem como de todos os trabalhos escritos no âmbito do Mestrado em Enfermagem, foi respeitado o princípio da integridade académica, na referenciação, citação e respeito pela fidelidade do autor (Nunes, 2011).

Perante o anteriormente referido, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal bem como a de mestre anteriormente citada.

B- Domínio da melhoria contínua da qualidade

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competência de Mestre em Enfermagem

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

A manutenção da qualidade e da segurança em saúde foi desde sempre um dos principais objetivos do nosso SNS, nesse sentido consideramos basilar para a abordagem deste tema procedermos à revisão do plano de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (MS, 2015b), bem como do Plano Nacional para a Segurança do Doente (DGS, 2021) concebendo uma ligação entre a qualidade e a segurança dos cuidados. A relevância da qualidade em saúde está inerentemente relacionada com a prática profissional de Enfermagem e, particularmente, com a prática especializada, uma vez que segundo o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista é esperado do enfermeiro especialista um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de projetos institucionais, o desenvolvimento de práticas de qualidade através de programas de melhoria contínua e a garantia de um ambiente seguro e terapêutico (OE, 2019b, p.4747).

Neste sentido, numa perspetiva de maior abrangência procedemos também à revisão dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da PSC (OE, 2017) e, objetivando a melhoria da reflexão e da análise das competências supracitadas, foram mobilizados os conteúdos abordados pelas UCs de Gestão em Saúde e Governação Clínica e de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde que constituíram uma mais-valia no desenvolvimento desta competência.

Após conhecermos os programas de melhoria da qualidade existentes na UCI onde foi desenvolvido o estágio final e previamente ter sido reconhecida como uma necessidade do serviço, decidimos orientar a nossa intervenção através da elaboração de uma IPM referente aos cuidados de enfermagem na prevenção da ENP. Mobilizando os conhecimentos adquiridos na UC de Investigação em Enfermagem procedemos à realização de uma RSL, o que por sua vez, contribuiu para o desenvolvimento de uma proposta de norma de procedimento de intervenções de enfermagem bem como de um instrumento de auditoria sobre a norma orientadora, baseados na evidência científica mais atual e objetivando um incremento na qualidade e segurança dos cuidados prestados, permitindo-nos assim uma intervenção no domínio da qualidade e segurança dos cuidados através de uma PBE.

O contexto clínico onde decorreu o Estágio Final possui múltiplos protocolos implementados, incidindo sobre diferentes âmbitos de atuação, revistos e atualizados frequentemente baseados na evidência mais atual e adaptados ao contexto de atuação, sendo a uniformização dos cuidados o objetivo major nos protocolos existentes, promovendo assim, a qualidade e segurança nos cuidados prestados. Deste modo, o conhecimento dos protocolos e normas em vigor constituiu uma prioridade durante o estágio final, no entanto,

foi facilitado devido à nossa práxis diária incidir também na prestação de cuidados à PSC mas em contexto de SUG, sendo os protocolos e normas transversais ao mesmo. Outra prioridade estabelecida foi conhecer e aprender a manusear os equipamentos com os quais diariamente não temos contacto, nomeadamente as máquinas de hemofiltração, o aparelho de alto fluxo, entre outros fundamentais e relevantes para uma prestação de cuidados eficaz, reduzindo o risco associado ao seu uso e fomentando a sua utilização.

No âmbito da promoção de um ambiente seguro, ao longo do estágio demos primazia à identificação e gestão de possíveis riscos para a segurança do doente atuando preventivamente, por exemplo através da utilização da escala de *Braden* para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e da escala de *Morse* para avaliação do risco de queda e mediante o grau do risco, agimos em conformidade, através da implementação e avaliação de intervenções direcionadas e personalizadas. Ainda visando a segurança do doente, foram realizados registos individualizados na plataforma *B-Simple Patient Care* e a passagem de turno realizada segundo a metodologia ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações), instituída na UCI de acordo com a norma n.º 001/2017 da DGS (2017) para uma comunicação eficaz na passagem de informação entre equipas dando continuidade ao plano terapêutico de cada doente (DGS, 2017a).

Em relação à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS], a prestação de cuidados esteve em conformidade com as normas de boas práticas em vigor atualmente. Acompanhamos também as auditorias realizadas no âmbito desta temática pelo grupo de trabalho do serviço e, em conjunto com o mesmo foram reforçadas as boas práticas junto dos restantes enfermeiros.

Face ao exposto, consideramos ter desenvolvido as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, bem com a competência de mestre inicialmente apontada.

C- Domínio da gestão dos cuidados

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia 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.

Segundo a OE (2019b) espera-se do Enfermeiro Especialista que, para além da gestão de cuidados na prestação direta, consiga realizar “a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e adequar “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

Objetivando o desenvolvimento das competências supracitadas, foram mobilizados os conteúdos lecionados na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, com especial relevo na temática da liderança.

A área da saúde requer profissionais líderes dispostos a gerir as ambiguidades, a imprevisibilidade e a crescente complexidade diária. Neste contexto, a liderança ambicionada deve ser capaz de gerir processos com segurança, qualidade e agilidade (Backes et al., 2022).

Durante o estágio final, quando o enfermeiro orientador desempenhava a função de responsável de turno (cargo atribuído a enfermeiros especialistas na ausência do chefe de equipa, também ele enfermeiro especialista), permitiu-nos colaborar na distribuição diária dos doentes pelos enfermeiros tendo implícito os valores do TISS-28, na distribuição dos assistentes operacionais bem como no pedido de medicação, permitindo-nos assim a aquisição de competências na área da gestão.

O enfermeiro responsável de turno combina em paralelo a função da prestação de cuidados à PSC com a função de gestão de recursos humanos e materiais, acrescendo ainda a estas funções a responsabilidade de se assumir como elemento de referência para os restantes enfermeiros, a quem recorrem para esclarecimento de dúvidas ou em necessidade de ajuda perante alguma dificuldade, o que demanda que detenha um elevado nível de

conhecimentos e competências, não só técnicas mas também uma elevada capacidade de resposta perante as solicitações da equipa.

Tal como apontado pela OE, o Enfermeiro “delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada” (2015a, p. 225). Foi-nos assim, permitido o desenvolvimento de competências na área da delegação de tarefas através da participação ativa na delegação das mesmas aos profissionais funcionalmente dependentes, supervisionando-os e orientando-os sempre que necessário, assegurando assim, a manutenção da qualidade e segurança dos cuidados.

Também nos foi possível participar nas decisões da equipa multidisciplinar, demonstrando a nossa perspetiva devidamente fundamentada, o que contribuiu para um incremento da gestão dos cuidados. A articulação entre os diversos constituintes da equipa multidisciplinar revelou-se uma mais-valia não só na prestação de cuidados como também na referenciação dos doentes a profissionais de diferentes áreas de atuação.

Salientamos também que a elaboração da IPM demandou o uso competências de gestão refletidas ao longo das várias etapas da sua concretização até à elaboração da sessão de formação em serviço, sendo que, conseguir gerir as condicionantes externas, que interferiram no planeamento e execução, demonstraram competências do âmbito do domínio da gestão e liderança.

Embora não tenha sido possível exercermos autonomamente as funções de gestão e liderança, consideramos enquanto discente, que através do método de observação e de análise crítica, foram adquiridas as competências no âmbito da gestão dos cuidados bem como da competência de mestre inicialmente apontada.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Como refere Phaneuf (2005), a “auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante quem nós somos, como somos e o que precisaríamos fazer para melhor nos actualizarmos” (p. 177).

Segundo a OE (2019a) no que concerne à competência supracitada, é esperado que o enfermeiro especialista possua “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (p.4749). Neste sentido, a mobilização dos conhecimentos lecionados na UC de Relação de Ajuda assumiram um papel fulcral no desenvolvimento e reflexão desta competência.

Salientamos que a prestação de cuidados à PSC em contexto de SUG faz parte da nossa práxis diária há 6 anos e meio, e por isso, toda a experiência adquirida ao longo deste percurso profissional assumiu um papel facilitador na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos nesta área que exige do enfermeiro experiência, capacidade de gestão e tomada de decisão rápida e eficaz, num ritmo de trabalho acelerado e imprevisível característico dos serviços prestadores de cuidados à PSC. O incremento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências ao longo do nosso percurso profissional foi assumido por nós como um dos pilares basilares na prestação de cuidados à PSC, motivo pelo qual, procuramos uma atualização constante de conhecimentos através da realização de formações em várias áreas, nomeadamente na participação do “Congresso Internacional Doente Crítico 2023” (Anexo III) e na conclusão de uma Pós-Graduação em Intervenção à Pessoa em Situação Crítica.

Atentando a estes pressupostos, consideramos que a evolução pessoal e profissional são indissociáveis e potenciam o conhecimento de nós próprios e das nossas limitações. O nosso desenvolvimento encontra-se condicionando pela capacidade de reconhecermos as nossas limitações, salienta-se assim, a relevância da autorreflexão e do autoconhecimento como instrumento terapêutico para a relação entre Enfermeiro-Doente (Rasheed, 2015).

Ao longo do estágio final foram identificadas algumas limitações na nossa práxis, nomeadamente na prestação de cuidados aos doentes submetidos a técnica de alto fluxo e a técnica dialítica, bem como, no manuseamento das respetivas máquinas. Objetivando o desenvolvimento de competências nessa área e assim colmatando as limitações sentidas, procedemos à revisão dos conteúdos teóricos lecionados nas UCs durante o mestrado em enfermagem e a pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas, objetivando uma prestação de cuidados de qualidade e seguros, baseados numa prática fundamentada com rigor científico e que atente aos valores e necessidades do doente (Larrabee, 2011). Além disso, foi-nos também atribuída pelo enfermeiro orientador, a prestação de cuidados à PSC

submetida às técnicas supracitadas, o que constituiu uma mais-valia na nossa evolução enquanto profissionais.

Assim, foram realizados momentos de *debriefing* com o enfermeiro orientador fomentando uma autorreflexão sobre as nossas práticas, bem como, sobre o nosso autoconhecimento e a nossa assertividade. Estes momentos de introspeção foram essenciais no aprofundamento e conhecimento de nós próprios, das nossas competências e das nossas limitações, incrementando o nosso desempenho enquanto pessoas e profissionais, bem como a nossa capacidade de assertividade na relação com o Outro.

Perante a fundamentação exposta, à qual se acrescenta o desenvolvimento produzido pela experiência profissional, consideramos ter adquirido a competência em análise.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D2 — Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

Competência de Mestre em Enfermagem

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

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.

Tal como mencionado anteriormente neste relatório, a PBE compreende uma pesquisa organizada e sistemática, integrando a evidência mais atual, combinada com a apreciação clínica, a experiência profissional e os valores/preferências do doente na tomada de decisão clínica fundamentada (Larrabee, 2011), atentando a este pressuposto, o artigo 97.º do código deontológico refere que os enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (OE, 2015c, p.78).

A prestação de cuidados à PSC exige de cada profissional de saúde perseverança no incremento dos seus conhecimentos, e por isso, durante o estágio final sentimos necessidade de uma atualização de conhecimentos através da revisão dos documentos reguladores da profissão e das políticas de saúde em vigor, bem como, da pesquisa das melhores e mais atuais evidências científicas.

A formação contínua é imprescindível para o desenvolvimento profissional e segundo Ruivo et al. (2010) “Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de desenvolver os seus conhecimentos sobre os cuidados de saúde, ao longo da sua prática, de modo a aperfeiçoar as suas competências” (p. 35). Objetivando um incremento de conhecimentos e competências, considerámos pertinente a participação como formando no Congresso Internacional Doente Crítico 2023 (Anexo III).

A realização da IPM empregando a metodologia de projeto como guia orientadora, não se baseia apenas numa investigação após identificação de uma carência na prática clínica diária como também numa perspetiva de mudança de comportamentos e condutas alicerçada na PBE. Assim, planeámos uma sessão formativa em serviço, com a elaboração de um plano de sessão (Apêndice V) e de uma apresentação de diapositivos (Apêndice VII), apresentada no dia 24 de janeiro de 2023 com duração de 1 hora. Para a elaboração destes instrumentos consideramos essencial mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC de Formação e Supervisão em Enfermagem que foram fundamentais para o desenvolvimento de competências nesta área.

Aprontando, a elaboração de uma RSL, possibilitou-nos a realização de uma proposta de norma clínica e o seu respetivo instrumento de auditoria, fundamentadas na evidência científica atual e adaptadas à realidade da UCI, permitiu ainda a execução de um artigo científico, sobre o tema da prevenção da ENP na PSC com entubação oro-traqueal em contexto de UCI, fomentando assim, a disseminação da PBE. Este artigo teve ponderação quantitativa para a avaliação na UC do Estágio Final e futuramente prevemos a sua submissão para publicação.

Perante o exposto, consideramos adquiridas as competências acima referidas.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

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

A área de especialização centrada na PSC destina-se à prestação de cuidados à pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018, p.19362).

Posto isto, a OE (2018) preconiza que o EEEMCPSC, para além das competências comuns, detenha o seguinte perfil de competências específicas:

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

Reiterando a metodologia anteriormente utilizada para a descrição, análise reflexiva e a fundamentação do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências determinadas para o grau de Mestre serão abordadas em conjunto com as competências específicas do EEEMCPSC, quando assim se considerar adequado.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

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

Competência de Mestre em Enfermagem

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

A PSC, a quem o enfermeiro presta cuidados “altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018, p. 19362), partindo desta premissa, a atuação de enfermagem requer “(...) deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)” (OE, 2018, p.19360). A prestação de cuidados à PSC exige do EEEMCPSC, a mobilização de uma pluralidade de competências e conhecimentos que lhe possibilitem uma práxis célere, eficiente e holística (OE, 2018).

Atentando ao exposto anteriormente, é assim, crucial que o EEEMCPSC desenvolva e aperfeiçoe competências na abordagem ao doente crítico, de carácter preventivo e antecipatório face a potenciais focos de instabilidade, identificados prematuramente e colmatados de forma rápida, instituindo cuidados de monitorização e vigilância adequados à gravidade da situação clínica.

Ao longo do estágio final e durante a prestação de cuidados à PSC, demonstrámos competências na identificação atempada de possíveis focos de instabilidade, bem como, na resposta aos mesmos de uma forma célere e eficaz, para isso, aliámos os conteúdos estudados ao longo do ME com a formação e experiência profissional incrementada durante o estágio. Priorizamos uma atuação sistematizada e organizada, utilizando, a abordagem primária ABCDE (A-Airway/Via aérea; B- *Breathing*/Ventilação e oxigenação; C- *Circulation*/Circulação; D- *Disability*/Disfunção Neurológica; E- *Exposure*/Exposição (American College of Surgeons [ACS], 2018; INEM 2020), para avaliação, monitorização e vigilância contínua da PSC, uma vez que, esta abordagem nos permite a definição de

prioridades na resolução dos problemas identificados. Salientamos que foram tidos em conta os devidos ajustes na utilização desta abordagem, nomeadamente no controlo de hemorragia exsanguinante, em que é necessário iniciar a abordagem pelo C e em situações de trauma, em que para permeabilização da via aérea no A não pode ser realizada extensão da coluna cervical (ACS, 2018; INEM, 2020).

A UCI é um serviço que determina uma prestação de cuidados de elevada qualidade e rigor, uma vez que é caracterizada pela especificidade e tecnologia sofisticada para atender às necessidades imediatas do doente crítico. Constitui por isso, um local de estágio repleto de oportunidades e aprendizagens, permitindo a familiarização com algumas técnicas já praticadas, baseadas não só, na mais recente evidência científica, como também numa prestação de cuidados segura e de qualidade. Deste modo, durante a nossa intervenção à PSC, foram incrementadas competências em relação à realização de cuidados técnicos de elevada complexidade, nomeadamente: nos cuidados de enfermagem na monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva incluindo manuseamento de cateter PiCCO e realização de ponto hemodinâmico; na entubação e extubação orotraqueal; na gestão da Ventilação Não Invasiva [VNI] e da VMI; na prestação de cuidados ao doente com SARS-Cov2; no posicionamento da PSC em decúbito ventral; nos cuidados à pessoa com traqueostomia; nos cuidados ao doente com drenagens torácicas, pleurais e abdominais; na avaliação de pressão venosa central; nas intervenções de enfermagem durante a colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central e arterial; nos cuidados de enfermagem ao doente submetido a punção lombar; na colocação e monitorização do nível de consciência pelo BIS; na preparação e manutenção da TSR; na preparação e administração de alimentação entérica, parentérica e fármacos diferenciados; na realização de pensos cirúrgicos, nomeadamente terapia de vácuo; nos cuidados à pessoa com laparotomia sob terapia por pressão negativa e nos cuidados imediatos à PSC em contexto de recobro pós-cirúrgico.

Durante o estágio final, foi-nos permitido acompanhar a equipa de EEMI e atuar em em situações de reanimação cardiopulmonar mobilizando as competências adquiridas na nossa prática diária em contexto de SUG agregadas à realização do curso de Suporte Básico de Vida [SBV] com Desfibrilhador Automático Externo [DAE] (Anexo IV), SAV (Anexo V) e de Trauma (Anexo VI) no contexto da UC Médico-Cirúrgica 4, considerámo-los essenciais conhecer todo o método de atuação da equipa desde o planeamento à coordenação e comunicação na chegada ao local onde se encontrava a vítima, antecipando respostas a possíveis condicionantes de atuação.

De igual forma, tivemos ainda a oportunidade de participar e, consequentemente, desenvolver competências na área do transporte da PSC a nível intra-hospitalar, acompanhando frequentemente o doente ao serviço de imagiologia para realização de ECD, idas ao BO e transporte da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos para a UCI. Para a execução segura deste tipo de transporte, seguimos as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) e as recomendações europeias (Fanara et al., 2010) cujas linhas orientadoras estão em consonância e assentam na importância da execução de três fases: o planeamento, a comunicação e a coordenação.

Ainda durante o Estágio Final, deparámo-nos com a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos, o que propiciou o desenvolvimento de competências nesta área de atuação. As UCIs são locais que, pela complexidade intrínseca aos cuidados à PSC propiciam o desenvolvimento e implementação de protocolos (Marshall et al., 2017), sendo estes, fundamentais para o empreendimento da PBE na práxis diária (Chawla & Todi, 2020). A prestação de cuidados de enfermagem suportada por protocolos de atuação, melhora a segurança na realização de procedimentos, reduz o tempo de resposta e a probabilidade da ocorrência de erros, contribuindo para um aumento da segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados (Sales et al., 2018). A UCI onde decorreu o Estágio Final dispõe de vários protocolos clínicos baseados na evidência mais atual e adequados ao contexto clínico, nomeadamente o protocolo de controlo de glicemia, do delírio e agitação, do desmame ventilatório, da extubação oro-traqueal, da TSR com recurso a diferentes meios de anticoagulação, da alimentação entérica e parentérica, entre outros.

Durante a prestação de cuidados à PSC, o EEEMCPSC deve estar apto a realizar a gestão do bem-estar e da dor, de forma diferenciada, otimizando as respostas mediante as necessidades de cada doente (OE, 2018). Ao longo do estágio final objetivamos o incremento de conhecimentos e competências nesta área, visto que, sendo a dor reconhecida como o 5º sinal vital, é de extrema importância saber como atuar perante a mesma (DGS, 2003). Assim, equiparando a prática de cuidados com a pesquisa bibliográfica efetuada, verificamos que a avaliação da dor constitui-se um desafio, uma vez que, na PSC, pela características próprias do seu estado clínico, nomeadamente, a alteração do estado de consciência, a necessidade de sedação, a alteração na comunicação devido à entubação oro-traqueal, a alteração no padrão de sono e a imobilidade prolongada, demandam uma conduta consistente de avaliação e gestão da dor, preferencialmente operacionalizada através de um protocolo (Devlin et al., 2018). A avaliação do padrão da dor gere-se pela

autoavaliação da mesma o que mediante as condicionantes acima referidas, pode não ser praticável, aumentando o risco de subvalorização da mesma (Devlin et al., 2018).

No decorrer do Estágio Final, monitorizámos e avaliámos os sinais clínicos sugestivos de dor na frequência preconizada pelo protocolo instituído, 1 vez por turno, no caso de o doente não ter dor ou, na presença de dor, era avaliada de 1/1h, utilizando as escalas indicadas no protocolo de analgesia e sedação, a escala numérica para as pessoas conscientes e com capacidade verbal e a escala de *Behavioral Pain Scale* [BPS], para os doentes que se encontrem ventilados e, por isso, sem capacidade de verbalizarem o desconforto/dor. Para avaliação da sedação foi utilizada a *Richmond Agitation-Sedation Scale* [RASS]. Todas as avaliações foram registadas no programa informático SClínico para que também a equipa médica tivesse acesso às mesmas, e assim em equipa, se adotassem estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor promovendo o conforto da PSC.

Posto isto, antes da realização de qualquer procedimento potencialmente doloroso, administrámos fármacos analgésicos de ação rápida, previamente prescritos no plano terapêutico do doente, objetivando o controlo da dor inerente ao procedimento. No entanto, não podemos desvalorizar as medidas não farmacológicas, pois estas, são também fundamentais, uma vez que, possuem um carácter secundário e acessório no doente crítico (Devlin et al., 2018), nomeadamente, a promoção de um ambiente calmo, os posicionamentos, as massagens e o toque, foram realizadas concomitantemente à administração da analgesia, resultando num incremento do conforto do doente e consequente diminuição da dor. Procedemos também ao registo das mesmas no processo clínico.

Complementando as intervenções anteriormente mencionadas acerca desta temática participámos também na sessão de formação promovida pelo grupo de trabalho da UCI sobre “Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos Com Dor” (Anexo X).

Na atualidade, a abordagem conjunta das práticas/gestão da dor, *delirium* e sedação, é mundialmente reconhecida como a melhor práxis de cuidados, tendo sido associada recentemente, nas últimas normas de orientação clínica (Devlin et al., 2018). O *delirium* é uma realidade comum no doente crítico, afetando negativamente os *outcomes* aplicados ao doente crítico, culminando em sequelas prejudiciais a nível funcional e cognitivo a

médio/longo prazo (Devlin et al., 2018), durante o estágio final foi possível reconhecer que o *delirium* era uma das principais condicionantes na comunicação com o doente crítico.

A comunicação pode ser compreendida como “um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros” (Nunes, 2010b, p.13). Assim, a comunicação adota um papel fulcral no desenvolvimento do ser humano, através da escuta ativa e do poder de compreensão para com o outro, vamos adquirindo autoconhecimento, pois tomamos consciência do impacto das palavras do outro em nós (Phaneuf, 2005). Apesar da nossa práxis diária ser num contexto profissional similar, a comunicação com o doente crítico constituiu um desafio e, paralelamente, um incentivo para o incremento de competências nesta área de cuidados. Deste modo, procuramos investir na aquisição de estratégias facilitadoras da comunicação, mediante o prévio reconhecimento de obstáculos na comunicação, condicionados pelo estado clínico e pelo uso de dispositivos invasivos. Assim, utilizamos técnicas alternativas de comunicação, como o recurso a instrumentos de comunicação não verbal, nomeadamente através da escrita ou da apresentação de imagens focadas nas necessidades e solicitações mais comuns.

Salientando a sua relevância, a relação terapêutica é integrada, pela OE, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, um dos primordiais documentos orientadores emanados após a sua criação, sendo a mesma caracterizada como uma relação de parceria com o cliente/doente, honrando as suas capacidades e o valorizando o seu papel no plano terapêutico (OE, 2017). Este conceito é também abordado por Phaneuf (2005) que caracteriza a relação de ajuda como sendo “uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova” (p.324). De acordo com a mesma autora, este tipo de relação “permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor (...) abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”, bem como, “demonstrar coragem diante de adversidades, e mesmo diante da morte.” (Phaneuf, 2005, p.324).

A comunicação com o doente é basilar no estabelecimento da relação terapêutica, sendo esta, um instrumento terapêutico importante utilizado pelo enfermeiro para estabelecer uma relação de confiança, ajuda e empatia com o doente, e assim, melhor compreender o significado que o doente atribui à sua situação clínica, identificando as suas necessidades e desenvolvendo estratégias que supram as mesmas (Pereira, 2005).

Em situações de fim de vida, centralizámos a atuação na identificação das necessidades e desejos do doente/família objetivando a implementação de medidas que colmatassem as mesmas, nomeadamente, o apoio emocional e espiritual, o controlo sintomático e a inclusão do doente na tomada de decisão, numa perspetiva de “não separar o órgão do corpo, o corpo do espírito e o espírito do coração”, apreendendo “o conjunto: o doente, o seu olhar, o seu silêncio, as suas queixas, a sua agressividade, os seus medos não expressos”, com a intenção de uma avaliação do doente como um ser holístico, valorizando a sua natureza física, psicossocial e espiritual (Cerqueira, 2010, p.59).

Para o sucesso das intervenções supramencionadas foi essencial a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas UCs EMC e Relação de Ajuda, assim como a nossa experiência profissional em contexto de SUG há 6 anos.

Face à fundamentação apresentada, consideramos ter adquirido e desenvolvido esta competência específica relativa ao EEEMCPSC.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

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

De acordo com a OE (2018), no âmbito desta competência, o EEEMCPSC deve ser capaz de planear, conceber e gerir uma resposta de forma imediata e eficaz, quer a nível de situações de emergência bem como de exceção e catástrofe.

Considerando o carácter imprevisível destas situações, é mandatário que todas as organizações de saúde, independentemente da área de cuidados, elaborem de uma forma organizada e estruturada, um diagnóstico da sua situação e concebam respostas de emergência eficientes perante os possíveis cenários, permitindo assim, manter o equilíbrio entre as necessidades emergentes não previstas e os recursos disponíveis (DGS, 2010; INEM, 2012). Assim, todos os profissionais de saúde devem conhecer a sua função e ação, no domínio das suas competências profissionais, dentro do plano de atuação e

reconhecerem que são um eixo essencial e imprescindível na resposta a uma situação de emergência/catástrofe eficaz (DGS, 2010).

Tal como referido anteriormente, atendendo à imprevisibilidade das situações de emergência, exceção e catástrofe, referimos que durante o período do estágio final não existiu qualquer evento ou situação que fosse considerada emergência multivítimas e/ou catástrofe. Assim, face à impossibilidade de desenvolvimento desta competência na prática clínica ao longo do estágio final consideramos fundamental mobilizar conhecimentos e refletir sobre os mesmos através da consulta de documentos oficiais a nível local, regional e nacional relacionados com a temática em questão, nomeadamente, a norma de orientação da DGS referente à Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (DGS, 2010b), o Decreto-lei n.º 72/2013, que atualiza o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, a Lei.º 80/2015 que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil (AR, 2015b) e o Manual de Resposta a situações de Exceção (INEM, 2012).

Durante o estágio final, consultámos e analisámos também todos os documentos institucionais disponíveis acerca desta temática, que se encontram acessíveis mediante acesso informático do portal interno do CH. Foram consultados os Planos de Emergência Interno e Externo de Resposta a Catástrofe da UCI, o Plano de Resposta à Catástrofe do CH e o Plano de Segurança Interno, onde constam os planos de evacuação dos diferentes serviços do CH. Esta pesquisa permitiu-nos conhecer os recursos existentes, os procedimentos a adotar e a função de cada elemento da equipa na resposta a situações de catástrofe e/ou exceção. Foi também, abordado e discutido com o Enfermeiro Supervisor Clínico, o plano de evacuação da UCI que se encontra afixado em zonas estratégicas de fluxos de pessoas, bem como, em locais relevantes para a operacionalização do mesmo.

Os conteúdos abordados na UC de EMC 3, sobre a concetualização, o planeamento, a gestão e a operacionalização de respostas em situações de emergência ou catástrofe multivítimas, onde se destaca a realização de um poster científico sobre a utilização de *Drones* na localização e triagem de vítimas de catástrofe, bem como, a realização do curso de trauma, integrado na UC de EMC 4, contribuíram largamente para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área.

Salientamos, a experiência profissional adquirida no contexto da nossa práxis diária onde obtivemos formação de Triagem em Catástrofe (Anexo VII) e participamos no simulacro de catástrofe *LIVEX*, nível II e III com o nome de *CASCADE´19*, evento organizado pela

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, em colaboração com a Direção-Geral da Autoridade Marítima e cofinanciado pela Comissão Europeia no quadro do Mecanismo de Proteção Civil da União Europeia, bem como, a experiência adquirida no contexto da Pós-Graduação em Intervenção à Pessoa em Situação Crítica onde foram lecionadas técnicas de Extração e Imobilização bem como Extração de Vítimas Encarceradas.

Face ao exposto, consideramos adquirida a competência em análise.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p.19364).

A OE (2017), define IACS como sendo “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (p.11). Não sendo uma problemática recente, as IACS, assumem especial relevância na prestação de cuidados à PSC, uma vez que, a mesma se encontra sujeita a procedimentos invasivos e terapêutica imunossupressora, o que aumenta o risco de infeção (OE, 2017), sendo as IACS consideradas o evento adverso mais comum decorrente da prestação de cuidados de saúde (OMS, 2011). Adicionando às mesmas o problema decorrente do aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, nenhum país, independentemente da sua organização em cuidados de saúde, deve desvalorizar esta área de atuação, bem como as suas implicações, uma vez que, provocam o aumento da morbilidade, da mortalidade e do tempo de internamento, o que consequentemente leva a um incremento dos custos em saúde (DGS, 2021b).

Segundo a OE (2018) o EEEMCPSC perante a possibilidade de “risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações (...) pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, (...) para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (p.19364).

Atentando a que o Estágio Final decorreu numa UCI de nível III, local onde a PSC é sujeita a múltiplos procedimentos invasivos, e por isso, apresenta um elevado risco de IACS, infeções estas potenciadas pela vulnerabilidade criada e agravada pela doença crítica (ECDC, 2018), estimando-se que 54% dos doentes internados em UCI tenha uma infeção, suspeita ou confirmada (Vincent et al., 2020). Procurámos mobilizar conhecimentos através da consulta de documentos relacionados com esta realidade da prestação de cuidados, nomeadamente as normas relativas aos “feixes de intervenções” da “Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical” (DGS, 2022a), da “Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico” (DGS, 2022b), da Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2022c) e da “Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2022d). Paralelamente procurámos conhecer os protocolos e recomendações do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCLPPCIRA], bem como, as normas e protocolos existentes a nível hospitalar acerca da temática em questão, uma vez que, todos os procedimentos constantes nestas normas foram realizados diariamente na nossa prestação de cuidados à PSC, sendo basilares na prevenção e controlo das IACS.

Destaca-se, neste contexto clínico, a presença de vários grupos de trabalho na prevenção e controlo de infeção, revendo e elaborando normas e protocolos fundamentados nas normas e recomendações emanadas pelas entidades científicas nacionais e internacionais. Durante a prestação de cuidados à PSC buscámos aplicar os conhecimentos e competências adquiridas e cumprir minuciosamente as recomendações de boas práticas na prevenção e controlo das IACS. Ao longo do estágio esta temática esteve sempre presente nas reflexões com o orientador, com o intuito de analisar e avaliar as nossas práticas, possibilitando-nos reconhecer algumas dissonâncias e oportunidades de melhoria. Salientamos, no entanto, que o fato da nossa práxis diária ser no mesmo CH constituiu um aspeto facilitador na aquisição de desenvolvimento de competência nesta área, pois, havia já um conhecimento prévio de alguns dos procedimentos realizados bem como da organização de grupos de trabalho sobre esta temática a nível hospitalar.

Salientamos a elaboração de um plano de prevenção e controlo de infeção, inserido na UC de EMC 5, referente à Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina em contexto de SUG, baseado em informações do nosso contexto laboral, fornecidas pelo grupo hospitalar responsável pelo controlo de infeção, podendo o mesmo ser aplicado no contexto concreto, contribuindo assim, para o desenvolvimento de competências nesta área de atuação.

Pelo referido acima, consideramos ter adquirido as competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e da resistência antimicrobiana.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

Perante a descrição, fundamentação e reflexão crítica das atividades realizadas ao longo do estágio e deste capítulo consideramos ter adquirido esta última competência associada ao grau de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio representa a finalização de um processo formativo repleto de aprendizagens e desenvolvimento de competências. No entanto, torna-se necessário dar o devido reconhecimento e importância à UC de Relatório Final e à sua integração nos conteúdos lecionados nas diversas UCs, pois, em conjunto permitiram uma análise crítica e reflexiva sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do EEMCPSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

Consideramos que a realização deste relatório constituiu uma mais-valia no nosso desenvolvimento pessoal e profissional, pois permitiu-nos colocar em prática o pensamento crítico e a capacidade reflexiva sobre a nossa própria conduta. Como enfermeiros temos o dever de exercer a profissão assente em conhecimentos científicos e técnicos, objetivando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à luz da mais recente evidência científica. A procura contínua pela atualização de conhecimento e o desenvolvimento de competências devem ser um pilar essencial na prática diária, pois só assim é possível prestar cuidados diferenciados indo ao encontro das necessidades do utente/família de uma forma holística.

O contexto de UCI, local escolhido para realização do estágio, revelou-se um ambiente favorável à aprendizagem e consequente aquisição das competências anteriormente referidas. Foram não só desempenhadas funções específicas e especializadas nos cuidados à PSC como também funções na área da gestão de recursos humanos e materiais. O enfermeiro orientador foi um importante apoio ao longo do estágio assumindo um papel facilitador ao longo de todo o processo de aprendizagem. Não deixando de parte, a Professora Orientadora que foi o elo de orientação no processo formativo, tornando-se fundamental para o resultado final deste relatório.

O referencial teórico escolhido para conduzir e sustentar a IPM e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi o MMPBE de Larrabee (2011). Este modelo mostrou-nos ser apropriado e consistente atendendo à necessidade da prestação de

cuidados especializados à PSC, fomentando a criação de uma prática atualizada de cuidados baseada em evidência científica atual.

A realização da IPM foi desenvolvida segundo a metodologia de projeto, ou seja, foi identificada uma necessidade do serviço na área da ENP, projeto já ambicionado pelo serviço, objetivando a sua prevenção e a promoção da segurança e conforto da PSC internada. A identificação desta problemática foi o ponto de partida para a definição de objetivos que apontavam para a realização de formação à equipa de enfermagem, bem como, a elaboração de uma proposta de norma e instrumento de auditoria que permitisse uniformizar procedimentos e condutas entre a equipa.

A elaboração do presente relatório culminou com uma análise reflexiva das competências comuns e específicas do EEEMCPSC bem como das competências de Mestre em Enfermagem, competências estas que através de uma análise crítica e devidamente fundamentada consideramos ter alcançado.

Chegámos ao final com a sensação de dever cumprido, reconhecendo, no entanto, que o caminho não é fácil, mas sim exigente e apela particularmente à nossa capacidade de resiliência. Este percurso consiste num investimento pessoal que vai ao encontro da necessidade de incremento de conhecimentos e de desenvolvimento enquanto profissional de saúde, o que nos permitirá futuramente enquanto EEEMCPSC proporcionar cuidados de qualidade e excelência à PSC.

Face ao supramencionado, consideramos ter atingido os objetivos inicialmente propostos para este relatório, seguir-se-á a prova de defesa pública do Relatório de Estágio, que marcará o encerramento desta etapa no nosso trajeto académico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Serviços de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos de Enfermagem* (5.^a ed.). Lusociência
- American College of Surgeons (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual* (10.^a ed.). American College of Surgeons – The Committee on Trauma.
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Assembleia da República (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1.^a série - n.º 169, 55-66. https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1
- Assembleia da República (2005). Lei Constitucional n.º 1/2005. Sétima revisão constitucional. Diário da República, 1.^a Série - n.º 155, 4642- 4686. <https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>
- Assembleia da República (2015a). Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 1.^a Série - n.º 181, 8059 – 8105. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2446&pagina=1&ficha=1

- Assembleia da República (2015b). Lei n.º 80/2015 – Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1.^a série - n.º 149, 5311-5326. <https://dre.pt/application/conteudo/69927759>.
- Aydogan, S. & Kaya, N. (2017). The Assessment of the Risk of Unplanned Extubation in an Adult Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 36(1), 14-21. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000216>
- Aued, G., Bernardino, E., Peres, A. M., Ribeiro Lacerda, M., Dallaire, C., & do Nascimento Ribas, E. (2016). Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1),130–137
- Backes, D., Gomes, R., Rupolo, I., Büscher, A., Silva, M. & Ferreira, C. (2022). Leadership in Nursing and Health Care in the Light of Complexity Thinking. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2022;56: e20210553. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0553en>
- Berkow, L. & Kanowitz, A. (2020). Unplanned Extubation: A Common and Costly Complication of Airway Management. *Patient Safety*. 2(1), 22-30 <https://doi.org/10.33940/med/2020.3.2>
- Centro Hospitalar (2023). Institucional. História. Informação Pública. Visão, missão e valores.
- Cerqueira, M.M.A. (2010). *A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Lisboa/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614?mode=full>
- Chawla, R & Todi, S. (2020). *ICU Protocols: A Step-wise Approach, Vol I* (2^a ed.). Springer.
- Danielis, M., Chiaruttini, S. & Palese, A. (2018). Unplanned extubations in an intensive care unit: Findings from a critical incident technique. *Intensive and Critical Care Nursing* 47, 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.012>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., Watson, P., Weinhouse, G., Nunnally, M., Rochweg, B., Balas, M., Van den Boogaard, M., Bosma, K., Brummel, N., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J., Joffe, A., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep

Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010a). Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar (EEMI). <https://www.dgs.pt/?cr=16312>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010b). Circular Normativa 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecirculares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção-Geral da Saúde. [Microsoft Word - Taxonomia Final.doc \(who.int\)](#)

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017a). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021a). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2.ª série – n.º 187, Despacho n.º 9390/2021, de 24 de Setembro de 2021 <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021b). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório do Programa Prioritário PPCIRA. Direção-Geral da Saúde. [infeco-es-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). Norma n.º 019/2015 (atualizada a 29/08/2022): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). Norma n.º 020/2015 (atualizada a 17/11/2022): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_loca_l_cirurgico.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022c). Norma n.º 021/2015 (atualizada a 17/11/2022): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022d). Norma n.º 022/2015 (atualizada a 29/08/2022): “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] (2018). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units*. Annual epidemiological report for 2016. ECDC https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI_0.pdf
- Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 14(3), R87. <https://doi.org/10.1186/cc9018>.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131-135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>.
- Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lidel.
- Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2019). Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia Da Informação*, 6(1), 57–73. <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>

- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2012). *Situação de Exceção*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1.^a ed.). Versão 2. INEM <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- International Council of Nurses [ICN] (2012). Position statement: Patient Safety. *International Council of Nurses*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety.pdf
- Joanna Briggs Institute. [JBI] (2013). Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
- Joanna Briggs Institute Joanna Briggs Institute. [JBI] (2014). The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf
- Joanna Briggs Institute. [JBI] (2020). *Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Kwon, E. & Choi, K. (2017). Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation. *Asian Nursing Research*, 11(1), 74-78. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.03.004>
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Artmed.
- Lin, P., Chen, C., Chiu, H., Tai, H., Lee, D. & Lai, R. (2019). Outcomes of unplanned extubation in ordinary ward are similar to those in intensive care unit A STROBE-compliant case-control study. *Medicine*, 98(11), e14841. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014841>
- Lin, Y. P., Wu, M. (2019). The PEST Model: A Quality Improvement Project to Reduce Self-extubation in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(4), 221-227. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000364>
- Lucchini, A., Bambi, S., Galazzi, A., Elli, S., Negrini, C., Vaccino, S., Triantafillidis, S., Biancardi, A., Cozzari, M., Fumagalli, R., Foti, G. (2018). Unplanned extubations in

- general intensive care unit: A nine-year retrospective analysis. *Acta Biomed*, 89(7-S), 25-31. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-s.7815>
- Makary, M. & Daniel, M. (2016). Medical error – the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353: i2139. <http://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Marshall, J., Bosco, L., Adhikari, N., Connolly, B., Diaz, J., Dorman, T., Fowler, R., Meyfroidt, M., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J., Vollman, K. & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 60, 2242 – 2257 <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 60, 4147 - 4182. <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>.
- Ministério da Saúde [MS] (1996). Decreto-Lei n.º 161/1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 205 (4 de setembro de 1996), 2959 - 2962
- Ministério da Saúde [MS] (2015a). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República* 2.ª Série - n.º 28, 3882 (2) - 3882(10). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>
- Ministério da Saúde [MS] (2015b). Despacho n.º 5613/2015 - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário Da República*, 2.ª Série - n.º 45, 8174–8175. <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
- Ministério da Saúde [MS] (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>
- Miranda, D., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W., & Iapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374-382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nunes, L. (2010a). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos* (17), 3–9. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17%20Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, J. (2010b). *Comunicação em contexto clínico*. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/livrocomunic.pdf>
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Lusociência.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), 187–199. <https://www.scielo.br/ij/bioet/a/CYWtf8WLZrCy7qJNjkDhtxC/?format=pdf&lang=pt>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento nº361/2015- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123 (26 de Junho de 2015), 17240-17243 <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015c). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crónica. *Assembleia do Colégio da Especialidade de*

Enfermagem

Médico-Cirúrgica

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359-193370. <https://dre.pt/application/file/a/115698537>
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2019a). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 184, 128-155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019, *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 26, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023*. http://www.ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide*. Organização Mundial da Saúde. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2019). *Patient Safety – Global action on patient safety*. Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial da Saúde <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Padilha, K., Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz, D., Vattimo, M., Kimura, M., & Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para a sua

- aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39(2), 229-233. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Parotto, M., Cooper, R. & Behringer, E. (2020). Extubation of the Challenging or Difficult Airway. *Curr Anesthesiol Rep*, 10, 334-340. <https://doi.org/10.1007/s40140-020-00416-3>
- Pereira, M. (2005). Má Notícia em Saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(1), 33–37. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100004>
- Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência.
- Rasheed, Subia (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*. 8(1), 211-216. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20Review-Parveen.pdf>
- Rosswurm, M.A. & Larrabee, J.H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of nursing scholarship*, 31 (4), 317-322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Ruivo, A., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37. 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>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F. & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *J Med Syst* 42, 48 <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: conceitos e prática*. Lusociência.

- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (5ª Ed.). Lusociência.
- Torres, G.M., Nascimento, E.R.P., Hermida, P.M.V., Malfussi, L.B.H. & Galetto, S.G.S. (2020). Care for Unplanned Extubation Prevention: Analysis of the Validity of an Instrument's Content. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20180998. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0998>
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <https://gdoc.uevora.pt/384829>.
- Vincent, J. L., Sakr, Y., Singer, M., Martin-Loeches, I., Machado, F. R., Marshall, J. C., Finfer, S., Pelosi, P., Brazzi, L., Aditiansih, D., Timsit, J. F., Du, B., Wittebole, X., Máca, J., Kannan, S., Gorordo-Delsol, L. A., De Waele, J. J., Mehta, Y., Bonten, M., Khanna, A. K., ... EPIC III Investigators (2020). Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA*, 323(15), 1478–1487. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2717>
- United Nations (2017). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2021/03/udhr.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I- Resumo do artigo científico – Prevenção da Extubação Não Planeada na Pessoa em Situação Crítica entubada orotraquealmente em contexto de UCI

ARTIGO DE REVISÃO PREVENÇÃO DA EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA NA PSC ENTUBADA OROTRAQUEALMENTE EM CONTEXTO DE UCI

PREVENTION OF UNPLANNED EXTUBATION INCRITICAL PATIENTE OROTRACHEALLY INTUBATED IN THE ICU CONTEXT

PREVENCIÓN DE EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN PACIENTE CRÍTICO INTUBADO OROTRAQUEAL EN EL CONTEXTO DE LA UCI

Maria João Rocha, Dulce Santiago

RESUMO

Introdução: A Extubação Não Planeada (ENP) é um dos eventos mais comuns na pessoa em situação crítica ventilada mecanicamente e constitui um indicador de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. A sua ocorrência pode levar a complicações graves, é por isso, importante compreender quais as lacunas existentes durante a prática clínica e como as colmatar afim de prevenir a ocorrência da ENP. **Objetivo:** identificar quais as intervenções de enfermagem na prevenção da ENP na pessoa em situação crítica entubada orotraquealmente internada em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). **Metodologia:** O presente estudo consiste numa revisão sistemática da literatura. Foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicas, utilizando descritores devidamente validados no MeSH e como critérios de inclusão: indivíduos adultos (idade superior a 18 anos) e texto completo com data de publicação entre 2017 e 2022. Após análise dos resultados da pesquisa foram eleitos 5 artigos. **Resultados:** após análises dos 5 artigos selecionados, verificou-se que a ENP pode ser evitada durante a prática clínica mediante a adoção de intervenções de enfermagem que visem controlar e gerir os fatores de risco associados à mesma. É por isso, necessário, aumentar a consciencialização para esta problemática. **Conclusão:** A Identificação dos fatores de risco para a ocorrência da ENP, o aumentando a consciencialização da equipa de enfermagem acerca dos mesmos e a formalização de padrões de prática utilizando uma mnemónica ou uma estrutura fácil de memorizar podem melhorar os resultados e a segurança da PSC. **Palavras-Chave:** Cuidados de Enfermagem, Unidade de Cuidados Intensivos, Extubação das Vias Aéreas.

ABSTRACT

Introduction: Unplanned Extubation (UE) is one of the most common events in critically ill patients under mechanical ventilation and is an indicator of the quality of nursing care. Its occurrence can lead to serious complications. Therefore, it is important to understand which gaps exist during clinical practice and how to fill them in order to prevent the occurrence of UE. **Objective:** To identify nursing interventions to prevent PNS in critically ill patients with orotracheal intubation admitted to an Intensive Care Unit (ICU). **Methodology:** The present study consists of a systematic literature review. A search was conducted in scientific databases, using descriptors duly validated in MeSH and as inclusion criteria: adult

individuals (age over 18 years) and full text with a publication date between 2017 and 2022. After analyzing the search results, 5 articles were chosen. **Results:** After the analysis of the 5 selected articles, we found that UE can be prevented during clinical practice through the adoption of nursing interventions aimed at controlling and managing the risk factors associated with it. It is, therefore, necessary to raise awareness about this issue. **Conclusion:** Identifying risk factors for the occurrence of UE, increasing nursing staff awareness of them, and formalizing practice patterns using a mnemonic or easy-to-remember structure can improve outcomes and safety of the critically ill patient. **Key-words:** Nursing Care, Intensive Care Unit, Airway Extubation.

RESUMEN

Introducción: La extubación no planeada (ENP) es uno de los eventos más comunes en la persona en situación crítica ventilada mecánicamente y constituye un indicador de la calidad de la prestación de cuidados de enfermería. Su aparición puede dar lugar a complicaciones graves, por lo que es importante conocer qué lagunas existen en la práctica clínica y cómo colmarlas para prevenir la aparición de ENP. **Objetivo:** identificar intervenciones de enfermería para prevenir el ENP en pacientes críticos con intubación orotraqueal ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Metodología:** El presente estudio consiste en una revisión sistemática de la literatura. Se realizó una búsqueda en bases de datos científicas, utilizando descriptores debidamente validados en MeSH y como criterios de inclusión: individuos adultos (mayores de 18 años) y texto completo con fecha de publicación entre 2017 y 2022. Tras analizar los resultados de la búsqueda, se seleccionaron 5 artículos. **Resultados:** Tras el análisis de los 5 artículos seleccionados, encontramos que la ENP puede prevenirse durante la práctica clínica mediante la adopción de intervenciones de enfermería dirigidas al control y manejo de los factores de riesgo asociados a la misma. Por lo tanto, es necesario concienciar sobre este tema. **Conclusión:** identificar los factores de riesgo para la aparición de ENP, aumentar el conocimiento de los mismos por parte del equipo de enfermería y formalizar los patrones de práctica utilizando un mnemotécnico o una estructura fácil de recordar puede mejorar los resultados y la seguridad de lo paciente crítico. **Palabras clave:** Cuidados de Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, Extubación de Vía Aérea.

APÊNDICE II- Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



VI Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

Unidade de Cuidados Intensivos

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce Santiago

Enfermeiro Especialista Orientador:

Discente:

Maria João Rocha, nº210531080

Outubro, 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JÚLIO DE 2018

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Viseu

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

VI Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialização Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: **ESTÁGIO FINAL**

PROJETO DE ESTÁGIO

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
Unidade de Cuidados Intensivos

Docente:

Professora Doutora Maria Dulce Santiago

Enfermeiro Especialista Orientador:

Discente:

Maria João Rocha, nº210531080

Outubro, 2022

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

Cora Coralina

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AO- Assistente Operacional

APA – *American Psychological Association*

BO- Bloco Operatório

CHBM- Centro Hospitalar Barreiro Montijo

ECD- Exame Complementar de Diagnóstico

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC: PSC- Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

EPI- Equipamento de Proteção Individual

OE- Ordem dos Enfermeiros

REPE- Regulamento do Exercício para a prática de Enfermagem

SUG- Serviço de Urgência Geral

UC- Unidade Curricular

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Objetivos Específicos e Atividades a Desenvolver para a Aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	10
Tabela 2- Objetivos Específicos e Atividades a Desenvolver para a Aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	14
Tabela 3- Requisitos, objetivos de aprendizagem e atividades a desenvolver para a Aquisição das Competências de Mestre em Enfermagem	17

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	8
2. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER	10
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	10
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	14
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

INTRODUÇÃO

Este projeto de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final inserida no 3º semestre do 6º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). O Estágio Final será realizado ao longo de 18 semanas, no período de 19 de Setembro a 27 de Janeiro e tem uma carga horária de 388 horas, divididas em 336 horas de estágio, 14 horas de orientação tutorial e 38 horas para outras atividades. Será realizado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) sob a supervisão e orientação da docente Professora Doutora Dulce Santiago e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) FT.

Segundo o Regulamento do Exercício para a prática de Enfermagem (REPE, 2015, p.22), “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem” e “é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização”.

Assim, a elaboração deste projeto de estágio baseia-se na descrição dos objetivos de aprendizagem, bem como, as atividades a desenvolver ao longo do estágio para os atingir. Objetivos estes, baseados nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EEMC-PSC), e nos objetivos de aprendizagem definidos pela UC.

A UC define como objetivos de aprendizagem que o aluno:

- Integre princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- Colabore em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

O presente projeto encontra-se dividido em 4 partes, na primeira está inserida a introdução onde se procede à contextualização do mesmo e à definição dos objetivos preconizados pela UC, na segunda parte é feita uma breve descrição da UCI e da equipa multidisciplinar onde decorre o estágio. Na terceira parte estão descritos os objetivos e as atividades a desenvolver mediante as competências comuns e específicas do EEMC-PSC e numa quarta parte são abordados os objetivos de aprendizagem e atividades a realizar para obtenção do grau de mestre.

O projeto segue as diretrizes da Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição e foi redigido ao abrigo do acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sendo o estágio realizado numa UCI, torna-se relevante fazer uma breve descrição da mesma.

A UCI recebe doentes vindos de vários serviços do hospital, nomeadamente do Serviço de Urgência Geral (SUG) e do Bloco Operatório (BO). Recebendo assim, doentes no pós-operatório imediato de cirurgias complexas que necessitam de estabilidade hemodinâmica rigorosa ou doentes provenientes do SUG vítimas de doença aguda súbita em estado crítico e com necessidade de cuidados diferenciados.

A UCI do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) é uma unidade nível III e por isso, presta cuidados à pessoa em situação crítica cuja sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica. Mediante estas necessidade a UCI dispõe de 8 camas em quartos individualizados devidamente equipadas com monitor, ventilador, bombas e seringas infusoras. Possui ainda capacidade para realização de técnica substituição renal quando a situação do doente assim o exigir. Dos 8 quartos, 2 têm capacidade para receber doentes em isolamento por via aérea, pois estão equipados para funcionarem em pressão negativa.

Além da área clínica o espaço físico da UCI é composto ainda por: uma sala de reuniões, o gabinete do diretor, o gabinete da enfermeira coordenadora, uma sala de armazenamento de material de uso clínico, uma sala com vários equipamentos e material reutilizável, uma sala de limpos, uma sala de sujos, duas copas, um wc, dois balneários e uma sala de espera para visitas/pessoas significativas.

Possui uma equipa multidisciplinar experiente em permanência, equipa esta, composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais (AO), fisioterapeutas, administrativa e equipa de limpeza. A equipa médica é constituída por 5 médicos fixos que contam com a colaboração de cerca de 10 médicos externos em regime de prestação de serviços, bem como de médicos de outras especialidades quando necessário.

A equipa de enfermagem está dividida em 5 equipas de 6 elementos, num total de 30 enfermeiros, cada equipa tem como chefe de equipa um enfermeiro especialista. A equipa está dotada de enfermeiros especialistas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e na área da Enfermagem de Reabilitação. Esta

equipa conta também com a Enfermeira Coordenadora (Especialista em reabilitação) e um enfermeiro generalista que colabora também na gestão.

A equipa de AO é constituída por 14 elementos, dos quais 11 trabalham em horário rotativo e os outros 2 em horário fixo nas manhãs, estando 1 destes, responsável pelo Ekanban e pela reposição de material em todo o serviço. A equipa da limpeza é composta por 1 elemento por turno.

Nos dias uteis das 08h00 às 17h00 está presente 1 administrativa responsável por todos os procedimentos burocráticos da UCI, entre eles, entrada e saída de doentes, requisição de transportes, organização de processos e marcação de exames complementares de diagnóstico (ECD).

Da equipa multidisciplinar colaboram ainda quando solicitados técnicos de imagiologia, cardiopneumologistas, nutricionista, assistente social, entre outros.

2. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Tabela 1. Objetivos Específicos e Atividades a Desenvolver para a Aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Domínio	Competência	Unidades de Competência	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
A- 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.	A1.1- Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	-Participar e adquirir competências no processo de tomada de decisão respeitando os princípios éticos e deontológicos.	- Mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC do 1º semestre: Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem; - Refletir com o orientador sobre os processos de tomada de decisão e dilemas éticos; - Participar na construção de tomada de decisão em equipa; - Incluir o doente/família no processo de tomada de decisão;
		A1.2- Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.		
		A1.3- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.		
	A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos.	-Garantir uma prática de cuidados salvaguardando os direitos humanos, a privacidade e a dignidade da pessoa em situação crítica.	- Respeitar o princípio da confidencialidade e do sigilo profissional; - Promover o respeito pelo direito do doente à privacidade, ao direito de escolha e à autodeterminação; - Prestar cuidados de enfermagem especializados baseados em princípios éticos e normas deontológicas.
		A2.2- Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.		

B- Domínio da Melhoria Contínua de Qualidade	B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	B1.1- Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	- Participar nas iniciativas e projetos institucionais. - Desenvolver a prática de enfermagem de qualidade colaborando no programa de melhoria contínua da UCI. - Promover um ambiente terapêutico seguro ao doente/família.	- Mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC do 1º Semestre de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde; - Consultar protocolos e normas em vigor na instituição e na UCI; - Identificar oportunidades de melhoria da qualidade de cuidados bem como necessidades formativas; - Adotar práticas seguras e identificar potenciais riscos para o doente ou equipa; - Avaliar a pertinência do tema escolhido para o Projeto de Intervenção com o orientador; - Planear e realizar uma ação de formação em serviço sobre o tema trabalhado na intervenção major. - Conhecer o programa usado na UCI para participação de riscos e incidentes adversos; - Compreender o papel do enfermeiro especialista na promoção de ambiente seguro para o doente; - Prestar cuidados em um ambiente seguro para o doente, visando suprir todas as suas necessidades físicas e psicossociais; - Incentivar o envolvimento da pessoa significativa no processo terapêutico.
	B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	B1.2- Orienta projetos institucionais na área da qualidade		
		B2.1- Avalia a qualidade das práticas clínicas.		
		B2.2- Planeia programas de melhoria contínua.		
	B3- Garante um ambiente terapêutico seguro.	B2.3- Lidera programas de melhoria contínua.		
		B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.		
		B3.2- Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.		

C- Domínio da Gestão dos cuidados	C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	- Adquirir competências na gestão de cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica, promovendo a qualidade dos mesmos. -Adquirir conhecimentos na gestão de recursos tendo em conta o contexto.	- Mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC do 1º semestre: Gestão em Saúde e Governação Clínica; - Perceber a organização e dinâmica da equipa multidisciplinar; - Conhecer as dotações seguras praticadas na UCI; - Compreender as competências do enfermeiro especialista na gestão dos recursos humanos e do serviço; - Adquirir conhecimentos sobre a gestão de recursos humanos, materiais e estruturais; - Colaborar na gestão dos recursos e dos cuidados da UCI. - Adequar eficazmente os recursos existentes às necessidades de cuidados identificadas; - Gerir e priorizar os cuidados ao doente em situação crítica.
		C1.2- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.		
	C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	C2.1- Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.		
		C2.2- Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.		

D- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	D1.1- Detém a consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	- Desenvolver o autoconhecimento e assertividade na melhoria dos cuidados prestados. -Desenvolver o pensamento reflexivo. - Basear a prática clínica em evidência científica.	- Refletir sobre os meus limites profissionais e pessoais; - Gerir emoções na vivenciadas durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; - Desenvolver o pensamento critico-reflexivo acerca da minha conduta no decorrer do estágio; - Saber gerir e antecipar situações potencialmente geradoras de stress respondendo com assertividade; - Identificar necessidades formativas através da observação direta e de reunião com o enfermeiro orientador; - Realizar pesquisa bibliográfica, suportando a prática clínica especializada em evidência científica atualizada.
		D1.2- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.		
	D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.		
		D2.2- Suporta a prática clínica em evidência científica.		
		D2.3- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.		

Fonte: Elaboração própria com base no Regulamento nº140/2019 (Diário da República, 2.ª série- N.º 26- 6 de fevereiro de 2019, p.4744-4750)

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Tabela 2- Objetivos Específicos e Atividades a Desenvolver para a Aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

Competência	Unidades de Competência	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver
1-Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco da falência orgânica.	- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa sem situação crítica.	- Mobilizar os conhecimentos adquiridos nas UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica;
	1.2- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.	- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos.	- Conhecer normas e protocolos existente na UCI;
	1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.	- Promover e gerir medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor na pessoa em situação crítica.	- Identificar atempadamente situações de instabilidade, desenvolvendo uma resposta precoce e adequada;
	1.4- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	- Gerir a comunicação e promover estratégias de comunicação facilitadoras no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e família/cuidador.	- Colaborar com o enfermeiro orientador na prestação de cuidados complexos à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica internada na UCI;
			- Demonstrar competências em Suporte Avançado de Vida e Trauma;
			- Gerir protocolos terapêuticos de analgesia e sedação, monitorizando a resposta da pessoa em situação crítica aos mesmos;
			- Monitorizar a dor na pessoa em situação crítica através das escalas da dor utilizadas no serviço e atuar em conformidade;
			- Aplicar estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor na pessoa em situação crítica;
			- Adquirir conhecimentos acerca da técnica de hemofiltração;

	1.5- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica. 1.6- Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.		- Desenvolver competências no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador; - Utilizar técnicas de comunicação verbais e não verbais na prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador; - Realizar o registos de enfermagem no programa S. Clínico.
2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	2.1- Cuida da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe. 2.2- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe. 2.3- Planeia resposta à situação de catástrofe. 2.4- Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe. 2.5- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	- Conhecer o plano de emergência e catástrofe do serviço e do hospital.	- Mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3; - Analisar o plano de emergência e catástrofe em vigor na UCI e no Hospital; - Esclarecer dúvidas acerca do plano com o enfermeiro orientador; - Estabelecer prioridades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; - Participar em ações de formação sobre emergência e catástrofe caso se proporcione; - Conhecer o princípio de atuação em situação de catástrofe e atuar garantindo as condições de segurança necessárias à pessoa em situação crítica.

3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.	3.1- Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	- Desenvolver competências na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica internada na UCI.	- Mobilizar os conhecimentos adquiridos na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 5; - Consultar as normas da Direção Geral da Saúde e do Grupo de Coordenação Local- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos; - Assistir a ações de formação acerca do controlo de infeção; - Conhecer as normas de procedimentos, respetivas grelhas de auditoria e os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem em vigor no serviço e no hospital; - Compreender a dinâmica de funcionamento do grupo de controlo de infeção do hospital; - Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica usando Equipamentos de Proteção Individual (EPI), cumprindo assim as Precauções Básicas do Controlo de Infeção.
	3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistências a Antimicrobianos perante a pessoa em situação e/ou falência orgânica.	- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na Comissão de Controlo de Infeção.	

Fonte: Elaboração própria com base no Regulamento nº429/2018 (Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018, p.19359- 19364)

3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Tabela 3- Requisitos, objetivos de aprendizagem e atividades a desenvolver para a Aquisição das Competências de Mestre em Enfermagem

Requisitos	Objetivos de Aprendizagem	Atividades a desenvolver
a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais	1 Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre 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;	-Todas as atividades descritas anteriormente no âmbito das competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC:PSC; - Desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional; - Elaborar um artigo científico; - Elaborar um Relatório de Estágio Final onde irá constar todo o trabalho desenvolvido durante o estágio realizado.

que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, que a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamental auto-orientado ou autónomo. 2- O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização”	7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015:24)	
---	--	--

Fonte: Elaboração própria com base no Decreto-Lei n.º 65/2018 (Diário da República, 1.ª série – N.º157 – 16 de Agosto de 2018, p. 4147 – 4182)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2020). Publication Manual of the American Psychological Association, 7th ed. Washington: APA. ISBN: 9781433832161

Diário da República: Série I de 2018-08-16, n.º 157/2018, 4147 – 4182
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE – Estatuto.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R_EPE_29102015_VF_site.pdf

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: Série II de 2019-02-06, n.º 26/2019, 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da república: Série II de 2018-07-16, n.º 135/2018, 19359- 19370. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

APÊNDICE III- Cronograma da Intervenção Profissional Major

Fases	Atividades	2022					2023				
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Junho	
Diagnóstico da Situação	Reunião com Enf.ª Chefe e Enfermeiro orientador.										
	Identificação da necessidade										
	Análise SWOT										
	Definição do Objetivo Geral										
	Pesquisa Bibliográfica										
Planeamento	Entrega da Projeto de Estágio										
	Definição dos Objetivos Específicos										
	Definição das Atividades a Desenvolver										
	Fundamentação teórica										
Execução	Realização da Proposta de Norma de Atuação										
	Divulgação da Sessão Formativa										
	Sessão Formativa em Serviço										
	Apresentação da Proposta de Norma à equipa de Enfermagem										
	Realização de Artigo Científico sobre a Temática										
Avaliação/ Divulgação	Questionário de Avaliação da Sessão Formativa										
	Realização do Relatório de Estágio										
	Entrega do Relatório de Estágio										

APÊNDICE IV- Plano da Sessão Formativa

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



ES
Escola Superior de Saúde
IPS



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da sessão	Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada (ENP) na Pessoa entubada Orotraquealmente em UCI
Destinatários	Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos
Data	24 de Janeiro de 2023
Hora	15h00
Local	Unidade de Cuidados Intensivos
Duração	35 minutos
Formadores	Maria João Rocha (aluna da especialidade Médico-Cirúrgica)
Orientadores	Enf ^o e Prof. Dulce Santiago

OBJETIVOS

Gerais	- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de Enf. na Prevenção/ Gestão da ENP - Uniformizar os cuidados de Enfermagem na Prevenção e Gestão da ENP
Específicos	- Descrever o conceito de ENP (acidental e autoextubação) - Identificar as complicações/ fatores de risco associadas à ENP; - Descrever os cuidados de enfermagem presentes na proposta de norma.

CONTEÚDOS		RECURSOS DIDÁTICOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
Introdução	• Apresentação do tema do trabalho • Objetivo Geral • Objetivos Específicos	- Computador - Power Point - Projector de imagem	Expositiva	5 minutos
Desenvolvimento	• Definição de ENP; • Complicações da ENP; • Fatores de Risco da ENP (Sedação, Dor, Delirium, Fixação do TOT e Recurso Humanos); • Cuidados de enfermagem na Prevenção e Gestão da ENP.	- Computador - Power Point - Projector	Expositiva	15 minutos
Conclusão	• Síntese do trabalho • Esclarecimento de dúvidas	- Computador - Power Point	Expositiva Discussão orientada	10 minutos
Avaliação da ação de formação	• Distribuição de impresso de avaliação • Preenchimento do impresso • Recolha do impresso de avaliação • Consolidação de conhecimentos	_____	Interrogativa	5 minutos

APÊNDICE V- Proposta de norma sobre a Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na pessoa entubada orotraquelamente.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	PREVENÇÃO E GESTÃO DA EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA (ENP) NA PESSOA ENTUBADA OROTRAQUEALMENTE (Proposta de Norma)	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A	
------------------------	---	--

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJETIVO

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da ENP com base na evidência científica;
- Promover a melhoria dos cuidados de Enfermagem na Prevenção/ Gestão da ENP;
- Prevenir eventos adversos.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se ao serviço de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Centro Hospitalar e em serviços que prestem cuidados de enfermagem a doente entubados oro-traquealmente.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em ____/____/____

Distribuição Geral.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento: Responsável da UCI, Enfermeiro Gestor da UCI e Enfermeiros prestadores de cuidados da UCI.

4.2 Pela revisão do procedimento: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica responsáveis pelo projeto, Enfermeira Coordenadora dos Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enfermeira Gestora e Responsável da UCI.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
Enf.º F. T. Enf.ª F. S. Enf.ª Maria João Rocha	Gabinete de Gestão da Qualidade	

5. DEFINIÇÕES

Delirium- Alteração cognitiva aguda que se manifesta pela flutuação da consciência, por distúrbios na atenção, memória, pensamento, percepção e comportamento (desenvolve-se em questão de horas ou dias).

ENP- Remoção precoce do tubo orotraqueal (TOT) resultante da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (**extubação acidental**) ou por ação do doente submetido a ventilação mecânica invasiva (**autoextubação**).

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CHBM, EPE – Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;

ENP- Extubação Não Planeada

EOT- Entubação Orotraqueal

MAD- Máscara de Alto Débito

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PSC- Pessoa em Situação Crítica

SDR- Sinais de Dificuldade Respiratória

TOT- Tubo Orotraqueal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

7. REFERÊNCIAS

- Ribeiro, G., Silva, R. & Ferreira, M. (2016). Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 915-923. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690505>

- Kohne, K.M. & Hardcastle, T. (2018) Unplanned extubations in a level one trauma ICU. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 24(4), 103-108. <https://doi.org/10.1080/22201181.2018.1480192>
- Zhang, P. & Liu, L. (2021) Design of assessment tool for unplanned endotracheal extubation of artificial airway patients. *Nursing Open* 8(4), 1696-1703. <https://doi.org/10.1002/nop2.807>
- Ai, Z., Gao, X. & Zhao, X. (2018) Factors associated with unplanned extubation in the Intensive Care Unit for adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.008>
- Lucchini, A., Bambi, S., Galazzi, A., Elli, S., Negrini, C., Vaccino, S., Triantafillidis, S., Biancardi, A., Cozzari, M., Fumagalli, R., Foti, G. (2018) Unplanned extubations in general intensive care unit: A nine-year retrospective analysis. *Acta Biomed*, 89(7-S), 25-31. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-s.7815>
- Lin, P., Chen, C., Chiu, H., Tai, H., Lee, D. & Lai, R. (2019) Outcomes of unplanned extubation in ordinary ward are similar to those in intensive care unit a strobe-compliant case-control study. *Medicine*, 98(11), e14841. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014841>
- Torres, G.M., Nascimento, E.R.P., Hermida, P.M.V., Malfussi, L.B.H. & Galetto, S.G.S. (2017) Care for Unplanned Extubation Prevention: Analysis of the Validity of an Instrument's Content. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20180998. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0998>
- Lin, Y. P., Wu, M. (2019) The PEST Model: A Quality Improvement Project to Reduce Self-extubation in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(4), 221-227. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000364>
- Eberle C.C., dos Santos A.A., de Macedo Júnior L.J.J. & Martins J.B. (2019) O Manejo Não Farmacológico do Delirium Sob a Ótica de Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 11(5), 1242-1249. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor, Guia Orientador de Boa Prática. ISBN: 978-972-99646-9-5
- Mata, C., Fernandes, M.F., Monteiro, M.F., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L., (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7-17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>

- Berkow, L. & Kanowitz, A. (2020) Unplanned Extubation: A Common and Costly Complication of Airway Management. *Patient Safety* 22-30 <https://doi.org/10.33940/med/2020.3.2>
- Manual de Suporte Avançado de Vida (2020) Departamento de Formação em Emergência Médica Versão 2.0 – 1ª Edição 2020 [Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf \(inem.pt\)](#)
- Minda, Z., Samuel, H., Aweke, S., Mekete, G., Seid, A. & Eshetie, D. (2022) Magnitude and associated factors of unplanned extubation in intensive care unit: A multi-center prospective observational study. *Annals of Medicine and Surgery* 79-103936 <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103936>

8. DESCRIÇÃO

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) internada em contexto de UCI é submetida a inúmeras técnicas e procedimentos invasivos com o recurso a vários tipos de equipamentos e tecnologias, o que faz da UCI um local propício à ocorrência de eventos adversos, nomeadamente a ENP.

A ENP é um dos eventos adversos com alta taxa de incidência na PSC sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e constitui uma emergência médica, uma vez que, coloca em risco a vida da pessoa e a reintubação é frequentemente necessária (a taxa de reintubação é de 89%). (Berkow & Kanowitz, 2020)

Vários estudos referem que as complicações da ENP passam pelo traumatismo das vias aéreas, uma vez que, a retirada do TOT com o cuff insuflado provoca lesões/ edema nas cordas vocais e traqueia, dificultando por vezes a reintubação; Instabilidade hemodinâmica e hipoxia o que pode levar à Paragem Cardiorrespiratória (PCR); Aumento do tempo de VMI e consequentemente aumento do tempo de internamento; Aumento do risco de Pneumonia, doentes com secreções aquando a ENP podem aspirar as mesmas e isso levar a uma Pneumonia de Aspiração; Aumento da Taxa de Mortalidade e um Aumento significativo dos gastos em saúde.

A ENP é um indicador de qualidade da prestação de cuidados à PSC e pode muitas vezes ser evitada. A melhor maneira de evitar a ocorrência ENP e as complicações a ela associadas é conhecendo os fatores de risco e atuar na prevenção dos mesmos prestando cuidados de enfermagem uniformizados e de qualidade. Vários estudos dividem os principais fatores de risco em cinco categorias de atuação: **Sedação, Dor, Delirium, Fixação do TOT e Recursos Humanos**

8.1 PROCEDIMENTO

8.1.1 Os cuidados de enfermagem na **prevenção** da ENP na pessoa entubada orotraquealmente encontram-se assim direccionados para as cinco categorias de atuação seguintes:

Categoria	Intervenções
<u>Sedação</u> - A PSC com maior risco de ENP é a que se encontra em desmame de sedação e ventilação, uma vez que, o facto de estar acordada, mas entubada orotraquealmente constitui uma barreira na comunicação da mesma com os profissionais de saúde o que leva a um aumento a ansiedade e frustração; - A sedação profunda prolongada tem vindo a ser associada a diversas complicações tais como o <i>Delirium</i> e tempos de ventilação mais prolongados, no entanto a sedação ligeira acarreta vários riscos nomeadamente a ENP, queda e a remoção de outros dispositivos médicos; - A escassez de procedimentos padronizados de desmame aumenta o risco de ENP.	- Avaliação e registo da escala de RASS e GCS; - Avaliar diariamente a necessidade de desmame; - Monitorizar alarmes relacionados com a ventilação (fluxo, pressão, volume); - Avaliar a capacidade de respiração espontânea; - Utilizar estratégias de comunicação eficazes com o doente; - Manter vigilância apertada nos doentes em processo de desmame.

<u>Dor</u> - Sendo a dor considerada o 5º sinal vital, a identificação e o tratamento da mesma são os pilares principais no conforto da PSC, estando o doente confortável o risco de ENP diminui; - A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que a sua prevenção deve ser uma prioridade na prestação de cuidados à PSC; - A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação (escalas da dor); - Os enfermeiros têm o dever ético e legal de defender uma alteração do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado.	- Avaliar e registar, de forma regular e sistemática, a dor usando a escala de BPS/FLACC; - Analisar o tipo e a fonte da dor; - Providenciar analgesia sempre que o doente expresse dor; - Precaver e controlar os efeitos colaterais mais usuais da terapêutica analgésica; - Utilizar estratégias não farmacológicas em conjunto e não em substituição da terapêutica farmacológica; - Ensinar o doente acerca da dor e estratégias de coping; - Promover um ambiente calmo e seguro (controlo de luminosidade e ruído).
<u>Delirium</u> - O Delirium é mais facilmente percecionado pelos enfermeiros quando o doente ventilado está consciente, a frustração pela disfuncionalidade na comunicação eleva o risco de remoção de dispositivos médicos; - Um ambiente calmo e seguro diminui a ansiedade do doente em relação à entubação oro-traqueal; - O Delirium na PSC dificulta a avaliação do seu nível cognitivo, uma vez que, a comunicação se encontra alterada; (o que interfere inclusive na avaliação correta da dor ou na deteção de sintomas importantes para a sua recuperação); - O Delirium impede que a PSC tenha capacidade para tomar decisões sobre a sua própria saúde, e por isso, a prevenção precoce é de extrema importância.	- Avaliar o Delirium segundo a escala de RASS/CAM ICU; - Orientar verbalmente o doente no tempo e no espaço; - Promover um espaço físico facilitador da orientação (relógio, janela); - Identificar e alertar acerca dos fatores de risco farmacológicos que propiciam o desenvolvimento do Delirium; - Promoção do sono e repouso/Regulação do Ritmo Circadiano; - Promover um ambiente calmo e seguro (controlo de luminosidade e ruído); - Utilizar a contenção mecânica apenas em situações de expressa necessidade e após avaliação da equipa baseando-se na legislação em vigor.

<u>Fixação do TOT</u> - A monitorização do cuff previne a lesão da mucosa por pressão excessiva, bem como, a passagem de secreções abaixo do mesmo; - O registo do nível da comissura labial permite a deteção de uma possível exteriorização do TOT o que pode comprometer a adaptação do doente ao ventilador; - A fixação pode ser realizada de várias maneiras, não sendo obrigatório ser sempre acima do pavilhão auricular; - A existência de um protocolo de manutenção do TOT utilizado por toda a equipa pode ser um fator protetor da ENP.	- Monitorização do cuff (manter entre os 20-30cmH₂O); - Monitorizar e registar nível da comissura labial; - Evitar tracionar o TOT pelo circuito durante os posicionamentos e a higiene; - Vigiar assimetrias torácicas e/ou alterações do padrão respiratório (capnografia); - Avaliar permeabilidade do TOT aquando a aspiração de secreções; - Utilizar a técnica e o material preconizado para a fixação do TOT e sempre que visivelmente não cumpra o propósito.
<u>Recursos Humanos:</u> - Um rácio Enfermeiro/Doente inadequado constitui um risco para a ocorrência da ENP; - Promover a formação contínua da equipa de enfermagem aumenta a consciencialização para o tema da ENP e a importância da prevenção da mesma na saúde da PSC e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados; - O estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com o doente diminui a ansiedade e promove a sua colaboração durante a prestação de cuidados.	- Dotações Seguras de Enfermagem; - Promover a formação contínua da equipa de Enfermagem; - Incentivar a partilha de experiências; - Aumento da taxa de ENP no turno da noite; - Estabelecer relação terapêutica eficaz com o doente; - Registrar a ocorrência e o tipo de ENP.

8.1.2 Mesmo prestando cuidados de enfermagem preventivos, por vezes a ENP ocorre e, é de extrema importância que o enfermeiro prestador de cuidados saiba atuar na gestão da mesma, seja perante um doente com estímulo respiratório eficaz ou ineficaz.

Assim, os cuidados de enfermagem na **gestão** da ENP na pessoa entubada oro-traquealmente encontram-se divididos em dois grupos:

Categoria	Intervenções
<u>Com Estímulo Respiratório Eficaz:</u> - Ventilação Não Invasiva (VNI) - Alto Fluxo - Oxigenioterapia (O uso de VNI ou Alto Fluxo pode prevenir ou retardar a reintubação)	- Chamar de imediato o médico; - Providenciar oxigenioterapia (ex: Máscara de Alto Débito (MAD)); - Suspende Sedação; - Elevar a cabeceira a 30°; - Aspirar Secreções, caso seja necessário; - Vigiar e Registrar Parâmetros Vitais; - Controlar SpO2 e vigiar Sinais de Dificuldade Respiratória (SDR); - Realizar controlo Gasimétrico - Registrar ocorrência e modalidade ventilatória utilizada, no processo do doente; - Em caso de colocação de VNI/ Alto Fluxo, utilizar interface de tamanho adequado para promover o conforto do doente e diminuir as fugas de ar.
<u>Sem Estímulo Respiratório Eficaz:</u> - Ponderar Dispositivo de Via Aérea Avançada (ex: Máscara Laríngea ou Reintubação Orotraqueal)	- Chamar de imediato o médico; - Permeabilizar a via aérea (extensão da cabeça, colocação de Tubo de Guedel); - Aspirar Secreções, caso seja necessário; - Utilizar o Insuflador Manual com FiO2 a 100% para a Ventilação Assistida; - Usar o Algoritmo de SAV para a via aérea, 10 ciclos por minutos (1 insuflação a cada 6 segundos); - Vigiar e Registrar Parâmetros Vitais; - Realizar controlo Gasimétrico;

	- Registrar ocorrência e modalidade ventilatória utilizada, no processo do doente; - Caso seja decidida reintubação, preparar material e assistir o médico na realização de nova Entubação Orotraqueal (EOT).
--	---

9. INDICADORES

9.1 Número de doentes com TOT/ (dividir pelo nº ENP) X 100 (objetivo – prevenir eventos adversos, ou seja, ENP); tentar saber quantos eventos adversos e se estão a reduzir

9.2 Taxa de avaliação da conformidade do procedimento setorial “Prevenção da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente”

$$\frac{\text{Nº de respostas Sim}}{\text{Nº de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{Índice de Qualidade (IQ) de } _____\%$$

9.3 Taxa de avaliação da conformidade do procedimento setorial “Gestão da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente”

$$\frac{\text{Nº de respostas Sim}}{\text{Nº de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{Índice de Qualidade (IQ) de } _____\%$$

10. ANEXOS

Anexo I- Folha de Auditoria ao procedimento setorial Cuidados de Enfermagem: Prevenção da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente;

Anexo II- Folha de Auditoria ao procedimento setorial Cuidados de Enfermagem: Gestão da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente.

APÊNDICE VI- Apresentação da Sessão Formativa



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COCINHA
UNIVERSIDADE DE COCINHA
UNIVERSIDADE DE COCINHA
UNIVERSIDADE DE COCINHA
UNIVERSIDADE DE COCINHA

Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na Pessoa Entubada Orotraquealmente em UCI

Local:
UCI

Preletor:
Enfª Maria João Rocha

Data:
24 de Janeiro 2023

Orientadores:
- Enfª [Redacted]
- Prof. Dulce Santiago

OBJETIVOS



Objetivo Geral

- ✓ Promover a melhoria dos cuidados de Enfermagem na Prevenção/ Gestão da ENP;
- ✓ Uniformizar os cuidados de Enfermagem na prevenção/ Gestão da ENP.

Objetivos Específicos

- ✓ Descrever o conceito de ENP (acidental e autoextubação);
- ✓ Identificar as complicações/ fatores de riscos associadas à ENP;
- ✓ Descrever os cuidados de enfermagem presentes na proposta de norma.

EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA (ENP) / EVENTO ADVERSO



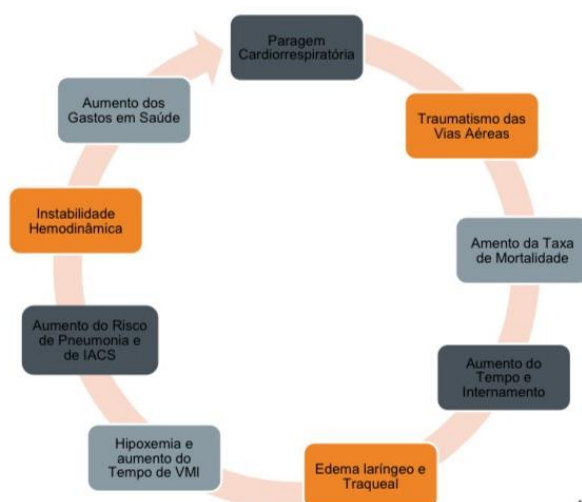
A definição de ENP é traduzida pela remoção precoce do tubo orotraqueal (TOT) resultante da prestação de cuidados à PSC (**extubação acidental**) ou por ação do doente submetido a ventilação mecânica invasiva (**autoextubação**)^{1, 2, 3, 4}.

A PSC internada numa UCI é submetida a inúmeras técnicas e procedimentos invasivos com o recurso a vários tipos de equipamentos e tecnologias, o que faz da UCI um local favorável à ocorrência de **eventos adversos**, entre eles, a ENP.^{5, 7}

A ENP é um dos eventos adversos com alta taxa de incidência na PSC sob VMI e constitui uma emergência médica, uma vez que, coloca em risco a vida da pessoa e a reintubação é frequentemente necessária. É, assim, um indicador de qualidade da prestação de cuidados à PSC e pode muitas vezes ser evitada.^{2, 3, 6}

3

COMPLICAÇÕES DA ENP



[12]

4



5

FATORES DE RISCO DA ENP

Sedação	↑GCS	↑RASS	Sedação Inadequada	Comunicação com o doente
Dor/ Delirium	Dor presente	Delirium presente	Falta de Contenção mecânica	Falta de avaliação das escalas
Fixação do TOT	Frac Fixação do TOT	Manutenção Diária	Atrapalha a higiene oral	Material Inadequado
Recursos Humanos	Rácio Enfº/doente	↑Carga de Trabalho	↓Vigilância	↓Turno da Noite-Supervisão

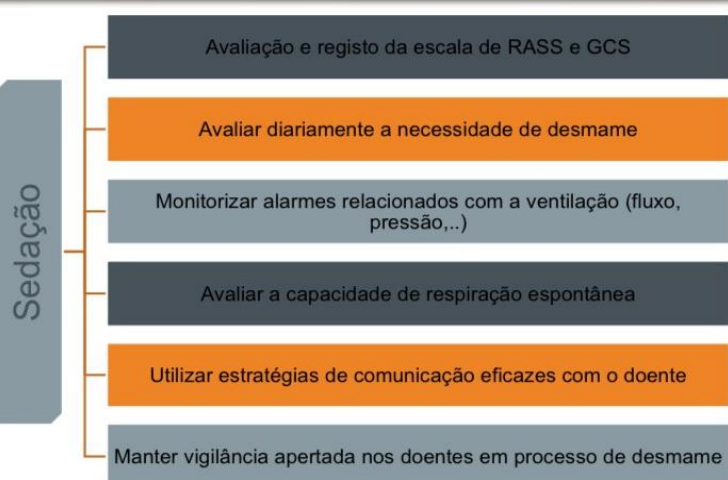
[8]

6



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ENP

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ENP



[11;12]

8

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ENP

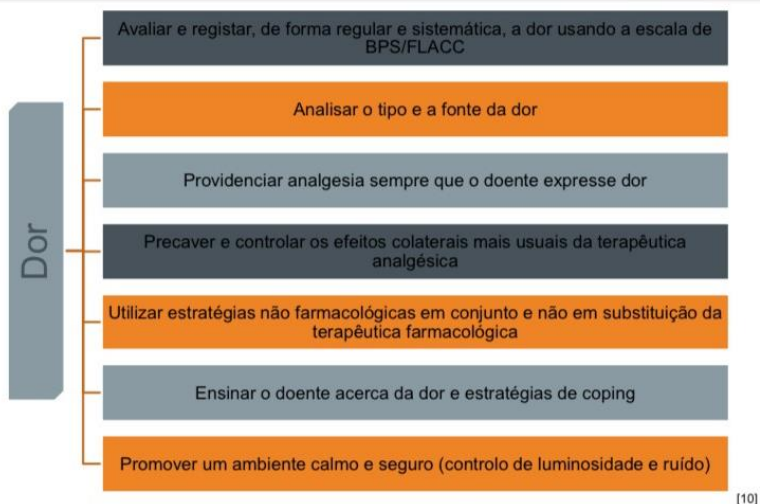


Imagem 9



Imagem 10

9

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ENP

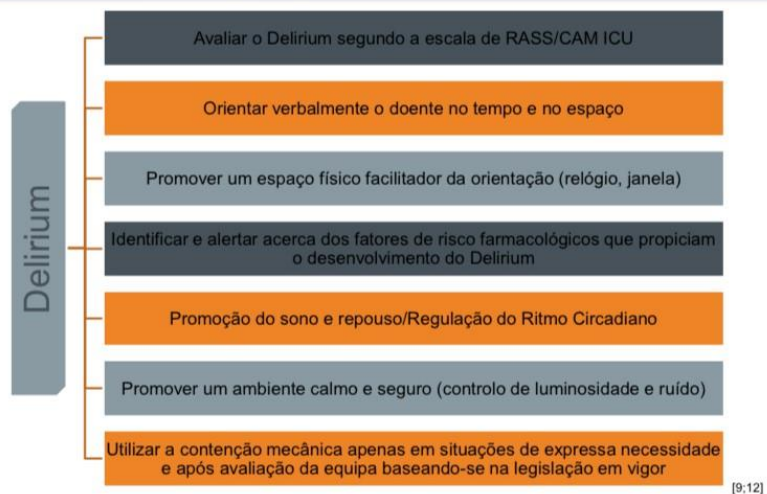


Imagem 7



Imagem 8

10

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ENP

Fixação do TOT

- Monitorização do cuff (manter entre os 20-30cmH₂O)
- Monitorizar e registar nível da comissura labial
- Evitar Tracionar o TOT pelo circuito durante os posicionamentos e a higiene
- Vigiar assimetrias torácicas e/ou alterações do padrão respiratório (capnografia)
- Avaliar permeabilidade do TOT aquando a aspiração de secreções
- Utilizar a técnica e o material preconizado para a fixação do TOT e sempre que visivelmente não cumpra o propósito



Imagem 5



Imagem 6

[5,7,12]

11

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ENP

Recursos Humanos

- Dotações Seguras de Enfermagem
- Promover a formação contínua da equipa de Enfermagem
- Incentivar a partilha de experiências
- Aumento da Taxa de ENP no turno da noite
- Estabelecer relação terapêutica eficaz com o doente
- Registar a ocorrência e o tipo de ENP



Imagem 13

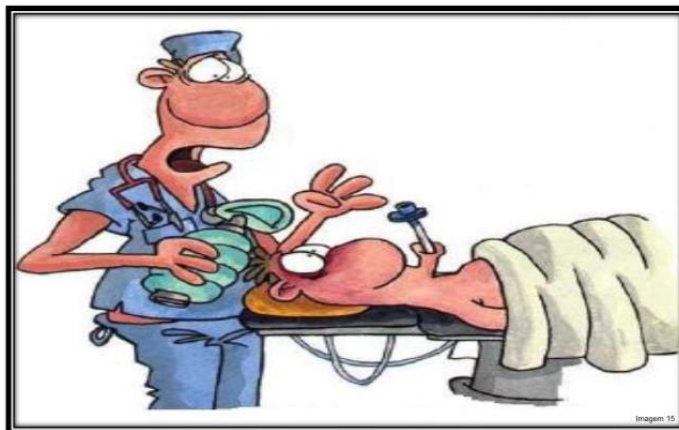


Imagem 14

[7]

12

O DOENTE AUTOEXTUBOU-SE E AGORA??



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA ENP

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA ENP



15

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA ENP



[13]

16

CONCLUSÃO

- ✓ As complicações associadas à ENP podem ter desfechos graves para o doente tais como o aumento da incidência de **infecções** durante o internamento ou, até mesmo levar à **morte**;
- ✓ Devemos estar atentos aos **fatores de risco** associados à ENP durante a prestação de cuidados à PSC para os podermos prevenir antecipadamente;
- ✓ A existência de um protocolo de manutenção do **TOT**, utilizado por toda a equipa pode ser um fator protetor na ocorrência da ENP;
- ✓ A prevenção do **Delirium** é o método mais eficaz de reduzir a sua incidência e por isso, a utilização de estratégias não farmacológicas na manutenção do mesmo é de extrema importância;
- ✓ Sendo a **dor** considerada o 5º sinal vital, a identificação e o tratamento da mesma são os pilares principais no conforto da PSC, estando o doente confortável o risco de ENP diminui;

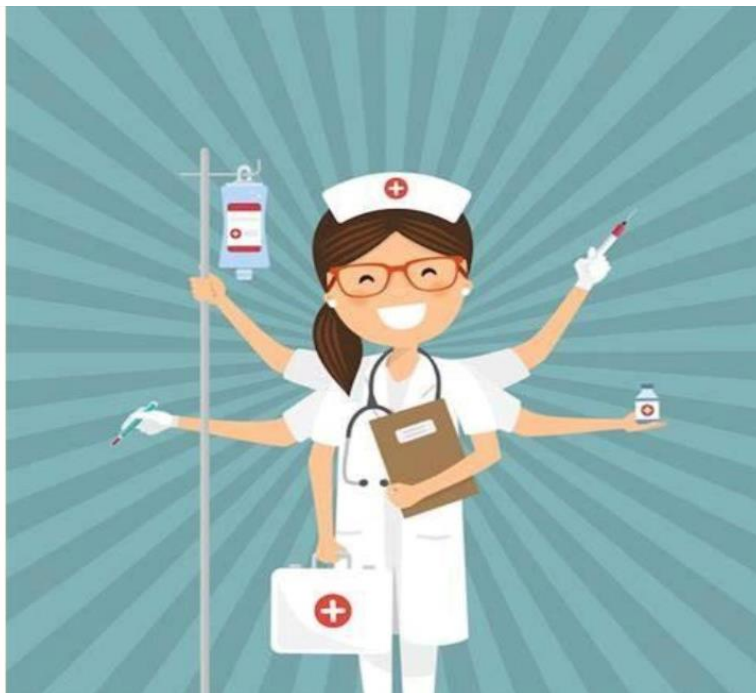
17

CONCLUSÃO

- ✓ Doente em desmame de **sedação** é a principal causa da ocorrência da ENP, é de extrema importância que estes doentes tenham uma vigilância mais apertada;
- ✓ Promover a formação contínua da **equipa de enfermagem** aumenta a consciencialização para o tema da ENP e a importância da prevenção da mesma, na saúde da PSC e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- ✓ A **gestão** célere e eficaz da ENP evita desfechos graves para a PSC;
- ✓ A utilização de **VNI** ou **Alto Fluxo** após ENP pode prevenir ou retardar a reintubação e assim melhorar o prognóstico da PSC;
- ✓ Na ocorrência da ENP e perante um doente **sem estímulo respiratório** eficaz utilizar o procedimento de resgate da via aérea/ventilação preconizado pelo INEM em técnica de **Suporte Avançado de Vida**.

18

OBRIGADO PELA
ATENÇÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ribeiro, G., Silva, R. & Ferreira, M. (2016). Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 915-923. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690505>
- 2- Kohne, K.M. & Hardcastle, T. (2018) Unplanned extubations in a level one trauma ICU. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 24(4), 103-108. <https://doi.org/10.1080/22201181.2018.1480192>
- 3- Zhang, P. & Liu, L. (2021) Design of assessment tool for unplanned endotracheal extubation of artificial airway patients. *Nursing Open* 8(4), 1696-1703. <https://doi.org/10.1002/nop2.807>
- 4- Ai, Z., Gao, X. & Zhao, X. (2018) Factors associated with unplanned extubation in the Intensive Care Unit for adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.008>
- 5- Lucchini, A., Bambi, S., Galazzi, A., Elli, S., Negrini, C., Vaccino, S., Triantafillidis, S., Biancardi, A., Cozzari, M., Fumagalli, R., Foti, G. (2018) Unplanned extubations in general intensive care unit: A nine-year retrospective analysis. *Acta Biomed*, 89(7-S), 25-31. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-s.7815>
- 6- Lin, P., Chen, C., Chiu, H., Tai, H., Lee, D. & Lai, R. (2019) Outcomes of unplanned extubation in ordinary ward are similar to those in intensive care unit A STROBE-compliant case-control study. *Medicine*, 98(11), e14841. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014841>
- 7- Torres, G.M., Nascimento, E.R.P., Hermida, P.M.V., Malfussi, L.B.H. & Galetto, S.G.S. (2017) Care for Unplanned Extubation Prevention: Analysis of the Validity or an Instrument's Content. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20180998. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0998>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 8- Lin, Y. P., Wu, M. (2019) The PEST Model: A Quality Improvement Project to Reduce Self-extubation in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(4), 221-227. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000364>
- 9- Eberle C.C., dos Santos A.A., de Macedo Júnior L.J.J. & Martins J.B. (2019) O Manejo Não Farmacológico do Delirium Sob a Ótica de Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 11(5), 1242-1249. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
- 10- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor, Guia Orientador de Boa Prática. ISBN: 978-972-99646-9-5
- 11- Mata, C., Fernandes, M.F., Monteiro, M.F., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L., (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 7-17. <https://doi.org/10.37914/nis.v4i1.118>
- 12- Berkow, L. & Kanowitz, A. (2020) Unplanned Extubation: A Common and Costly Complication of Airway Management. *Patient Safety* 22-30 <https://doi.org/10.33940/med/2020.3.2>
- 13- Manual de Suporte Avançado de Vida (2020) Departamento de Formação em Emergência Médica Versão 2.0 – 1ª Edição 2020 [Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf \(inem.pt\)](https://www.inem.pt/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf)
- 14- Minda, Z., Samuel, H., Aweke, S., Mekete, G., Seid, A. & Eshetie, D. (2022) Magnitude and associated factors of unplanned extubation in intensive care unit: A multi-center prospective observational study. *Annals of Medicine and Surgery* 79-103936 <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103936>

21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 15- Kwon, E. & Choi, K. (2017) Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation. *Asian Nursing Research*, 11(1), 74-78. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.03.004>
- 16- Aydoğan, S. & Kaya, N. (2017) The Assessment of the Risk of Unplanned Extubation in an Adult Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 36(1), 14-21. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000216>
- 17- Mahmood, S.A., Mahmood, O.S., El-Menyar, A.A., Assim, M.M., Abdelbari A.A., Chughtai T.S. & Al-Thani, H.A. (2019) Self-Extubation in Patients with Traumatic Head Injury: Determinants, Complications, and Outcomes. *Anesthesia Essays and Researches*, 13(3), 589-595. https://doi.org/10.4103/aer.aer_92_19
- 18- Cosentino, C., Fama, M., Foà, C., Bromuri, G., Giannini, S., Saraceno, M., Spagnoletta, A., Tenkue, M., Trevisi, E., & Sarli, L. (2017). Unplanned extubations in Intensive Care Unit: evidences for risk factors. A literature review. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 88, 55 - 65. <https://doi.org/10.23750/abm.v88i5-S.6869>
- 19- Danielis, M., Chiaruttini, S. & Palese, A. (2018) Unplanned extubations in an intensive care unit: Findings from a critical incident technique. *Intensive and Critical Care Nursing* 47, 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.012>

22

REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

- Imagem 1- <https://neilpatel.com/br/blog/objetivos-smart/>
- Imagem 2- <https://pt.dreamstime.com/ilustra%C3%A7%C3%A3o-stock-intuba%C3%A7%C3%A3o-da-traqueia-ventila%C3%A7%C3%A3o-artificial-dos-pulm%C3%B5es-image97852784>
- Imagem 3- Ventilação mecânica – ANGOMED NEWS
- Imagem 4- <https://fisiointensiva.com.br/loja/produto/58/programa-multiprofissional-em-ventilacao-mecanica>
- Imagem 5- <http://raylanafisioterapeuta.blogspot.com/2012/02/monte-seu-cuffometro-manual.html>
- Imagem 6- <https://www.hollister.com.br/pt-br/products/critical-care-products/tube-securement/endotracheal-tube-fasteners/anchorfast-oral-endotracheal-tube-fastener>
- Imagem 7- <https://www.hospitaldofuturo.today/delirium-afeta-1-em-4-doentes-idosos-hospitalizados/>
- Imagem 8- <https://www.statnews.com/2020/11/19/delirium-could-signal-covid19-infection-in-older-adults/>
- Imagem 9- <https://victorbarboza.com.br/o-que-e-dor-nocipalastica/>
- Imagem 10- <https://www.clinicasportif.com.br/o-que-significa-a-dor/>
- Imagem 11- <https://www.medicinamitoseverdades.com.br/blog/os-riscos-da-sedacao>
- Imagem 12- <https://prezi.com/p/qnxvua6blg-l/Tipos-de-comunicacao-na-enfermagem/>
- Imagem 13- <https://blog.portaleducacao.com.br/comunicacao-em-saude-a-importancia-na-gestao-do-pessoal-de-enfermagem/>
- Imagem 14- <http://biblioteca.cofen.gov.br/integralidade-do-cuidado-na-formacao-do-enfermeiro-visoes-e-vivencias-do-academico-de-enfermagem/>
- Imagem 15- <https://www.docsiy.com/pt/manual-anestesia-bloco-operatorio/6011981/>
- Imagem 16- <https://www.hamilton-medical.com/fr/Products/Consumables/NIV-masks.html>
- Imagem 17- <https://teprel.pt/produto/fisherpaykel-aivo-2/#product-gallery-63ca2cef8783-2>
- Imagem 18- <https://meinartzbedarf.com/pt-pt/shop/ventilacao-e-intubacao/saco-respiratorio/saco-cama-ventilador-ambu-markiv-adulto/>
- Imagem 19- <https://utilmedica.pt/mascara-laringes-crystal-n-4-descartavel.html>
- Imagem 20- ENFERMEIRA COM MÚLTIPLOS BRAÇOS CARTOON – Bing

23

APÊNDICE VII- Gráficos de Avaliação da Sessão Formativa

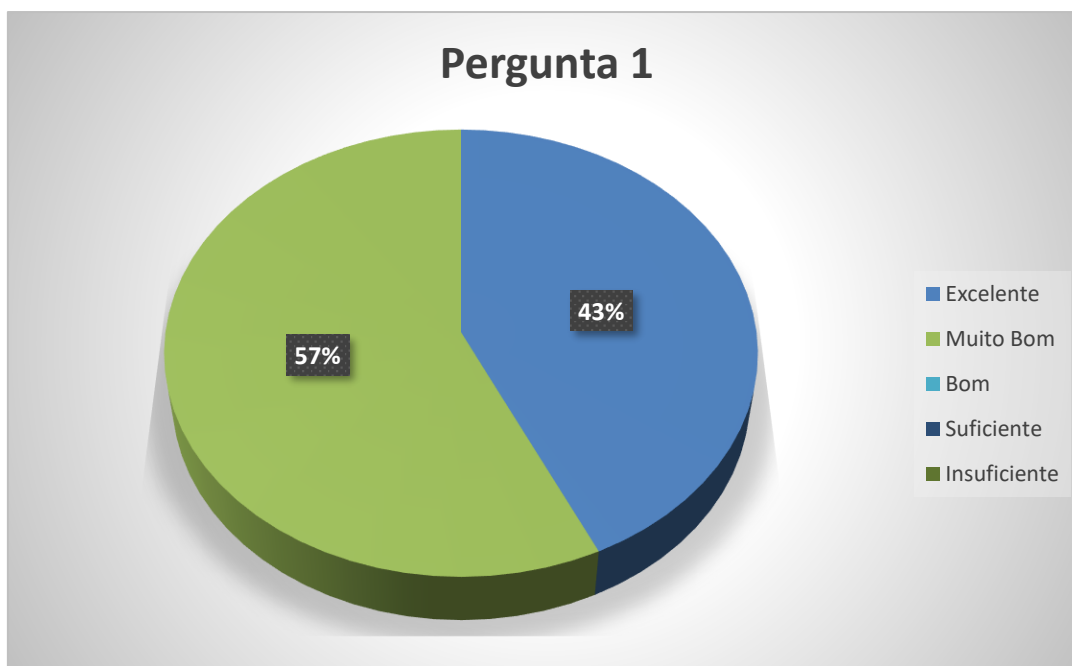


Gráfico 1 – Pergunta 1: A adequação da formação às suas necessidades e expectativas.
Fonte: Elaboração própria.

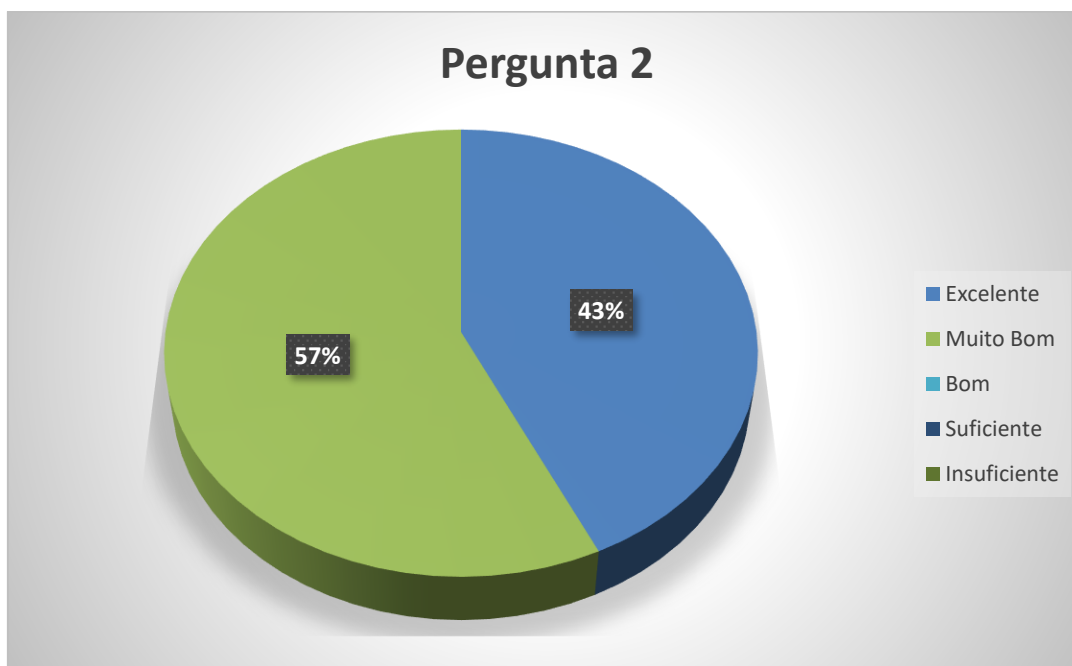


Gráfico 2 – Pergunta 2: A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse).
Fonte: Elaboração própria.

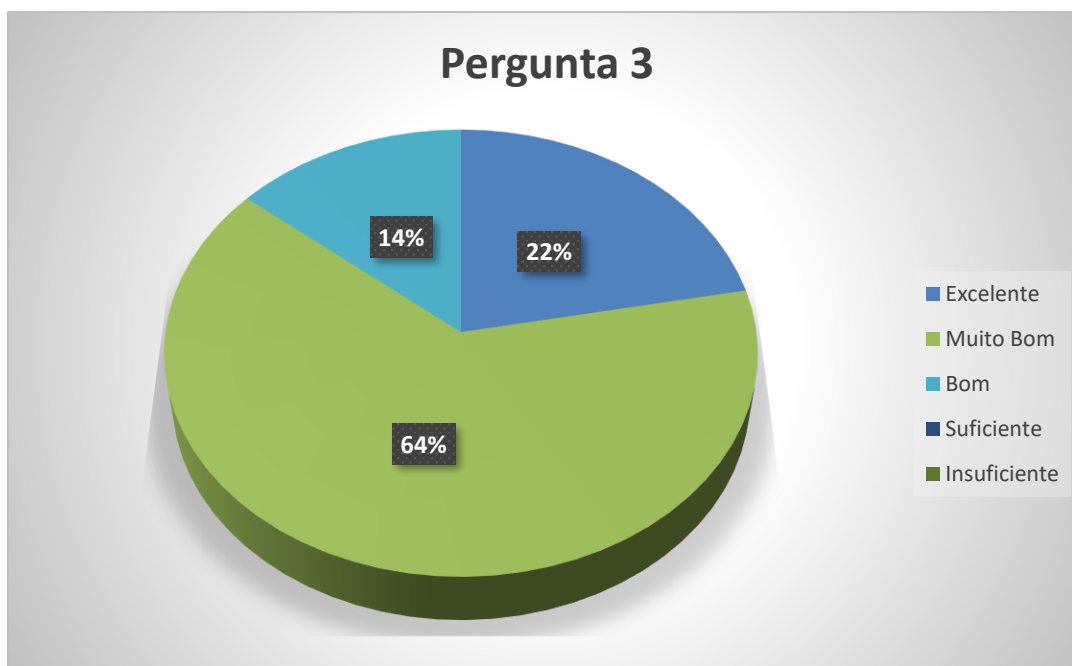


Gráfico 3 – Pergunta 3: As condições da sala. **Fonte:** Elaboração própria.

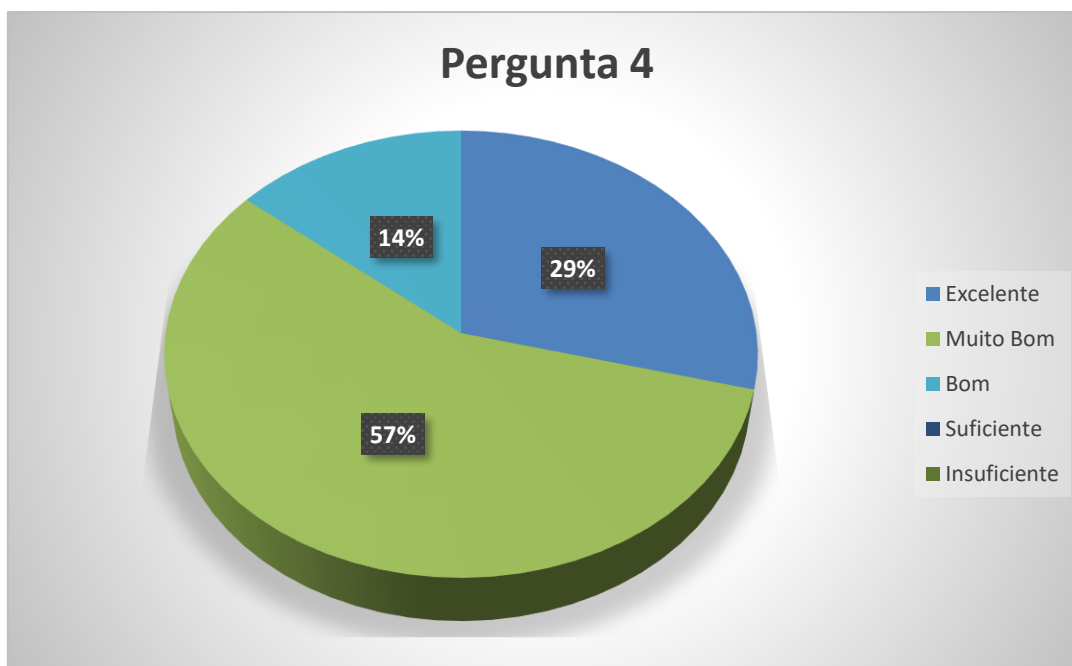


Gráfico 4 – Pergunta 4: A qualidade do apoio técnico e administrativo. **Fonte:** Elaboração própria.

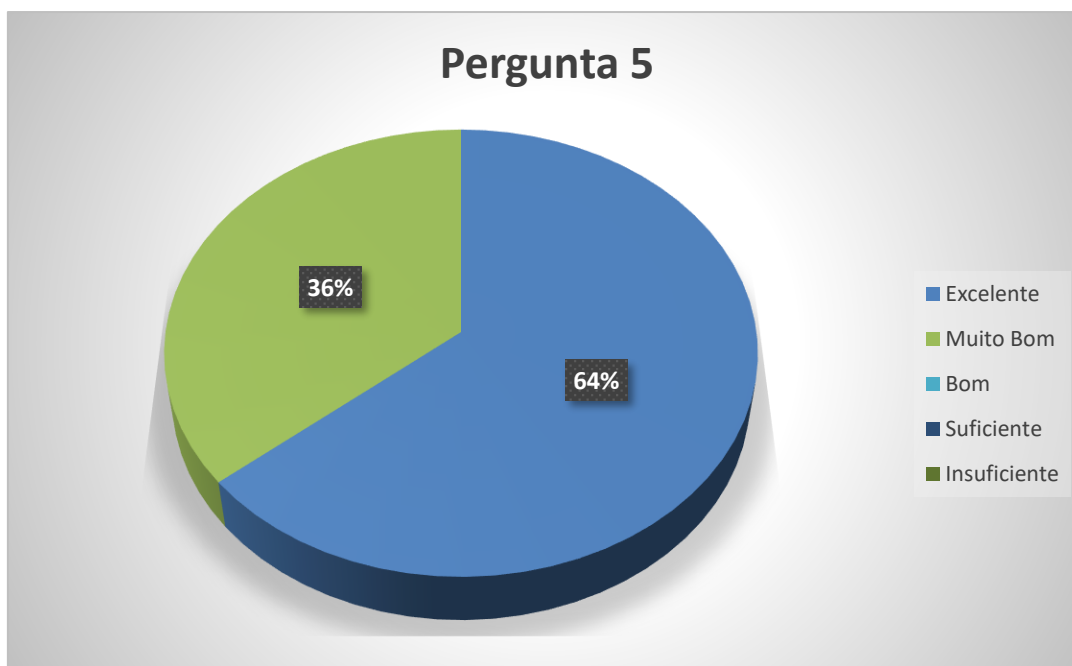


Gráfico 5 – Pergunta 5: À possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho. **Fonte:** Elaboração própria.

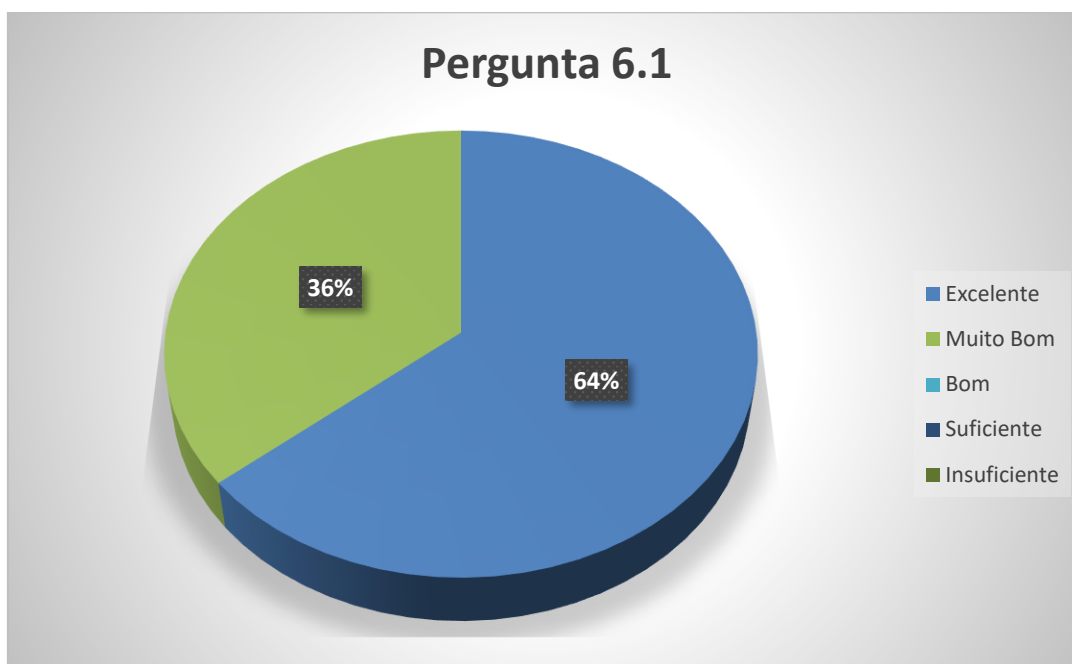


Gráfico 6 – Pergunta 6.1: Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas? **Fonte:** Elaboração própria.

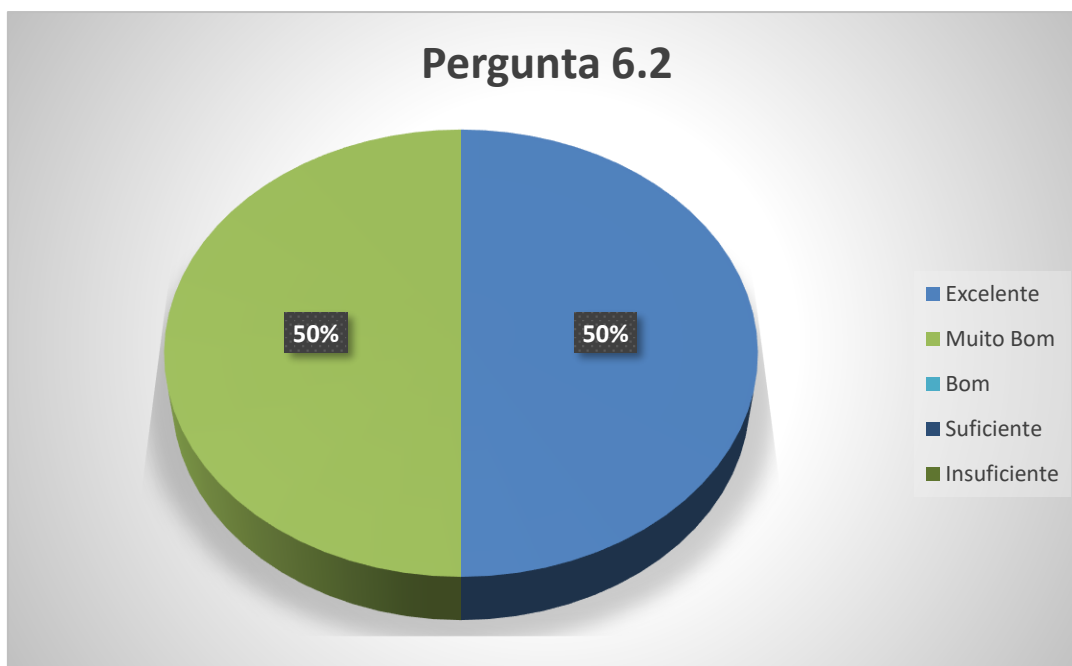


Gráfico 7 – Pergunta 6.2: Metodologia de transmissão de conhecimentos?

Fonte: Elaboração própria.

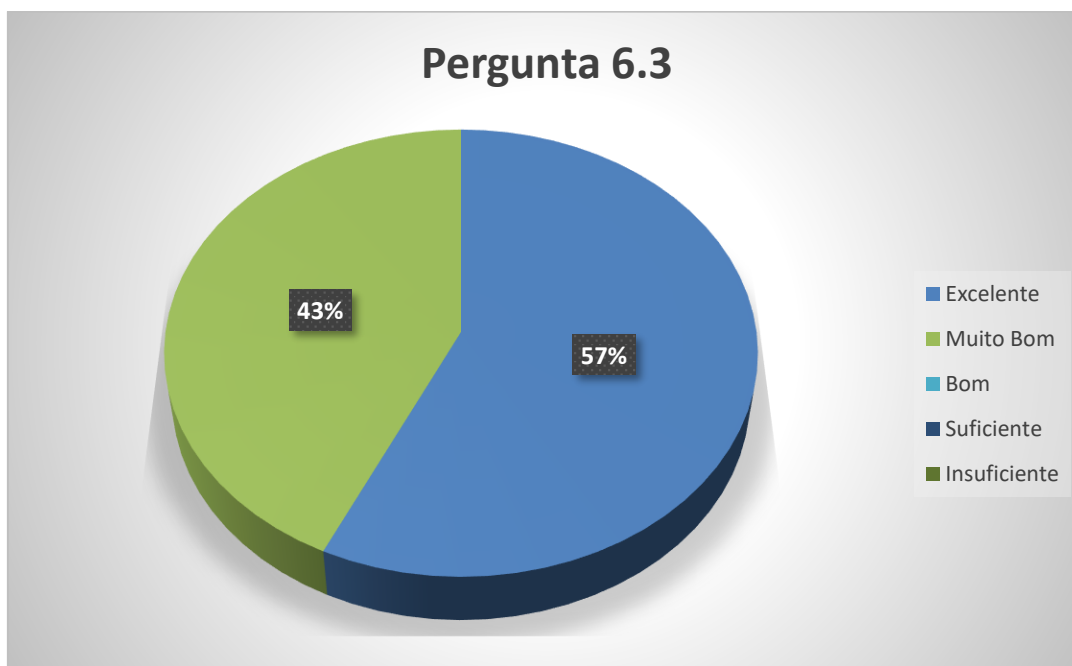


Gráfico 8 – Pergunta 6.3: Utilização e domínio dos recursos didáticos?

Fonte: Elaboração própria.

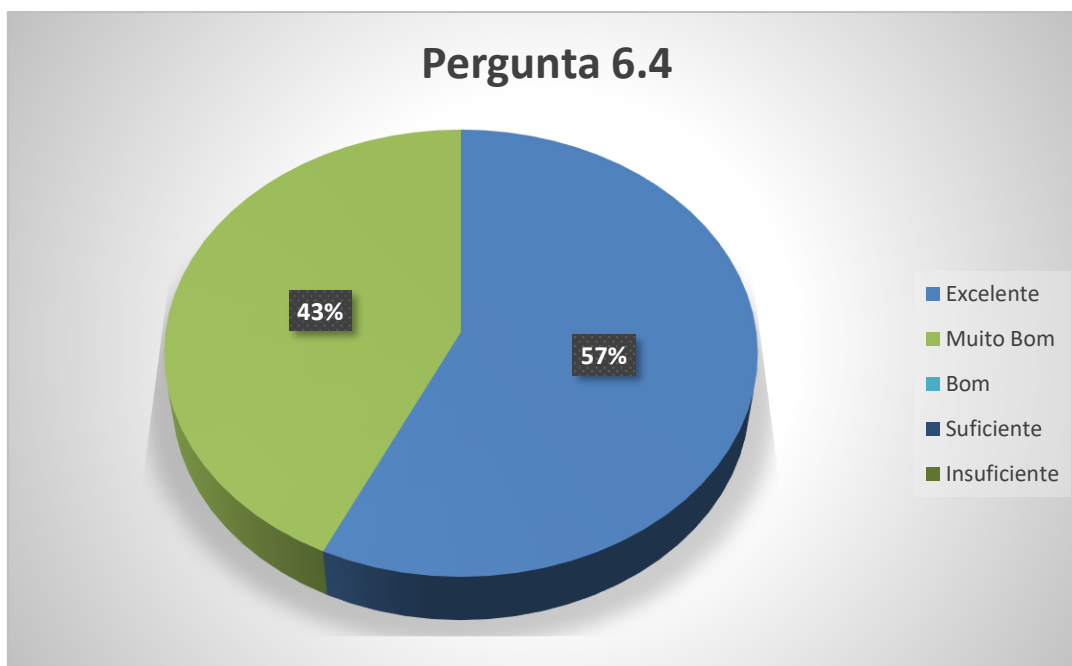


Gráfico 9 – Pergunta 6.4: Documentação disponibilizada? **Fonte:** Elaboração própria.

APÊNDICE VIII- Instrumento de auditoria clínica para a proposta de norma sobre a Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na pessoa entubada orotraquealmente.

	PROCEDIMENTO GERAL	
	PREVENÇÃO E GESTÃO DA EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA (ENP) NA PESSOA ENTUBADA OROTRAQUEALMENTE (Proposta de Norma)	

Anexo I- Folha de Auditoria ao procedimento setorial Cuidados de Enfermagem: Prevenção da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente;

AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DO PROCEDIMENTO SETORIAL: Cuidados de Enfermagem: Prevenção da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente		SERVIÇO UCI		
Processo nº _____ Data ____/____/____ Enfermeiro Auditor _____				
Critérios		Sim	Não	Não Aplicável
Prevenção da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente				
A	Divulgação/Conhecimento do Procedimento:			
A1	O procedimento está disponível no serviço			
A2	O procedimento foi apresentado e discutido na equipa de enfermagem			
A3	Os enfermeiros são sensibilizados para a prevenção da ENP na pessoa Entubada Orotraquealmente através de momentos de reflexão na equipa.			
SEDAÇÃO				
B	Na manutenção da sedação na PSC Entubada Orotraquealmente o enfermeiro:			
B1	Avalia e regista a escala de RASS e GCS			
B2	Avalia diariamente a necessidade de desmame			
B3	Monitoriza alarmes relacionados com a ventilação (fluxo, pressão, volume)			
B4	Avalia a capacidade de respiração espontânea da PSC			
B5	Utiliza estratégias de comunicação eficazes com o doente			
B6	Mantem vigilância apertada nos doentes em processo de desmame			
DOR				
C	Na prevenção e controlo da dor na PSC Entubada Orotraquealmente o enfermeiro:			
C1	Avalia e regista, de forma regular e sistemática, a dor usando a escala de BPS/FLACC			
C2	Analisa o tipo e a fonte da dor			
C3	Providencia analgesia sempre que o doente refere dor			
C4	Precave e controla os efeitos colaterais mais usuais da terapêutica analgésica			
C5	Utiliza estratégias não farmacológicas em conjunto e não em substituição da terapêutica farmacológica			
C6	Ensina o doente acerca da dor e estratégias de coping			
C7	Promove um ambiente calmo e seguro (controlo de luminosidade e ruído)			
DELIRIUM				
D	Na prevenção e tratamento do Delirium na PSC Entubada Orotraquealmente o enfermeiro:			
D1	Avalia o Delirium segundo a escala de RASS/CAM ICU			
D2	Orienta verbalmente o doente no tempo e no espaço			
D3	Promove um espaço físico facilitador da orientação (relógio, janela)			
D4	Identifica e alerta acerca dos fatores de risco farmacológicos que propiciam o desenvolvimento do Delirium			
D5	Promove o sono e a regulação do Ritmo Circadiano			
D6	Promove um ambiente calmo e seguro (controlo de luminosidade e ruído)			
D7	Utiliza a contenção mecânica apenas em situações de expressa necessidade e após avaliação da equipa baseando-se na legislação em vigor			
FIXAÇÃO DO TOT				
E	Na prestação de cuidados à PSC Entubada Orotraquealmente, aquando a fixação do TOT o enfermeiro:			
E1	Procede à monitorização do cuff (mantendo entre os 20-30cmH2O)			
E2	Monitoriza e regista nível da comissura labial			
E3	Evita tracionar o TOT pelo circuito durante os posicionamentos e a higiene			
E4	Vigia assimetrias torácicas e/ou alterações do padrão respiratório			

	PROCEDIMENTO GERAL	
	PREVENÇÃO E GESTÃO DA EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA (ENP) NA PESSOA ENTUBADA OROTRAQUEALMENTE (Proposta de Norma)	

E5	Avalia a permeabilidade do TOT aquando a aspiração de secreções			
E6	Utiliza a técnica e o material preconizado para a fixação do TOT e sempre que visivelmente não cumpra o propósito			
RECURSOS HUMANOS				
F	Na equipa de enfermagem prestadora de cuidados à PSC Entubada Orotraquealmente:			
F1	São cumpridas as dotações Seguras de Enfermagem			
F2	É promovida a formação contínua da equipa de Enfermagem			
F3	É incentivada a partilha de experiências			
G	Nos registos do Bsimple constam as seguintes intervenções			
G1	Aspirar secreções			
G2	Avaliar Limpeza das vias aéreas			
G3	Elevar cabeceira da cama			
G4	Optimizar tubo traqueal			
G5	Monitorizar pressão do dispositivo (cuff)			
G6	Monitorizar dor			
G7	Avaliar RASS			
TOTAL				
Observações:				

	PROCEDIMENTO GERAL	
	PREVENÇÃO E GESTÃO DA EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA (ENP) NA PESSOA ENTUBADA OROTRAQUEALMENTE (Proposta de Norma)	

Anexo II- Folha de Auditoria ao procedimento setorial Cuidados de Enfermagem: Gestão da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente.

AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DO PROCEDIMENTO SETORIAL: Cuidados de Enfermagem: Gestão da ENP na Pessoa Entubada Orotraquealmente		SERVIÇO UCI		
Processo nº _____		Data ____/____/____		Enfermeiro Auditor _____
Critérios		Sim	Não	Não Aplicável
Gestão da ENP na pessoa Entubada Orotraquealmente				
A	Divulgação/Conhecimento do Procedimento:			
A1	O procedimento está disponível no serviço			
A2	O procedimento foi apresentado e discutido na equipa de enfermagem			
A3	Os enfermeiros são sensibilizados para a prevenção da ENP na pessoa Entubada Orotraquealmente através de momentos de reflexão na equipa.			
PSC COM ESTÍMULO RESPIRATÓRIO EFICAZ				
B	Aquando a Ocorrência da ENP e perante a PSC com Estimulo Respiratório Eficaz, o enfermeiro:			
B1	Chamou de imediato o médico			
B2	Providenciou oxigenioterapia (ex: MAD)			
B3	Suspendeu a Sedação			
B4	Elevou a cabeceira a 30º			
B5	Aspirou Secreções (caso existam)			
B6	Vigiu e Registou Parâmetros Vitais			
B7	Controlou SpO2 e vigiou SDR			
B8	Em caso de colocação de VNI/ Alto Fluxo, utilizou a interface de tamanho adequado para promover o conforto do doente e diminuir as fugas de ar			
PSC SEM ESTÍMULO RESPIRATÓRIO EFICAZ				
C	Aquando a Ocorrência da ENP e perante a PSC sem Estimulo Respiratório Eficaz, o enfermeiro:			
C1	Chamou de imediato o médico			
C2	Permeabilizou a via aérea (extensão da cabeça, colocação de Tubo de Guedel)			
C3	Aspirou Secreções (caso existam)			
C4	Utilizou o Insuflador Manual com FIO2 a 100% para a ventilação assistida			
C5	Realizou Insuflações segundo o algoritmo do SAV para a via aérea (10 ciclos por minuto -1 insuflação a cada 6 segundos)			
C6	Vigiu e Registou Parâmetros Vitais			
C7	No caso de reintubação, preparou o material e assistiu o médico na realização da técnica			
D	Nos registos do Bsimple constam as seguintes informações			
D1	Tipo de ENP ocorrida (Autoextubação ou Extubação acidental)			
D2	Data e Hora da Ocorrência			
D3	Modalidade Ventilatória utilizada após a ENP (VNI, Alto Fluxo, PS)			
D4	Reintubação caso ocorra (tamanho e nível do TOT)			
TOTAL				
Observações:				

ANEXOS

ANEXO I- Divulgação da Sessão Formativa

DIVULGAÇÃO, PUBLICITAÇÃO E PROGRAMA DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

ACADEMIA DE FORMAÇÃO

Ação de formação: Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na Pessoa Entubada Orotraquealmente

Serviços promotores

1- Unidade de cuidados Intensivos 2- _____
 3- _____ 4- _____

Caracterização e pré-requisitos dos formandos:

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos

Participantes: Número mínimo: 2 Número máximo: 30Data de início: 24 / 01 / 2023 Data de fim: 24 / 01 / 2023 Horário: 15-16hDuração prevista (em horas): 1 Tipo de horário: ☒ Laboral (8h00-17h00) ☐ Pós-laboral (17h00-22h00) ☐ Misto

Regime de formação: ☐ À distância ou e-learning ☐ Em regime misto/blended learning
☐ No posto de trabalho/em exercício ☒ Presencial

Local de realização: ☐ Auditório ACAF ☒ Sala de Formação ACAF ☐ Biblioteca ACAF
☐ Sala de Formação do serviço ☐ Outro: _____

Outras informações: Inscrições até: 23 / 01 / 2023A certificação só pode ser considerada com assiduidade mínima de: 100%

FORMADORES

1 – Nome: Maria João Rocha (aluna de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica) N.º Mecanográfico: _____
 2 – Nome: _____ N.º Mecanográfico: _____
 3 – Nome: _____ N.º Mecanográfico: _____
 4 – Nome: _____ N.º Mecanográfico: _____
 5 – Nome: _____ N.º Mecanográfico: _____
 6 – Nome: _____ N.º Mecanográfico: _____

VALIDAÇÃO PELO COORDENADOR PEDAGÓGICO DA ACADEMIA DE FORMAÇÃO

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	
(No final da ação de formação, os formandos devem ser capazes de:)	
Objetivos gerais: Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na Prevenção/Gestão da Extubação Não Planeada	
Objetivos específicos: Uniformizar os cuidados de Enfermagem na Prevenção/ Gestão da Extubação Não Planeada	
Descrever o conceito de ENP (acidental e autoextubação); Identificar as complicações/fatores de risco associados à Extubação Não Planeada	
Descrever os cuidados de enfermagem presentes na proposta de norma	
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	
1 - ENP/ Evento Adverso	
2 - Complicações da Extubação Não Planeada	
3 - Fatores de risco da Extubação Não Planeada (Fixação do tubo orotraqueal, Dor, Delirium, Sedação e Recursos Humanos	
4 - Cuidados de enfermagem na prevenção e gestão da Extubação Não Planeada	
5 -	
6 -	
7 -	
8 -	
9 -	
10 -	
11 -	
12 -	
13 -	
14 -	
15 -	
CRITÉRIOS E METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO	
Nível 1 (Satisfação /Reação)	Obrigatório em todas as ações de formação através da utilização dos impressos: "Avaliação da formação pelo formando (nível 1 – satisfação/reação)" e "Avaliação da formação pelo formador (nível 1 – satisfação/reação)"
Nível 2 (Aprendizagem)	☐ Aplicável ☒ Não aplicável Se aplicável, como irá ser realizada a avaliação da aprendizagem? _____
Nível 3 (Comportamentos /transferência)	☐ Aplicável ☒ Não aplicável Se aplicável, aplicar o impresso "Avaliação da eficácia/impacto da formação (nível 3 – transferência)"
Nível 4 (Resultados)	☐ Aplicável ☒ Não aplicável Se aplicável, indicar os Indicadores de processo, de resultado e/ou epidemiológicos a monitorizar para avaliar o impacto da ação de formação: _____
RECURSOS PEDAGÓGICOS, ESPAÇO E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS	
☒ Computador ☐ Écran tripé ☐ Flipchart + canetas ☐ Microfones de mão sem fio ☐ Microfones de lapela ☐ Microfones fixos de mesa ☐ Microfone fixo do púlpito ☒ Projetor multimédia ☐ Som para computador	

ANEXO II- Questionário de Avaliação da Sessão Formativa

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO PELO FORMANDO (NÍVEL 1 – SATISFAÇÃO/REAÇÃO)
ACADEMIA DE FORMAÇÃO

Ação de formação: _____

Data de início: ____ / ____ / ____ Nome do formando: _____

Na procura da qualidade e melhoria contínua do processo formativo, propõe-se uma breve avaliação da sua satisfação em relação à ação de formação. Responda a todas as questões que se seguem. Utilize, por favor, a escala de 1 a 5, onde 1 significa pior resultado e 5 representa o melhor, para assinalar com uma cruz a sua opinião.

Em que medida está a sua satisfação com a ação de formação em relação...

	Muito insatisfeito			Muito satisfeito	
1. A adequação da formação às suas necessidades e expectativas	1	2	3	4	5
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)	1	2	3	4	5
3. As condições da sala	1	2	3	4	5
4. A qualidade do apoio técnico e administrativo	1	2	3	4	5
5. À possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho	1	2	3	4	5

6. Relativamente à prestação dos formadores:	Muito insatisfeito			Muito satisfeito	
6.1. Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?	1	2	3	4	5
6.2. Metodologia da transmissão de conhecimentos?	1	2	3	4	5
6.3. Utilização e domínio dos recursos didáticos?	1	2	3	4	5
6.4. Documentação disponibilizada?	1	2	3	4	5

Sugestões de melhoria para futuras ações de formação:

**ANEXO III- Certificado de Participação no Congresso Internacional Doente Crítico
2023**



ICE

14 abril 2023



INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

Auditório da Faculdade de Medicina
Dentária da Universidade de Lisboa

www.apemerg.pt

CERTIFICADO

Certifica-se que M^a João R.

participou como **Congressista no ICE 2023 (Internacional Congress on Emergency)**,

realizado no Auditório da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de

Lisboa, no dia 14 de abril de 2023.



ANEXO IV- Certificado de formação em Suporte Básico de Vida com DAE



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

Maria João ROCHA

17/01/1987

Obteve a qualificação de ERC
Basic Life Support (BLS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
instrutor líder



Data do último curso: 29/04/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-193-996445

ANEXO V- Certificado de Formação em Suporte Avançado de Vida



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

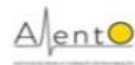
Maria João ROCHA

17/01/1987

Received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
Provider

In Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
course director



Date last course: 04/06/2022

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-533-906889

ANEXO VI- Certificado de Formação em Trauma



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Maria João Rodrigues Rocha, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
5/22/2022

course site
Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, 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: 16.00 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. ITLS0026)

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 348946-48517
International
Trauma Life Support

Maria João Rodrigues Rocha, RN

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date 5/22/2022 Expiration Date 05/2025

Course Number 48517

Course Location

Instituto Politécnico de
Setúbal, Setúbal, INTL
(International)



ANEXO VII- Certificado de formação em Triagem de Catástrofe



Academia de Formação

Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem
Núcleo de Formação e Investigação dos Técnicos Superiores de
Diagnóstico e Terapêuticas
Serviço de Formação Permanente
Processo de Acreditação n.º 082/21-06-2001
Despacho Ministerial de 25-07-2001
Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **MARIA JOÃO RODRIGUES ROCHA**, natural de **Lisboa**, nascido(a) em **17/01/1987**, titular do n.º de identificação **3**, válido até **3**, participou como **Formando**, na ação de formação: **TRIAGEM EM CATÁSTROFE**, promovida pelo(a) **Serviço de Urgência Geral**, que decorreu de **15/05/2019** a **15/05/2019**, com a duração de **1,5 hora(s)**.

Barreiro, 18 de janeiro de 2021

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado digitalmente por NUNO AUGUSTO
FERREIRA SIMÕES
Localização: Barreiro
O tempo: 22-1-2021 11:56:35

Nuno AF Simões
Enfermeiro Coordenador
Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem

Certificado n.º: 1976-2019 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010, de 8 de julho)

CHBM | ACAF

**ANEXO VIII- Certificado de Participação como formador na ação de formação
“Prevenção e Gestão da Extubação Não Planeada na Pessoa Entubada
Orotraquealmente”**

ACAF

Academia de Formação

Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem
Núcleo de Formação e Investigação dos Técnicos Superiores de
Diagnóstico e Terapêutica
Serviço de Formação Permanente
Processo de Acreditação n.º 082/21-06-2001
Despacho Ministerial de 25-07-2001
Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **MARIA JOÃO RODRIGUES ROCHA**, natural de **Lisboa**, nascido(a) em **17/01/1987**, titular do n.º de identificação **13265236**, válido até **21/12/2028**, participou como **Formador**, na ação de formação: **PREVENÇÃO E GESTÃO DA EXTUBAÇÃO NÃO PLANEADA NA PESSOA ENTUBADA OROTRAQUEALMENTE**, promovida pelo(a) **Unidade de Cuidados Intensivos**, que decorreu de **24/01/2023** a **24/01/2023**, com a duração de **1 hora(s)**.

Barreiro, 3 de fevereiro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado por: **NUNO AUGUSTO FERREIRA**

SIMÕES

Num. de Identificação: 12448462

Data: 2023.02.03 14:09:09+00'00'

Nuno AF Simões

Nuno AF Simões
Enfermeiro Coordenador

Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem

Certificado n.º: 127-2023 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010, de 8 de julho)

CHBM | ACAF

ANEXO IX- Certificado de Participação como formando na ação de formação sobre “Documentação dos Cuidados de Enfermagem – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem- Registos no Sclínico”

ACAF

Academia de Formação

Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem
Núcleo de Formação e Investigação dos Técnicos Superiores de
Diagnóstico e Terapêutica
Serviço de Formação Permanente
Processo de Acreditação n.º 062/21-06-2001
Despacho Ministerial de 25-07-2001
Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **MARIA JOÃO RODRIGUES ROCHA**, natural de , nascido(a) em , titular do n.º de identificação , válido até , participou como **Formando**, na ação de formação: **DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E REGISTOS NO SCLÍNICO**, promovida pelo(a) **Serviço de Urgência Geral**, que decorreu de **13-10-2022** a **13-10-2022**, com a duração de **2 hora(s)**.

Barreiro, 31 de janeiro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado por: **NUNO AUGUSTO FERREIRA SIMÕES**

Num. de Identificação: 12448462

Data: 2023.01.31 11:40:24+00'00'

Nuno AF Simões

Nuno AF Simões
Enfermeiro Coordenador
Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem

Certificado n.º: 3605-2022 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010, de 8 de julho)

CHBM | ACAF

**ANEXO X- Certificado de Participação como formando na ação de formação sobre os
“Cuidados de Enfermagem ao doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos
com Dor”**

ACAF

Academia de Formação

Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem
Núcleo de Formação e Investigação dos Técnicos Superiores de
Diagnóstico e Terapêutica
Serviço de Formação Permanente
Processo de Acreditação n.º 062/21-06-2001
Despacho Ministerial de 25-07-2001
Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **MARIA JOÃO RODRIGUES ROCHA**, natural de -, nascido(a) em -, titular do n.º de identificação -, válido até -, participou como **Formando**, na ação de formação: **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS COM DOR**, promovida pelo(a) **Unidade de Cuidados Intensivos**, que decorreu de **25-11-2022 a 25-11-2022**, com a duração de **1 hora(s)**.

Barreiro, 31 de janeiro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado por: **NUNO AUGUSTO FERREIRA SIMÕES**

Num. de Identificação: 12448462

Data: 2023.01.31 11:16:36+00'00'

Nuno AF Simões

Nuno AF Simões
Enfermeiro Coordenador

Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem

Certificado n.º: 3218-2022 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010, de 8 de julho)

CHBM | ACAF

ANEXO XI- Certificado de Participação como formando na ação de sobre a “Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas em Ambiente Laboral”

ACAF

Academia de Formação

Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem
Núcleo de Formação e Investigação dos Técnicos Superiores de
Diagnóstico e Terapêutica
Serviço de Formação Permanente
Processo de Acreditação n.º 092/29-06-2001
Despacho Ministerial de 25-07-2001
Entidade Acreditada pelo Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **MARIA JOÃO RODRIGUES ROCHA**, natural de -, nascido(a) em -, titular do n.º de identificação -, válido até -, participou como **Formando**, na ação de formação: **PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EM AMBIENTAL LABORAL**, promovida pelo(a) **Unidade de Cuidados Intensivos**, que decorreu de **25-11-2022 a 25-11-2022**, com a duração de **1 hora(s)**.

Barreiro, 31 de janeiro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado por: **NUNO AUGUSTO FERREIRA SIMÕES**
Num. de identificação: 12448462
Data: 2023.01.31 11:17:16+00'00'

Nuno AF Simões

Nuno AF Simões
Enfermeiro Coordenador
Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem

Certificado n.º: 3243-2022 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010, de 8 de julho)

CHBM | ACAF

ANEXO XII- Certificado de Participação como formando na ação de formação “Processo de Intervenção em Violência Interpessoal e Violência Doméstica”



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **MARIA JOÃO RODRIGUES ROCHA**, natural de **_-**, nascido(a) em **_-**, titular do n.º de identificação **_-**, válido até **_-**, participou como **Formando**, na ação de formação: **PROCESSO DE INTERVENÇÃO EM VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**, promovida pelo(a) **Direção de Enfermagem e Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem**, que decorreu de **02-11-2022** a **23-11-2022**, com a duração de **18 hora(s)**.

Barreiro, 31 de janeiro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora

Assinado por: **NUNO AUGUSTO FERREIRA SIMÕES**
Num. de Identificação: 12448462
Data: 2023.01.31 10:27:06+00'00'

Nuno AF Simões

Nuno AF Simões
Enfermeiro Coordenador
Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem

Certificado n.º: 2080-2022 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010, de 8 de julho)

CHBM | ACAF