



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência

Manuel Sabino Malacas

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

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



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Submetida a
Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de
Urgência**

Manuel Sabino Malacas

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta desafiante jornada, muitos foram os momentos em que o apoio de várias pessoas se tornou fulcral para que chegasse aqui hoje.

Tenho por isso em especial a agradecer:

À Professora Orientadora Maria Dulce dos Santos Santiago por todo o apoio, incentivo e orientação
prestados,

Aos colegas que comigo partilharam esta jornada, a sua ajuda foi fundamental,

À enfermeira supervisora do Estágio Final D. M. pela disponibilidade, entrega, partilha e
profissionalismo,

À equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência pela forma como me acolheram,

À minha família e amigos, que estiveram ao meu lado durante os momentos desafiadores e celebraram
comigo as conquistas,

Ao meu amor e minha musa inspiradora, Priscila.

Este momento marca não apenas o fim de um capítulo, mas também o início de uma nova jornada. Estou profundamente grato por tudo que aprendi e pelas amizades que fiz ao longo do caminho.

O meu muito obrigado!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, integrada no VII Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica. Com a sua elaboração pretende-se descrever de forma fundamentada, crítica e reflexiva, a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, dando especial destaque às atividades desenvolvidas durante o Estágio Final.

Diversos estudos internacionais mostram-nos que a ocorrência e permanência de pessoas em situação crítica nos serviços de urgência que necessitam de ventilação mecânica invasiva tem vindo a aumentar. No âmbito das várias atividades desenvolvidas, foi elaborado um projeto de intervenção profissional subordinado ao tema “Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência”, desenvolvido com base na Metodologia de Projeto e sustentado pelo Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee.

O conhecimento e a uniformização das boas práticas, tendo por base a evidência científica disponível mais atual, vão promover cuidados seguros e de qualidade, influenciando de forma positiva o sucesso da terapia e o prognóstico daqueles que dela precisam.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Qualidade e Segurança; Boas Práticas; Ventilação Mecânica Invasiva; Serviço de Urgência; Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

This report appears within the scope of the Curricular Unit Report, integrated into the VII Master's Course in Nursing in Association, with a specialty in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Situation. With its elaboration, it is intended to describe in a well-founded, critical and reflective way, the acquisition and development of the common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Situation and Master in Nursing, giving special emphasis to the activities developed during the Final Stage.

Several international studies show us that the occurrence and stay of people in critical situations in emergency services who require invasive mechanical ventilation has been increasing. Within the scope of the various activities developed, a professional intervention project was developed under the theme “Good Practices in the Care of Persons Undergoing Invasive Mechanical Ventilation in the Emergency Service”, developed based on the Project Methodology and supported by the Model for Change in Practice Evidence-Based by June Larrabee.

Knowledge and standardization of good practices, based on the most current available scientific evidence, will promote safe and quality care, positively influencing the success of therapy and the prognosis of those who need it.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Quality and Safety; Good Practices; Invasive mechanical ventilation; Emergency Department; Person in Critical Situation

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

% – Percentagem

APA – *American Psychological Association*

AR – Assembleia da República

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CO₂ – Dióxido de Carbono

DGS – Direção-Geral da Saúde

Ed. – Edição

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o – Enfermeiro

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

FiO₂ – Fração de Oxigénio Inspirado

FR – Frequência Respiratória

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triage

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IET – Intubação Endotraqueal

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IR – Insuficiência Respiratória

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

ITLS – *International Trauma Life Support*

ME – Mestrado em Enfermagem

MMPBE – Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

°C – Graus Celsius

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio

PAI – Pneumonia Associada Intubação

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica

PEEP – Pressão Positiva no final da Expiração

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PNEPC – Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

pp. – Páginas

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência aos antimicrobianos

RE – Relatório de Estágio

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VM – Ventilação Mecânica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	17
1.1. A UNIDADE HOSPITALAR	17
1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA Médico-CIRÚRGICA	20
1.2.1. Estrutura física e recursos materiais.....	20
1.2.2. Recursos humanos	21
1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados	22
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	27
2.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	28
2.2. SEGURANÇA E QUALIDADE EM SAÚDE	30
2.3. VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	32
2.3.1 A pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência.....	34
2.3.2 Boas práticas no cuidado à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência	35
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	40
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	41
3.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	49
3.3. PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	49
3.3.1 Objetivos específicos 1 e 2.....	51
3.3.2 Objetivo específico 3	54
3.3.3 Objetivos específicos 4 e 5.....	55
3.4. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	58
4. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS PARA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	60
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	62
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	74
CONCLUSÃO	91

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio	102
Apêndice II – Documentos solicitados pelo Gabinete de Investigação e pela Comissão de Ética	118
Apêndice III – Cronograma de atividades do PIP	126
Apêndice IV – Resumo do artigo científico	128
Apêndice V – Proposta de norma hospitalar: “norma de boa prática no cuidado à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência”	130

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Planta do SU	154
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética	156
Anexo III – Questionário de avaliação - formandos	158
Anexo IV – Declaração de publicação do artigo científico numa revista internacional	160
Anexo V – Certificado de presença nas VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva do Centro hospitalar Universitário de Lisboa.....	162
Anexo VI – Certificado de apresentação de comunicação livre em formato Poster	164
Anexo VII – Certificado do curso “Basic Life Support”	166
Anexo VIII – Certificado do curso "Advanced Cardiovascular Life Support"	168
Anexo IX – Certificado do curso "International Trauma Life Support"	171
Anexo X – Certificado do seminário “Controlo de hemorragia em trauma”	173
Anexo XI – Certificado do curso de Formação Básica em Prevenção e Controlo de IACS e RAM	176
Anexo XII – Certificado de frequência de formação profissional sobre "Gestão de Resíduos Hospitalares"	178
Anexo XIII – Certificado de participação na Palestra “Efeitos Pós-Terapêuticos dos Antibióticos e Circulação Global das Resistências"	181

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tempos alvo previstos de atendimento para as cinco cores da Triagem de Manchester	23
Figura 2 – Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências.....	29
Figura 3 – Análise SWOT	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tempo médio entre a "triagem" e a "primeira observação médica" em minutos	24
Gráfico 2 – Total de episódios de urgência diários em 2023	24
Gráfico 3 – Episódios de Urgência - Triagem de Manchester	25
Gráfico 4 – Grau académico dos enfermeiros	43
Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros por área de especialidade.....	43
Gráfico 6 – Experiência profissional dos enfermeiros	44
Gráfico 7 – Experiência profissional dos enfermeiros no SU	44
Gráfico 8 – Experiência profissional dos enfermeiros no cuidado à PSC.....	45
Gráfico 9 – Experiência profissional dos enfermeiros no cuidado à pessoa submetida a VMI	45
Gráfico 10 – Percentagem de enfermeiros que já frequentou alguma ação formativa relacionado com VMI	46
Gráfico 11 – Distribuição dos enfermeiros desde a última vez que frequentaram uma ação formativa acerca dos cuidados à pessoa submetida a VMI.....	46
Gráfico 12 – Confiança dos enfermeiros em prestar cuidados de enfermagem de qualidade a uma pessoa submetida a VMI	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Planeamento dos objetivos específicos 1 e 2 do PIP.....	51
Tabela 2 – Planeamento do objetivo específico 3 do PIP	54
Tabela 3 – Planeamento dos objetivos específicos 4 e 5 do PIP.....	55
Tabela 4 – Resultados do questionário de avaliação – formandos	57

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio [RE] surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] – Relatório, inserida no plano de estudos do 2.º ano do 7º curso de Mestrado em Enfermagem [ME], na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] – a Pessoa em Situação Crítica [PSC], ministrado em associação, pelo Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias, aprovado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado no n.º 84 do Diário da República – 2ª série, a 2 de maio de 2016 (UE, 2016), a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Este documento tem a finalidade de demonstrar o percurso, de uma forma fundamentada e reflexiva, do processo formativo para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, nomeadamente das competências referentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EEEPSC] (OE, 2018) e das competências exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015).

A análise e reflexão presentes neste relatório são, essencialmente, sobre as atividades desenvolvidas durante a realização da UC – Estágio Final [EF], não esquecendo os conhecimentos adquiridos nas restantes unidades curriculares.

O EF decorreu num Serviço de Urgência [SU] de um hospital público do centro de Portugal, entre 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, sob supervisão de uma enfermeira especialista em EMC-PSC e orientação académica da Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago. Durante este período também foi realizado um estágio de observação no Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], nomeadamente um turno numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] e três turnos numa ambulância de Suporte Imediato de Vida [SIV]. Para complementar todas estas aprendizagens, também foi realizado um estágio de observação de um turno no Grupo de Coordenação

Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA] do mesmo hospital, dois turnos com a Enfermeira Gestora e um com a enfermeira de apoio à gestão do SU.

Ao longo do estágio realizado no SU, entre outras atividades, foi desenvolvido um projeto de intervenção profissional [PIP], relevante para o serviço e alicerçado em rigor científico e metodológico, subordinado ao tema: “Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva [VMI] no Serviço de Urgência [SU]”. Com este PIP pretendeu-se promover boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU.

O crescimento da população idosa, bem como o aumento do número de doenças crónicas, levou a que cada vez mais pessoas recorram a serviços de emergência, o que por si só, aumentou a necessidade de cuidados especiais, como a utilização de Ventilação Mecânica [VM]. Os enfermeiros dos serviços de urgência desempenham, nestas situações, um papel fundamental e a qualidade dos cuidados prestados neste período são cruciais no sucesso da recuperação destes utentes. Torna-se assim fundamental, que estes profissionais estejam bem informados e dotados de competências que lhes permitam prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade e num ambiente o mais seguro possível (Rafieia et al., 2020).

Indo ao encontro do referido anteriormente e após a realização do diagnóstico de situação, constatamos a necessidade de intervir neste âmbito, através da realização de um PIP que contribuísse para a promoção de boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU. Para a sua implementação foi utilizado como referencial teórico o Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE] de June H. Larrabee (2011).

Face ao exposto, definimos como objetivo geral deste relatório:

- Fundamentar as atividades e estratégias desenvolvidas durante o percurso académico e estágio final, demonstrando assim todo o seu contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e respetivas competências de Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos:

- Elaborar uma apreciação do contexto clínico onde decorreu o estágio final;
- Descrever as fases do PIP de acordo com a metodologia de projeto;
- Analisar de forma crítica e reflexiva a aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do percurso formativo.

Este relatório será composto por quatro capítulos. No primeiro estará descrito o contexto clínico onde decorreu o estágio e onde foi desenvolvido o PIP, referindo o seu enquadramento legal e institucional, recursos físicos, humanos e materiais e uma análise breve da gestão e produção de cuidados. No segundo capítulo será dado enfoque ao enquadramento conceptual e teórico da temática do PIP, da importância da qualidade dos cuidados e segurança dos utentes. No terceiro virá descrito as etapas de desenvolvimento do PIP, conjugando os pressupostos do MMPBE com as fases da metodologia de projeto. No quarto e último capítulo será apresentada uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de Mestre e de EEEMC-PSC. Finalizamos este relatório com uma conclusão que servirá de síntese de todo o percurso realizado.

O presente RE está redigido consoante as regras do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e de acordo com as normas de referência bibliográfica da American Psychological Association [APA], 7ª edição (APA, 2020). A formatação obedece às normas de elaboração de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre (Arco et al., 2018).

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo será caracterizado o contexto clínico onde decorreu o EF, quanto à sua estrutura física, recursos humanos e materiais, bem como da gestão e produção de cuidados.

1.1. A UNIDADE HOSPITALAR

Os programas e projetos relativos à construção deste hospital remetem-nos para o ano de 1974, inicialmente, com previsão de lotação de 250 e posteriormente de 350 camas. Um ano mais tarde, em 1975, o projeto foi revisto, passando a prever uma lotação de 502 camas. A sua construção teve início em 1978, acabando por ficar com uma lotação de 513 camas devido à necessidade de expansão dos serviços e da existência de novas especialidades não contempladas inicialmente.

A sua atividade teve início em 1985, com uma capacidade de 240 camas e servindo uma população de 192.000 habitantes.

Em 2002 passa de Instituto Público para Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, passando a um tipo de gestão empresarial.

Em 2005 é transformado em entidade pública empresarial pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial e está integrado no Serviço Nacional de Saúde [SNS], na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT].

A Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, estabelece a instituição como um Hospital do grupo 1, com uma área de influência direta entre 75.000 e 500.000 habitantes, para as valências médicas e cirúrgicas existentes, nomeadamente: medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação.

A 7 de novembro é publicado o decreto-lei n.º 102/2023 onde são criadas as Unidades Locais de Saúde, em que centros de saúde e hospitais passam a ter gestão comum, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2024. Assim, o hospital passou a integrar o Agrupamento de Centros de Saúde da região.

Este é um hospital distrital, público, de agudos, diferenciado, de acesso universal, que assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,6 mil habitantes, distribuídos por nove concelhos, numa área de 3.500 Km². Esta população é caracterizada por ser muito envelhecida e de forte dispersão rural. Para além da sua área de influência, também presta cuidados a populações de mais 14 concelhos do Distrito, num total de cerca de 233 mil habitantes, em especialidades como a Cirurgia vascular, Dermatologia, Infeciologia, Psiquiatria e Radioterapia Oncológica.

A sua Missão passa por: prestar os melhores cuidados de saúde, com altos níveis de competência, qualidade e rigor, incentivando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre os princípios éticos e humanos e promovendo a realização e diferenciação profissional dos seus colaboradores.

A sua Visão é ser um polo de excelência e referência, um exemplo na prestação de cuidados de saúde no nosso país, numa perspetiva de comprometimento, crescimento sustentável, sentido de mudança e diferenciação, com a ambição de criar valor pela obtenção dos resultados clínicos.

Os Valores desta instituição são os seguintes:

- Inovação: criar soluções flexíveis de forma a assegurar a melhor prestação de cuidados de saúde;
- Ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais: aplicar e defender estes princípios, na utilização de recursos escassos e na aplicação de princípios de equidade;
- Qualidade e ambiente: garantir sempre a implementação de normas de qualidade e de práticas que protejam o ambiente;
- Responsabilidade social: assumir esta responsabilidade diariamente perante a comunidade;
- Realização dos colaboradores: permitir aos colaboradores encontrarem a sua realização pessoal e profissional;
- Criação de valor económico e social: ter sempre em mente o objetivo de acrescentar valor, adotando um comportamento socialmente responsável e coerente.

A organização desta instituição assenta num modelo departamental e de serviços, definindo duas grandes áreas da prestação de cuidados de saúde: as Áreas de Prestação de Cuidados, que englobam os Departamentos de Cirurgia, de Medicina, da Mulher e da Criança, de Psiquiatria e Saúde Mental e de

Urgência; e as áreas de Suporte à Prestação de Cuidados, onde se concentram os serviços clínicos que dão suporte à atividade clínica dos Departamentos: Serviço de Anestesiologia e Reanimação, Bloco Operatório Central, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Cuidados Intensivos, Anatomia Patológica, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Física e Reabilitação, Patologia Clínica, Farmácia, Serviço Social, Serviços Religiosos, Esterilização, Equipa de Gestão de Altas, Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos e Unidade de Hospitalização Domiciliária. Existem ainda os serviços que compõem a Área de Apoio à Gestão e Logística (Serviço Financeiro, Serviço de Aprovisionamento, Serviço de Hotelaria, Gestão de Doentes, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Tecnologias e Informação e Serviço de Gestão e Planeamento).

O Conselho de Administração é apoiado pelos Órgãos de Apoio Técnico e pelos Serviços de Apoio ao Conselho de Administração (Apoio Jurídico, Comunicação e Imagem, Desenvolvimento e Organização, Gabinete do Cidadão, Gabinete de Formação, Gestão de Projetos, Gestão do Risco, Promoção e Garantia da Qualidade, Segurança e Saúde no Trabalho e Gabinete de Investigação). Os órgãos independentes do Conselho de Administração são o Auditor Interno, o Conselho Consultivo, o Conselho Fiscal e o Encarregado de Proteção de Dados.

O hospital tem uma lotação atual de 389 camas, que se encontram distribuídas da seguinte forma: 140 camas cirúrgicas, 213 camas médicas, 17 camas de Cuidados Intensivos e Intermédios, 3 camas de Hospitalização Domiciliária e 16 Berços, sendo ajustada, consoante as necessidades, nos períodos de Plano de Contingência de Verão e Inverno.

Relativamente à capacidade instalada, existem 5 salas de cirurgia convencional, sendo que uma delas está reservada para cirurgia urgente, 3 salas no bloco de cirurgia de ambulatório, 65 gabinetes de consulta externa, 3 salas de pequena cirurgia na consulta externa, 2 salas de partos com 4 salas de dilatação, 28 cadeirões e 7 camas em Hospital de Dia.

Dispõe de uma Urgência Médico-Cirúrgica de nível II com Urgência Geral, de Pediatria e de Ginecologia-Obstetrícia que funcionam 24/24 horas, 365 dias por ano. Foi criada em 2020 a Urgência dedicada ao COVID19. Conta com o apoio de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

No que diz respeito aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, está assegurada a realização de diversos exames e tratamentos nas áreas de: Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Hematologia Clínica, Imagiologia, Medicina Física e Reabilitação, Cardiologia,

Dermatologia, Pneumologia, Obstetrícia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Radioterapia.

1.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O SU que existe no hospital onde foi realizado o EF está classificado como um serviço de urgência médico-cirúrgica, que corresponde ao segundo nível de acolhimento em situações de urgência. Este deve estar localizado de maneira que os trajetos terrestres, dentro da área de influência, não sejam superiores a sessenta minutos entre o local da ocorrência e a própria unidade hospitalar. Ela deve estar dotada de recursos humanos especializados e adequados à população que está abrangida pela sua área de influência, podendo ser ajustados consoante a afluência aos seus serviços. Também são obrigadas a estar dotadas de determinadas valências médicas e de equipamento durante 24 horas, conforme está descrito no despacho n.º 727/2007 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde [MS], 2007).

1.2.1. Estrutura física e recursos materiais

O SU está localizado no piso 0 e está disposto por áreas. À entrada encontra-se a sala de espera, a sala dos administrativos e o posto de segurança. A sala de espera está equipada com rampas de oxigénio e sistemas de vácuo em caso de necessidade de ativação do plano de catástrofe. Junto desta fica um posto de rececionista que faz a articulação entre familiares e profissionais de saúde, ajuda na gestão dos pedidos de ambulâncias, gestão de altas e informações gerais.

No interior do SU propriamente dito, fica outra sala de espera para utentes que vêm de ambulância, principalmente acamados. Perto desta há dois postos de triagem que podem funcionar em simultâneo consoante a afluência de pessoas. Um dos enfermeiros da triagem dá apoio à sala dos sentados, que existe ao lado deste, onde os utentes triados maioritariamente de amarelo e que já foram observados na área médica que deambulem, aguardam a realização de análises e tratamentos; o outro dá apoio à sala de isolamento covid.

Após passarem pela triagem, e de acordo com a avaliação pela triagem de Manchester (definida por cores), estes podem ser encaminhados para a respetiva área consoante a cor e especialidade médica:

medicina, cirurgia, ortopedia ou outras. Há uma sala de isolamento para doentes covid positivo, um gabinete para consulta de psiquiatria e uma sala para os utentes triados de verde/azul. Esta sala funciona num contentor junto à entrada exterior do SU das 9 às 24 horas; no restante horário estes utentes são observados pelos médicos alocados na área médica.

A área médica é composta por duas salas com quatro postos de atendimento médico cada e observam os utentes triados de laranja e amarelo. Pertencente a esta área ficam ainda quatro salas de tratamento para utentes em maca, uma sala de trabalho de enfermagem e duas casas de banho.

A área cirúrgica engloba a cirurgia geral e a ortopedia e localiza-se junto da urgência pediátrica para apoio em caso de necessidade. A cirurgia geral engloba três postos de trabalho médico e duas salas de pequena cirurgia que podem ser convertidas em bloco operatório em situações de catástrofe. A ortopedia tem uma sala com três postos de atendimento médico e uma sala de gessos. Comum a estas áreas há uma sala de tratamento, uma sala de trabalho de enfermagem e uma sala de higiene.

Existe uma sala de emergência (SE) que tem a capacidade para três utentes em simultâneo. Em casos excecionais pode alocar quatro utentes.

No espaço físico do SU encontra-se também uma sala para realização de eletrocardiograma, duas salas de imagiologia, uma sala para realização de tomografia computadorizada, duas copas, gabinetes da enfermeira gestora, diretor de serviço e administrativa interna, quatro salas para armazenamento de material de consumo clínico, um dos quais serve como farmácia.

Pelos diversos sectores do serviço podem-se observar seis carros de medicação e o seu stock é re-posto por um técnico de farmácia.

Os utentes internados a aguardar vaga ficam em três salas improvisadas e em espaços no corredor.

Para um melhor entendimento do espaço físico, pode-se consultar a planta do serviço no Anexo I.

1.2.2. Recursos humanos

O SU Geral é composto por 80 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, em que cada equipa é composta por três elementos de referência do serviço. Destes enfermeiros fazem parte a Enfermeira Gestora, oito enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, quatro enfermeiros

especialistas em Reabilitação, dois enfermeiros especialistas em Enfermagem da Saúde Mental e Psiquiátrica e quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária. Três enfermeiros são elos do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCL-PPCIRA] e dois da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Foi criado um grupo ligado aos hiperutilizadores, que são aqueles utentes que recorrem ao SU mais de três vezes num determinado período de tempo. Relativamente às Vias Verdes dois enfermeiros são responsáveis por cada uma das seguintes: Via Verde Coronária, Via Verde do AVC, Via Verde do Trauma e Via Verde da Sépsis. Dois elementos são elos de ligação do serviço com a Comissão da Qualidade e Segurança e três são responsáveis pela formação em serviço. A equipa conta também com o apoio de 60 assistentes operacionais.

Pela análise do número de enfermeiros especialistas, podemos verificar que estes correspondem a 22,8 % do total dos enfermeiros, situando-se abaixo dos 35 % de enfermeiros especialistas, assim como dos 50 % de EEEMC-PSC, que são recomendados pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem para o SU (OE, 2019b). No entanto, a percentagem baixa de enfermeiros especialistas é atenuada pela presença de enfermeiros, que de acordo com Benner (2001), são considerados peritos, isto é, a quem são reconhecidas competências de excelência no cuidar adquiridas ao longo do tempo de exercício profissional.

1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados

O hospital onde decorreu o EF está empenhado com a Gestão da Qualidade e a Gestão do Risco, preconizando a abordagem do risco a todos os níveis e em todas as suas valências, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade em saúde e a segurança do utente. Com esta política o hospital procura assegurar a identificação e análise dos riscos para o utente, para depois desenvolver planos para os minimizar ou resolver. É implementado abrangendo todos os níveis da sua atividade e de forma bidirecional.

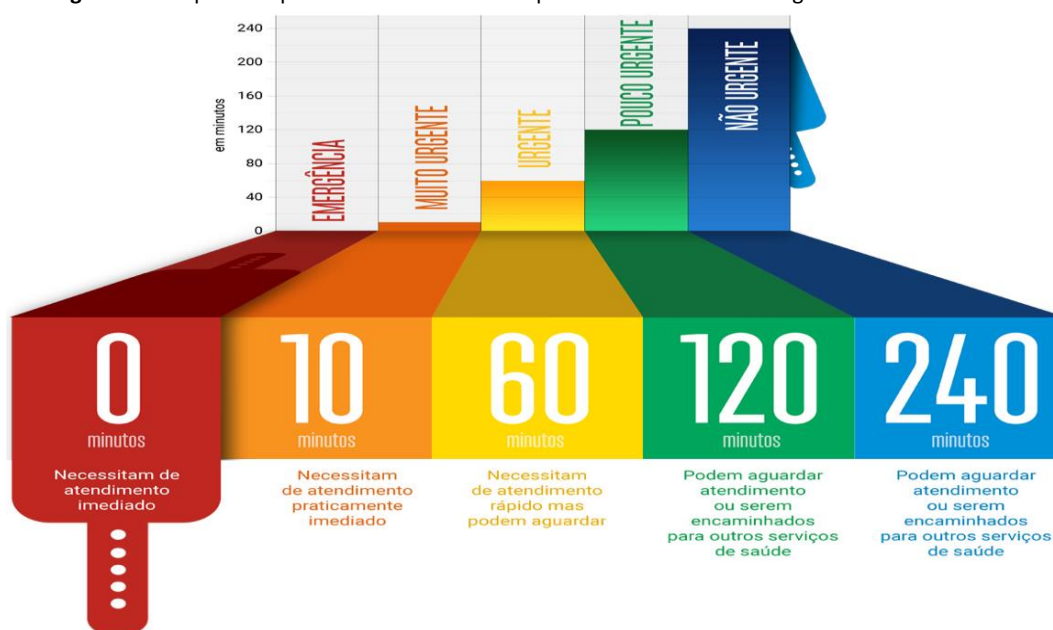
Existe uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente que cria e promove os procedimentos e os instrumentos a serem aplicados na Gestão do Risco, em colaboração com os diferentes serviços e em consonância com a política definida pelo Conselho de Administração. Ela procura, através da qualidade, a satisfação de todos os intervenientes: utentes, familiares e profissionais. Os seus objetivos são: analisar os níveis de qualidade e segurança do utente durante a prestação de serviços, melhorar e uniformizar práticas através da reflexão sobre as estruturas e processos e trabalho, melhorar a qualidade assistencial

num ambiente humanizado para utilizadores e profissionais e garantir uma gestão abrangente na resolução de situações de risco à segurança de todos.

A um nível menos abrangente, a enfermeira gestora do SU procura dar continuidade a estas políticas, sendo que uma das atitudes implementadas é a realização de formações, através do plano anual de formação em serviço.

Todas as pessoas que recorrem ao SU são primeiramente avaliadas através do Protocolo da Triagem de Manchester. Está implementado desde 1994 e teve como objetivo criar normas de triagem consoante a avaliação do risco clínico e estabelecer uma base de entendimento entre médicos e enfermeiros do SU. Procura não estabelecer um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica no atendimento através da identificação de problemas. Consoante a gravidade da situação, é atribuída uma cor. A cada cor está previsto um tempo alvo de atendimento, conforme se pode verificar na Figura 1. (Grupo Português de Triagem [GPT], 2021).

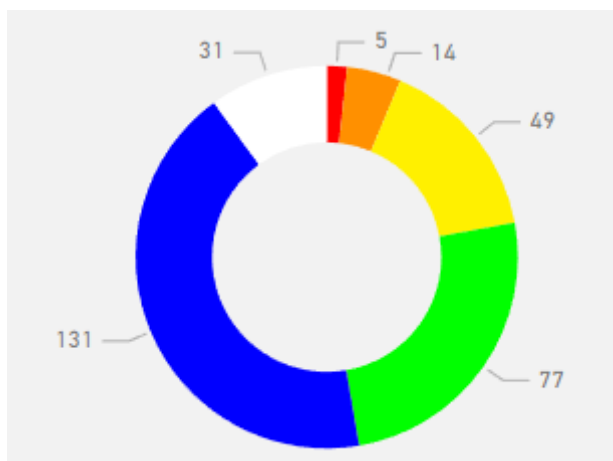
Figura 1 - Tempos alvo previstos de atendimento para as cinco cores da Triagem de Manchester



Fonte: GPT, 2021

Pode-se constatar, através do Gráfico 1, que neste hospital foi cumprido em média, o tempo atribuído por cada cor, para a primeira observação médica, à exceção da cor laranja, que se encontra acima. A cor vermelha aparece também acima, mas tal facto poderá dever-se ao registo feito à posteriori do momento da ocorrência, por ser prioritário e emergente a prestação de cuidados nestas situações potencialmente fatais.

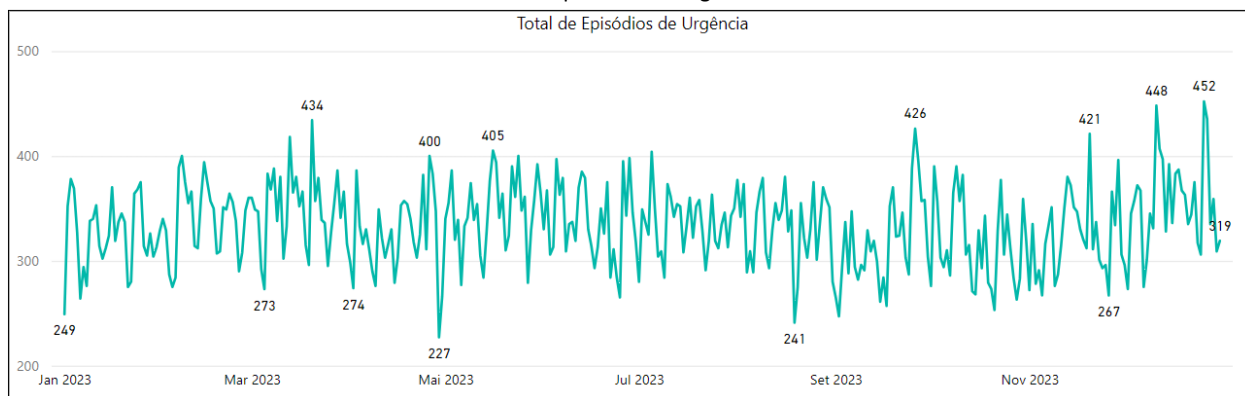
Gráfico 1 - Tempo médio entre a "triagem" e a "primeira observação médica" em minutos



Fonte: SDM | Módulo de monitorização diária da urgência | ACSS

O Hospital teve no ano de 2023 um total de 121 702 episódios de urgência. No seu dia mais movimentado, teve um pico de 452 episódios de urgência. Através do Gráfico 2, é possível perceber que é um serviço onde a sua afluência oscila diariamente, o que constitui um desafio suplementar na sua gestão.

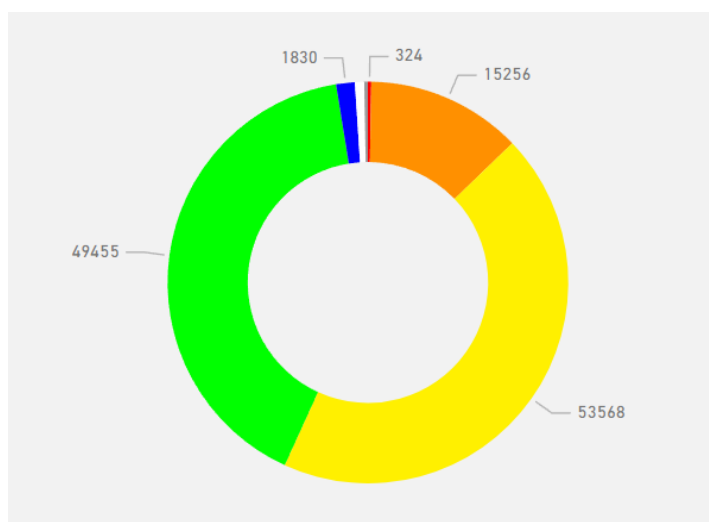
Gráfico 2 - Total de episódios de urgência diários em 2023



Fonte: SDM | Módulo de monitorização diária da urgência | ACSS

No ano de 2023 o número de atendimentos por prioridade tendo em conta o Protocolo de Triage de Manchester pode ser observado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Episódios de Urgência - Triage de Manchester



Fonte: SDM | Módulo de monitorização diária da urgência | ACSS

Neste hospital, de acordo com a OE (2019b), o posto de triagem é assegurado unicamente por enfermeiros com formação específica em Sistema de Triage de Prioridades e, sempre que possível, por EEEMC-PSC.

Importa salientar que do total de episódios que ocorreram no ano de 2023, apenas 57% foram considerados episódios urgentes. Os restantes 43% dos episódios foram classificados como não urgentes.

Long et al. (2021) procuraram perceber a razão pela qual existe um grande número de episódios não urgentes no SU. Em muitos países, como em Portugal, os serviços de urgência estão sujeitos a uma pressão cada vez maior devido a uma procura crescente que não é devidamente acompanhada pelo aumento dos recursos disponíveis. Constata-se que muita desta procura deve-se a problemas que, de uma perspetiva clínica, são “não urgentes”, provocando uma utilização inadequada deste tipo de serviços. De entre as várias causas possíveis, podem-se encontrar a falta de alternativas, falta de conhecimento destas alternativas ou confusão sobre a forma de as utilizar. Outras razões referidas foram procurar o alívio imediato da dor, incapacidade de aceder ao médico de família com rapidez suficiente, para não interferir na sua atividade laboral e reduzir o impacto dos sintomas na vida diária. A proximidade com o domicílio ou local de trabalho, rapidez de acesso à ajuda, a variedade de recursos e a capacidade de lidar com diversos problemas também foram referidos. A faixa etária dos jovens adultos, entre os 18 e os 44 anos, forma identificados como sendo os mais propensos a fazerem uma utilização clinicamente desnecessária do SU.

Relativamente aos cuidados de enfermagem no SU, é utilizado o método de trabalho individual, em que o enfermeiro fica responsável por todos os cuidados prestados aos utentes que lhe são atribuídos.

Normalmente são escalados 17 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 12 a 13 no turno da noite. No início de cada turno o enfermeiro responsável ou chefe de equipa comunica a distribuição dos elementos pelos diversos sectores tendo em conta a rotatividade, especialidade e experiência em doente crítico e triagem. Ela é feita normalmente da seguinte forma: um elemento na SE, um elemento na triagem, dois elementos na sala de sentados, um elemento na cirurgia geral, um elemento na ortopedia, um elemento na sala de verdes/azuis e três elementos na área médica. Seis elementos são escalados pelas diversas áreas onde permanecem os utentes que estão internados a aguardar vaga no serviço de internamento.

Os períodos excecionais de grande afluência, como aconteceu durante o EF, exigem por parte da instituição hospitalar um grande esforço para tentar garantir dotações seguras dos cuidados de enfermagem, de acordo com o recomendado pela OE (2019b). Para colmatar a falta de profissionais recorre-se a trabalho extraordinário e são recrutados enfermeiros de outros serviços pertencentes ao hospital.

O enfermeiro responsável/chefe de equipa sempre que possível não assume posto ou fica responsável pela SE. Indo ao encontro das recomendações da OE (2019b), sempre que possível, este posto é ocupado por um enfermeiro especialista em EMC-PSC. Cabe a este a gestão e supervisão dos cuidados, apoio à gestão de recursos humanos e materiais, apoio à enfermeira gestora para avaliação dos enfermeiros e assistentes operacionais, gerir o horário das refeições, reportar intercorrências à enfermeira gestora e elaborar um relatório de coordenação. Fazem parte também das suas funções a articulação com a assistente social, linha de emergência social ou linha de apoio à vítima sempre que se justifique.

A passagem de turno é realizada junto dos utentes. Por forma a minimizar o erro, as falhas na comunicação e aumentar a qualidade na transição de cuidados, existe a intenção de implementar a técnica ISBAR, havendo já algo elaborado nesse sentido. É uma ferramenta que permite padronizar a comunicação em saúde e promover a segurança na transição de cuidados. O próprio nome serve de mnemónica para auxiliar na transmissão verbal. I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R às Recomendações (DGS, 2017a).

Foi criado em julho de 2023 o Gabinete de Apoio a Familiares e Acompanhantes que é assumido por um enfermeiro que gere a comunicação com a equipa médica e informa os familiares ou pessoas significativas sobre a situação do utente que está no SU. Funciona todos os dias das 12 às 20 horas. Cada utente pode ter a visita de um acompanhante por um período de 15 minutos entre as 13 e as 19 horas.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (MS, 1996, com alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) a Enfermagem destaca-se, no universo da saúde, por ser uma profissão com a missão de prestar cuidados de enfermagem à pessoa sã ou doente durante todas as fases da sua vida, não só tendo em conta o ser único e individual que é, mas também como alguém que está inserido numa sociedade, de modo a alcançar a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível. Neste contexto, é reconhecido ao enfermeiro generalista um conjunto de competências técnicas, científicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade abrangendo os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Reconhece ainda ao enfermeiro especialista, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (MS, 1996).

O REPE (MS, 1996) no seu artigo 5º, relativamente à caracterização dos cuidados de enfermagem, refere que estes englobam, consoante o grau de dependência, substituir ou ajudar a completar a competência funcional da pessoa, consoante esta esteja total ou parcialmente incapacitada. Para isso, segundo Nunes (2018), o enfermeiro utiliza uma metodologia científica de trabalho, conhecida como “processo de enfermagem”. Nele o enfermeiro procura identificar os problemas e priorizá-los, realiza e prescreve intervenções com vista à sua resolução ou minimização e antecipa potenciais problemas. A tomada de decisão e a realização dessas intervenções devem ser assentes nos melhores e mais atuais resultados da investigação. De uma forma sucinta, as boas práticas de enfermagem devem englobar as dimensões científica, técnica e humana. Para o desenvolvimento da profissão de enfermagem muito contribui o ensino, a formação e a investigação (Nunes, 2018).

Assentes nos pressupostos atrás descritos, foi-nos proposto, no contexto da UC Estágio Final, desenvolver um PIP que fosse ao encontro das necessidades identificadas no SU, tendo em conta a Qualidade dos Cuidados e a Segurança do utente. Essa escolha surgiu de um problema identificado em conjunto com a equipa de enfermagem e recaiu sobre a temática: «Boas Práticas no Cuidado à Pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência».

2.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Na tentativa de dotar os enfermeiros do SU de competências que promovam boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU, surgiu a necessidade de planejar, ou seja, definir objetivos a serem atingidos para a resolução do problema atual, o caminho ou ações a serem realizadas para atingir esses objetivos e os recursos a serem utilizados (Faria et al., 2018).

Para a realização deste PIP utilizamos a versão revista do MMPBE de June Larrabee (2011), modelo que defende a eficácia da mudança da prática baseada na evidência na melhoria da qualidade dos cuidados e nos resultados obtidos na assistência à pessoa. A prática baseada em evidências consiste na utilização em simultâneo da experiência profissional e da melhor evidência proveniente da pesquisa sistemática, devendo estas servirem de guia para a tomada de decisão clínica (Larrabee, 2011).

A aplicação deste modelo, como Larrabee (2011) descreve faz uso das seguintes seis etapas:

Etapas 1 – Avaliar a necessidade de mudança da prática: consiste em identificar e incluir os *stakeholders*, ou seja, todos aqueles que se interessam e são influenciados por um determinado problema; para isso é sugerido coletar dados internos sobre a prática atual e compará-los com dados externos, para confirmar a necessidade de mudança; identificar o problema e relacioná-lo com as intervenções e os resultados; como estratégias, são sugeridos o brainstorming e ferramentas de controle estatístico.

Etapas 2 – Localizar as melhores evidências: nesta etapa é planeada e realizada uma pesquisa, com base na melhor evidência possível, na qual podem ser utilizados instrumentos para avaliação crítica dos mais variados estudos e tabelas de evidências para organizar e sistematizar os dados obtidos.

Etapas 3 – Fazer uma análise crítica das evidências: vamos hierarquizar e priorizar as melhores evidências, a sua viabilidade, benefícios e riscos para a prática clínica através dos instrumentos selecionados anteriormente.

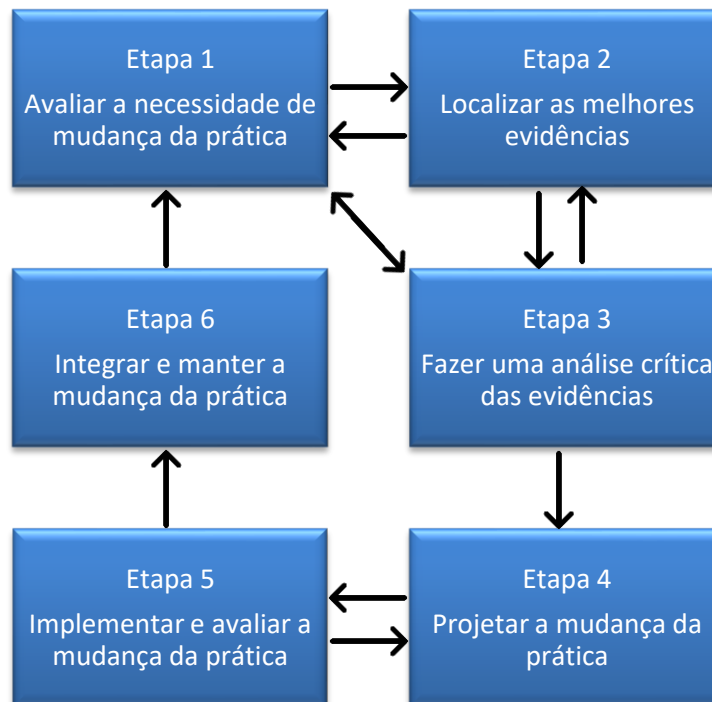
Etapas 4 – Projetar a mudança da prática: inclui a definição da mudança proposta, a identificação dos recursos a serem utilizados, o planeamento da avaliação e das estratégias para a implementação do plano; podem ser utilizadas como estratégias materiais ou sessões educativas, pessoas de referência, feedback e auditorias.

Etapas 5 – Implementar e avaliar a mudança na prática: compreende a execução do plano na prática e avaliação do processo, dos resultados e dos custos para daí tirar conclusões e recomendações.

Etapas 6 – Integrar e manter a mudança na prática: nesta etapa vamos divulgar a prática recomendada a todas as pessoas interessadas e implementá-la; serão monitorizados os indicadores de processo e os resultados, que serão posteriormente divulgados.

O modelo proposto por Larrabee (2011) tem as características de ser dinâmico e permitir readaptações e reajustes ao longo da sua implementação, como podemos observar no esquema da Figura 2.

Figura 2 - Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências



Fonte: adaptado de Larrabee (2011)

O modelo de Larrabee está intrinsecamente relacionado com a dimensão epistemológica da enfermagem, sendo esta a teoria ou estudo do conhecimento, englobando as vertentes da disseminação e da justificação que permite que a crença passe a conhecimento (Nunes, 2018). Assim, esta perspectiva pode esclarecer-se como a filosofia do conhecimento, próxima da filosofia da ciência, no estudo e nas crenças justificadas das fontes, dos fundamentos, da natureza, dos limites e da validade do conhecimento de determinada disciplina ou temática (Nunes & Poeira, 2021). Desta forma, proporcionam-se conteúdos e saberes que concorrem para a tomada de decisão, bem como para regular a ação (Nunes & Poeira, 2021).

O conhecimento em enfermagem suporta-se em sete fontes: a investigação científica; a tradição; a experiência; a intuição ou percepção intuitiva; a reflexão, a experiência secundária e judicativa; a imaginação e o pensamento heurístico (Nunes, 2018). A investigação científica remete para o conhecimento científico que está hierarquizado sobre o grau de evidência e a metodologia ou o objeto

de estudo; a tradição como conhecimento tradicional assente em normas e procedimentos realizados ao longo do exercício profissional; a experiência como conhecimento experimental através da aquisição de informação que processada e interiorizada se pode tornar em conhecimento; a intuição ou percepção intuitiva trata-se de conhecimento intuitivo, ou seja, na capacidade de perceber uma situação de forma abrangente, solucionar um problema ou decidir com pouca informação concreta e remete-nos para o modelo de Patrícia Benner; a reflexão, a experiência secundária e judicativa surge da vivência e reflexão de situações e eventos práticos; a imaginação, no sentido de improviso na prática clínica e como operação mental como produtores de conhecimento; pensamento heurístico como ampliador do conhecimento holístico, em situações complexas e de incerteza partindo da avaliação e estimativa de probabilidades (Nunes, 2018).

Larrabee (2011) refere que o conceito de qualidade ligado à sua teoria deve integrar os princípios e valores que estão na base da nossa ética profissional, ou se preferirmos, como a designou Nunes (2008), de «ética de enfermagem». Nesta perspetiva, a relação que o enfermeiro estabelece com o outro no exercício da sua praxis deve ser sempre pautada por valores como: “a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015a, p.8078); e por princípios como: “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015a, p.8078).

2.2. SEGURANÇA E QUALIDADE EM SAÚDE

A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64.º consagra a todos os cidadãos, o direito à proteção da saúde como um direito fundamental e um direito social, concretizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral, tendencialmente gratuito. Neste sentido, é atribuído ao Estado um papel prioritário em garantir a todos, sem exceção, o acesso a cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, gerindo de uma forma racional e eficiente os recursos humanos e unidades de saúde e assegurando padrões adequados de qualidade e eficiência (Assembleia da República [AR], 2005).

A Lei de Bases da Saúde, na sua Base 1, relativa ao direito à proteção da saúde, vem reforçar a importância do papel do Estado na promoção e garantia da segurança do doente, através do SNS, das Administrações Regionais de Saúde [ARS] e demais instituições públicas, centrais, regionais e locais (AR, 2019).

Na Base 2, está definido que as pessoas têm direito ao acesso a cuidados de saúde adequados à situação em que se encontram, com prontidão, em tempo clinicamente admissível, em concordância com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (AR, 2019).

Na Base 20 encontra-se descritos vários princípios pelos quais o SNS deve pautar a sua atuação, entre os quais podemos encontrar o princípio da Qualidade, que visa garantir prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, assentes na evidência, efetuadas de forma humanizada, com correção técnica e respeitando a individualidade da pessoa (AR, 2019).

Pelo que foi referido anteriormente, a qualidade e segurança em saúde tornam-se duas áreas de extrema importância no SNS, às quais deve ser dado o devido destaque. Nos sistemas de saúde atuais ocorrem incidentes de segurança, muitos dos quais evitáveis, relacionados com a prestação de cuidados, pelo que devem ser implementadas estratégias e políticas que contribuam para a diminuição desses incidentes e obter com isso, ganhos em saúde. Neste sentido, foi aprovado em Assembleia Mundial da Saúde o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, dando continuidade a um processo iniciado em 2002, em que visa a monitorização da sua implementação através da apresentação de um relatório bianual até 2031. Este Plano é dinâmico, podendo ser atualizado e adaptado a novas necessidades que possam surgir na área da segurança do doente (MS, 2021).

Os objetivos da Organização Mundial de Saúde [OMS] para esta área tiveram a sua transposição jurídica para o nosso país, através do Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, que aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2015-2020, passando a integrar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Com esta estratégia pretende-se uma maior equidade e garantia de um acesso a cuidados de saúde, essencialmente, através do SNS, adequado às necessidades e tendo em conta a melhoria contínua da qualidade e da segurança, os padrões demográficos e epidemiológicos de cada região, o avanço tecnológico e farmacológico, novas evidências científicas e o aumento da despesa global em saúde (MS, 2015).

A qualidade e segurança surgem aqui como uma obrigação ética no sistema de saúde, pois contribuem de forma decisiva para a diminuição dos riscos evitáveis, para um melhor acesso aos cuidados de saúde, para melhores escolhas, promover a inovação, o respeito e equidade na prestação de cuidados. A qualidade em saúde é então definida como a prestação de cuidados equitativos e acessíveis, com um ótimo nível profissional, de acordo com os recursos disponíveis, conseguindo a satisfação e adesão do cidadão. Os cuidados devem ser os adequados às necessidades e expectativas do cidadão, procurando sempre aperfeiçoar a sua efetividade e eficiência (MS, 2015).

Foi também publicado o Decreto Regulamentar n.º 14/2012, que atribui à DGS a responsabilidade de assegurar a implementação das medidas respeitantes à segurança do doente e à qualidade da prestação de cuidados de saúde, atribuindo-lhe a função de programar e planear a política nacional no que diz respeito à qualidade no sistema de saúde, e atribui-lhe a responsabilidade de desenvolver atividades e programas que zelem pela segurança dos doentes e da melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional dos serviços de saúde. Por este motivo foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, através da Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, e posteriormente do Despacho n.º 1250/2020, de 28 de janeiro, onde fica determinado o surgimento de estruturas que promovam a prestação de cuidados de saúde seguros, adequados e integrados, bem como a sua monitorização e avaliação, de forma a poder justificar as tomadas de decisão e a relação causa-efeito entre as estratégias de qualidade na saúde com os indicadores globais de saúde (MS, 2021).

Com a experiência adquirida na avaliação e implementação do PNSD 2015-2020, foi elaborado o PNSD 2021-2026. O seu objetivo passa por promover e firmar a segurança dos cuidados de saúde prestados, em todos os seus contextos, até os mais específicos e modernos, não perdendo de vista os princípios que são a fundação da área da segurança do doente, como sejam: a comunicação, a cultura de segurança, e a implementação de práticas seguras em ambientes complexos e de forma continuada. Ele atualiza o conhecimento e apela a todos que desempenhem um papel na segurança do doente, desde quem decide a nível político, a líderes e gestores das unidades de saúde, responsáveis pela área da qualidade e segurança do doente, auditoria clínica, gestão do risco, profissionais, utentes, famílias e cuidadores (MS, 2021).

A incorporação das recomendações disponíveis e das diretrizes baseadas em evidências foi identificada mundialmente como uma forma de definir os componentes essenciais dos cuidados e reduzir os danos nos utentes (Mohr, 2020).

2.3. VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

As doenças respiratórias são patologias que se caracterizam por afetarem qualquer parte do sistema respiratório (boca, laringe, traqueia, brônquios, pulmão, cavidade pleural, alvéolos pulmonares, nervos ou músculos respiratórios) e têm uma elevada taxa de ocorrência, pois existem inúmeros fatores que as podem desencadear (clima, poluição, tabagismo, cancro ou microrganismos, por exemplo). Em 2017 foram responsáveis pela terceira causa de morte a nível mundial (Santos & Rodrigues, 2021).

As infecções respiratórias agudas ocorrem frequentemente ao longo de toda a nossa vida. Na sua maioria são autolimitadas, mas determinadas infecções podem evoluir para uma forma mais grave de doença e exigir cuidados diferenciados, de forma a evitar sequelas ou mesmo a morte (DGS, 2022a).

Devido à ocorrência cada vez maior de doenças respiratórias, também o uso de ventilação mecânica [VM] torna-se cada vez mais presente, pois é um tratamento que está na linha da frente para este tipo de doenças. Ela é utilizada quando a pessoa perde a capacidade de inspirar e expirar voluntariamente, pelo surgimento de uma patologia que tenha afetado a função respiratória de forma direta ou indireta. A VM vem substituir a pessoa na realização desse esforço respiratório, com o objetivo de proporcionar um maior conforto, ao auxiliar de forma passiva ou ativa a sua respiração (Santos & Rodrigues, 2021).

A VM visa otimizar a fisiologia pulmonar do utente, a realização de trocas gasosas eficazes, a manutenção do recrutamento alveolar, a redução do potencial de lesão e a garantia da estabilidade hemodinâmica (Wright et al., 2020).

De entre as situações mais frequentes que necessitam de VM e que provocam insuficiência respiratória, podemos encontrar a insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crónica, traumatismo cranioencefálico, neoplasias, utentes pós-cirúrgicos, entre outras (Santos & Rodrigues, 2021).

A VM pode ser realizada de duas formas, através de VMI ou de ventilação mecânica não invasiva [VNI], sendo que a característica que mais as distingue é a forma como a pressão é libertada no utente. A VMI é utilizada nos casos em que o sofrimento respiratório é muito intenso e a capacidade respiratória está totalmente comprometida e a VNI é utilizada nos casos em que a respiração só está parcialmente comprometida, sendo necessário um auxílio menor (Santos & Rodrigues, 2021).

A VMI substitui de forma total ou parcial a função ventilatória, através da utilização de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia e é utilizada nos casos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Esta situação exige por parte do enfermeiro, que seja responsável por manter as vias aéreas permeáveis e estar familiarizado com os parâmetros do ventilador de modo a conseguir avaliar a adaptação do utente com a máquina e realizar os cuidados de enfermagem considerados boas práticas, de forma a promover uma maior qualidade do serviço prestado e segurança do utente. No contexto da profissão de enfermagem, podem-se definir boas práticas, como a união inseparável de técnicas, teorias, processos e atividades, consideradas as melhores escolhas de cuidados dentro de uma determinada área, tendo em conta conhecimentos, contextos, valores, ambientes, objetivos e evidências (Santos et al., 2020).

A VMI está indicada nas situações mais graves de insuficiência respiratória, em que os utentes podem apresentar FR > 35 ciclos/minuto, utilização de músculos acessórios, PaO₂ < 60mmHg e/ou Pa CO₂ > 55, pH < 7,25, SatO₂ < 90% com oxigénio suplementar. Outras situações também exigem VMI, como alteração do estado de consciência para Glasgow < 8, instabilidade hemodinâmica com desconforto respiratório associado, obstrução da via aérea superior, em situações de risco aumentado de aspiração como as presentes em doenças neurológicas, por exemplo, na reanimação cardiorrespiratória prolongada, fadiga respiratória, entre outras (Machado et al., 2014).

Entre os riscos da utilização da VMI constam: enfraquecimento dos músculos respiratórios, pneumonia associada à intubação [PAI], complicações relacionadas com o tubo endotraqueal, com o ventilador, complicações sistémicas ou toxicidade ao oxigénio. Quanto maior o tempo de VMI, maior é o risco dessas complicações ocorrerem (Santos & Rodrigues, 2021).

Apesar de se dar primazia ao uso de VNI devido a ser uma técnica menos invasiva e aos seus bons resultados na redução da mortalidade hospitalar, nem todas as pessoas podem ser submetidas a este tipo de tratamento. Temos como exemplo de contraindicações: instabilidade hemodinâmica grave, arritmias complexas, trauma da face, quadro de vômitos e distensão abdominal (Santos & Rodrigues, 2021).

2.3.1 A pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência

O tempo de internamento de utentes nos serviços de urgência que necessitam de internamento em cuidados intensivos tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos. Muitos desses doentes necessitam de ventilação mecânica e têm de ser cuidados e monitorizados pela equipa do SU (Bayram & Şancı, 2019). Todos os anos duzentos e cinquenta mil doentes estão sob ventilação mecânica no SU nos Estados Unidos, com um tempo médio superior a três horas (Mohr et al., 2020). No Japão, 46,4 % do total deste tipo de utentes foi atendido fora das UCI (Santos et al., 2020).

A qualidade dos cuidados prestados neste período inicial tem um impacto muito significativo no sucesso da recuperação destes utentes (Bayram & Şancı, 2019). O aumento do tempo que estes permanecem no SU tem levado a um aumento da mortalidade, da duração da ventilação mecânica e consequente aumento do tempo de internamento na UCI e no hospital (Bayram & Şancı, 2019; Mohr et al., 2020). Assim, é fácil de entender que os profissionais do SU devem possuir um conjunto de habilidades e competências para cuidar deste tipo de utentes, mesmo que seja por um curto período de tempo (Bayram & Şancı, 2019).

Muitas intervenções baseadas em evidências poderão ser utilizadas no sentido de reduzir a morbidade e a mortalidade da pessoa em situação crítica que permanece no SU, como sendo aquelas que estão direcionadas para o tubo endotraqueal/traqueostomia, ventilador e circuito, prevenção de broncoaspiração, controle da infecção e da sedação/analgesia (Mohr, 2020 & Santos, 2020).

Ficou comprovado que a existência de um protocolo de monitorização destes doentes tem um efeito positivo nos resultados obtidos (Bayram & Şancı, 2019).

2.3.2 Boas práticas no cuidado à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência

Atualmente os cuidados de emergência incluem utentes sob VMI que passam frequentemente muitas horas no SU a aguardar vaga numa cama de cuidados intensivos ou à espera de uma decisão clínica para o seu encaminhamento. Constata-se que são prestados cuidados básicos de enfermagem a estes utentes, mas não existem diretrizes para que os enfermeiros do SU iniciem rapidamente protocolos de cuidados intensivos, incluindo a prevenção da PAI (Hendrix & Rochani, 2023).

A ocorrência da PAI tem sido atribuída à entubação no SU e ao tempo de permanência neste serviço, que é recomendado que não seja superior a quatro horas. Muitas vezes isso não é possível devido a superlotação e falta de recursos (Santos et al., 2020).

Segundo Hendrix e Rochani (2023) os cuidados relacionados com a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI), baseados em evidências, devem ser iniciados no SU. Estes autores defendem, através do seu estudo, que é necessário aumentar a competência dos enfermeiros do SU na prevenção da PAI, à medida que vão cuidando cada vez mais deste tipo de doentes.

Rafiei et al. (2020) observaram no seu estudo, que os enfermeiros de urgência tinham um conhecimento inadequado sobre a prevenção da PAI. Dada a elevada taxa de mortalidade destas infeções, a prevenção ganha aqui uma importância vital, desempenhando o enfermeiro um papel de extrema importância. Para isso é necessário que esteja munido de conhecimento e informação, devendo esta ser adquirida através de formação.

A PAI é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS] mais comuns na pessoa em situação crítica e é definida como uma pneumonia que se desenvolve após as primeiras 48 horas de suporte de ventilação mecânica (Akbiyik et al., 2021). Esta tem um grande impacto na morbidade e

mortalidade, assim como na sobrecarga dos recursos de saúde e no elevado custo socioeconómico e de saúde que isso provoca. O risco de aparecimento de uma pneumonia nosocomial é vinte vezes superior num utente que seja submetido a VMI. Na Europa, dos utentes submetidos a VMI, cerca de 10% desenvolvem PAI, com uma mortalidade inicial de 19,2% e tardia de 31,4% (Astasio-Picado et al., 2022).

É na pessoa em situação crítica que a taxa de mortalidade é mais elevada. Para a sua patogénese muito contribuem a colonização bacteriana das vias aéreas superiores e do trato gastrointestinal e a aspiração de secreções contaminadas para as vias aéreas inferiores (Akbiyik et al., 2021).

A pneumonia surge quando determinados microrganismos atingem o aparelho respiratório inferior por: inalação através do tubo endotraqueal/traqueostomia via circuitos e /ou tubos do ventilador, por aspiração de secreções colonizadas da orofaringe ou pelo fenómeno de translocação bacteriana por focos de infeção distantes do pulmão ou por infeções próximas dos pulmões (Astasio-Picado et al., 2022).

De entre os agentes mais comuns da PAI num período inicial de quatro dias de ventilação mecânica encontram-se: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, bastonetes entéricos gram-negativos e *Moraxella catarrhalis*. A partir do quinto dia os agentes mais comuns são: *Pseudomonas aeruginosa*, o *Acinetobacter baumannii* ou *Staphylococcus aureus resistente à meticilina* (Akbiyik et al., 2021 e Astasio-Picado et al., 2022).

Um diagnóstico rápido da PAI que permita um tratamento atempado e adequado é fundamental para um bom prognóstico e pode ser realizado através de métodos invasivos e não invasivos. Estes incluem sintomas clínicos, radiológicos e laboratoriais, como os seguintes:

- Febre > 38°C
- Leucopenia ou leucocitose
- Secreções purulentas das vias aéreas inferiores
- Diminuição das trocas gasosas e da função respiratória caracterizados por ocorrência de dessaturação ou aumento da necessidade de oxigénio
- Exames radiológicos demonstrando o início ou a progressão de infiltrados pulmonares existentes
- Aumento de biomarcadores inflamatórios como a proteína C-reativa.

(Astasio-Picado et al., 2022)

A PAI constitui um verdadeiro problema de saúde intra-hospitalar e muito contribui para um aumento do tempo de internamento para quem delas sofre. Estas características exigem o

estabelecimento de estratégias terapêuticas e de prevenção que contribuam para uma diminuição da incidência e das complicações deste tipo de pneumonia (Astasio-Picado et al., 2022).

Existem intervenções farmacológicas e não farmacológicas que podem ser utilizadas na prevenção da PAI, nas quais constam: profilaxia de úlceras de stress e da trombose venosa profunda através da mobilização precoce; cuidados orais com clorexidina a 0,12%, 0,2% ou 2% a cada 8 horas, pois é o antisséptico que mais ajuda a reduzir a colonização microbiana da cavidade oral, com especial atenção para a prevenção da formação de biofilme lingual; lavagem das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual, para prevenir a propagação da infeção e remover os micróbios das mãos; posição semi-sentada do utente (elevação da cabeceira a 30º) para evitar o refluxo gastroesofágico e a provável aspiração de conteúdo gástrico, bem como de secreções; evitar resíduo gástrico excessivo avaliando o seu volume a cada 8 horas para evitar o risco de refluxo; nutrição enteral precoce; entubação orotraqueal utilizando tubos com drenagem subglótica, pois reduz a quantidade de secreções contaminadas que estão alojadas acima do cuff; colocação de sonda orogástrica preferencialmente à nasogástrica pela sua associação com o aparecimento de sinusite e aumento de secreções; mudança de circuitos do ventilador quando visivelmente sujos ou danificados; aspiração orofaríngea e orotraqueal usando a técnica assética, apenas quando indicado e não rotineiramente, evitando ao máximo as desconexões do sistema; monitorizar continuamente ou pelo menos três vezes em 24 horas a pressão de cuff entre 20 a 30 cm H₂O, pois uma pressão baixa permite a passagem de secreções e microrganismos para o aparelho respiratório inferior e uma pressão superior irá provocar lesão isquémica na mucosa traqueal, podendo evoluir para estenose, fístula ou traqueomalácia (Akbiyik et al., 2021 e Astasio-Picado et al., 2022).

É a microaspiração de secreções orofaríngeas a principal causa de PAI, pelo que Akbiyik et al. (2021) estudaram este aspeto em particular e concluíram que a aspiração orofaríngea antes da mudança de posição do utente reduz significativamente o desenvolvimento de PAI. A mudança de posição do utente também pode originar alterações na pressão do cuff pelo que a sua medição e ajuste para os limites recomendados, após o posicionamento do utente, é aconselhada (Santos et al., 2020).

A correta fixação do tubo endotraqueal é essencial na proteção das vias aéreas em utentes críticos sob VMI, mas deve-se evitar a sua fixação exagerada pelo nastro, pois pode originar lesões labiais e auriculares (Santos et al., 2020).

Hassan e Elsaman (2022) referem uma definição moderna de «eventos associados à VM», que engloba complicações infecciosas e não infecciosas que surgem após 48 horas de VM. Entre as principais causas não infecciosas destes eventos estão: a atelectasia, o edema pulmonar, a embolia pulmonar e a síndrome de dificuldade respiratória aguda. Além das boas práticas referidas anteriormente, surgem aqui

outras que também contribuem para a ocorrência de menos complicações, como sejam a minimização da sedação, a realização de testes diários de respiração espontânea, mobilidade precoce, controlo de fluidos e ventilação com baixo volume corrente. A utilização de modos ventilatórios controlados e balanços hídricos positivos surgem como fatores de risco para a ocorrência destes eventos.

A entubação e a ventilação mecânica são intervenções que causam dor e desconforto à pessoa que delas precisa. Estas situações levam ao uso de terapêutica farmacológica pertencente ao grupo dos analgésicos ou sedativos para que os utentes as consigam tolerar. Contudo, o seu uso excessivo, nomeadamente de sedativos, acarreta riscos que se estendem ao SU, incluindo extubação tardia, aumento do delírio e da mortalidade. Por outro lado, vários estudos demonstram que a minimização da sedação é possível em protocolos que dão ênfase à analgesia, o que permite minimizar o número de dias de entubação e de internamento hospitalar (Imhoff et al., 2021).

Na avaliação do nível de sedação no sentido de ajustar a dose do medicamento à condição clínica do utente, para evitar o seu excesso e minimizar os efeitos adversos devem ser utilizadas escalas, como a de RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale (Santos et al., 2020).

Este paradigma levou a que os utentes sob VMI estejam conscientes cada vez mais cedo, mas com dificuldade em comunicar devido à presença do tubo endotraqueal, alterações cognitivas, diminuição da força física ou sedação. Esta barreira em comunicar torna-se um desafio ético e é muitas vezes subestimada em relação a outros procedimentos técnicos. Muitas vezes os utentes expressam sentimentos negativos, como medo, frustração e ansiedade relacionados com a sua doença e com a incapacidade de falar. Surge aqui, como um importante indicador de qualidade, o estabelecimento de boas práticas de comunicação, tornando-se assim uma parte essencial do cuidado (Karlsen et al., 2022).

Ao estabelecer este tipo de comunicação, os enfermeiros têm em conta as necessidades emocionais e espirituais dos utentes, que vão além das necessidades físicas, exercendo assim um verdadeiro cuidado holístico (Momennasab et al., 2019)

Este tipo de comunicação torna-se muito exigente, tanto para os utentes, como para os profissionais. Na tentativa de criar um ambiente humano e seguro, os profissionais adotam várias estratégias de comunicação, como por exemplo: fazer perguntas fáceis e simples do tipo sim/não, usar palavras compreensíveis, explicar os procedimentos a realizar, usar o nome do utente, ser paciente, ler lábios e expressões faciais, instruir para falar lentamente, usar a escrita ou placas de comunicação (Karlsen et al., 2022).

Outro cuidado de enfermagem, já abordado, considerado como boa prática é a aspiração endotraqueal. O utente, devido à sua imobilidade provocada pela sedação, diminuição do reflexo de tosse e à presença do tubo endotraqueal, vão promover a retenção de secreções, a colonização bacteriana e a aspiração de secreções que se acumulam no espaço subglótico. Por este motivo a aspiração endotraqueal é considerada uma boa prática essencial. Vai permitir manter a via aérea permeável, facilitar a ventilação e a consequente troca de gases, mas não é uma técnica isenta de riscos. É importante o enfermeiro avaliar o utente antes, durante e após a execução da técnica, realizando um exame físico e a monitorização, tendo em conta aspetos, como: saturação de oxigénio, sons respiratórios, frequência respiratória, padrão respiratório, parâmetros ventilatórios e outras variáveis hemodinâmicas. A sua realização não deve ultrapassar 15 segundos por aspiração e a pressão de sucção deverá ser entre 80 - 120 mmHg negativos, não devendo ultrapassar os 150 mmHg negativos. Deverá ser utilizada a hiperoxigenação com fração inspirada de oxigénio a 100%. O diâmetro da sonda não deverá ser superior a metade do diâmetro interno do tubo endotraqueal. A utilização rotineira de soro fisiológico 0,9% dentro do tubo endotraqueal deve ser evitada, uma vez que ela tem alguns efeitos colaterais, como aumento do volume de secreções, diminuição da saturação de oxigénio e agitação. Após o procedimento o sistema de aspiração deve ser lavado com soro fisiológico ou água destilada e protegido numa embalagem limpa e seca (Santos et al., 2020).

Relativamente aos cuidados relacionados com o ventilador mecânico, é da responsabilidade do enfermeiro, garantir o seu uso em segurança. Para isso, o seu acondicionamento é fundamental, assim como monitorizar e verificar o motivo do acionamento dos seus alarmes. Faz parte das boas práticas a resolução de alarmes comuns em ventiladores de forma a evitar períodos longos de ventilação ineficaz (Santos et al., 2020). Uma ótima interação entre utente-ventilador evita sedação excessiva, ansiedade ou desconforto no utente, aumento do esforço respiratório, VM prolongada e aumento da mortalidade (Gardner et al., 2021).

A montagem do circuito respiratório deve ser efetuada com técnica assética no sentido de prevenir a infeção (Santos et al., 2020).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Foi-nos proposto, no contexto da Unidade Curricular Estágio Final, desenvolver um PIP que fosse ao encontro de uma necessidade identificada no serviço onde decorreu o EF e que contribuísse, de maneira relevante, para a melhoria da qualidade do serviço clínico prestado, pelo que, incluímos a sua planificação no projeto de estágio (Apêndice I).

A necessidade do serviço identificada em conjunto com a equipa de enfermagem recaiu sobre a temática: «Boas Práticas no Cuidado à Pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência».

Na sua operacionalização foi utilizada a metodologia de projeto. Esta metodologia tem como base uma investigação centrada na identificação de um problema real e na implementação de estratégias e intervenções de forma eficaz com vista à sua resolução, promovendo desta forma uma prática baseada e fundamentada em evidência (Ruivo et al., 2010).

O objetivo principal desta metodologia está em perfeita sintonia com a realização deste projeto, ao centrar-se na resolução de problemas e concretização de projetos reais, enquanto permite a aquisição de capacidades e competências pessoais. Permite que a teoria sirva de suporte para mudanças concretas e fundamentadas da prática (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto desenrola-se ao longo de um período de tempo e percorre as seguintes etapas: diagnóstico de situação; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução das atividades previstas no planeamento; avaliação e divulgação dos resultados. É de realçar que todo este processo é dinâmico, pois permite a sua adaptabilidade e reorientação sempre que tal seja necessário ao longo da sua implementação (Ruivo et al., 2010). Nos subcapítulos seguintes descrevemos a forma como utilizamos cada etapa na concretização do PIP.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa da metodologia de projeto. Enquadrado nos cuidados de saúde, implica uma análise adaptada dos problemas e necessidades da população, com a finalidade de os corrigir ou minimizar. Deve ser dinâmico, contínuo e atualizado em permanência para acompanhar as mudanças que ocorrem na realidade. É fundamental que se realize de forma aprofundada e rápida, para permitir atuar em tempo útil e implementar regras valiosas e exequíveis. Nos serviços de saúde, os diagnósticos de situação permitem fazer avaliações de forma padronizada e perceber o sucesso das regras ou normas implementadas (Ruivo et al., 2010).

Na elaboração do diagnóstico de situação, o contexto deverá ser analisado e caracterizado de forma abrangente nas suas vertentes socioeconómica e cultural, na procura de identificar potencialidades e mecanismos de mudança existentes. Deverá ser multidisciplinar e apelar à participação e compreensão de todos os intervenientes (Ruivo et al., 2010). Estas são características comuns à primeira etapa do MMPBE proposto por Larrabee (2011).

Existem vários métodos que podem ser utilizados na identificação de problemas (Ruivo et al., 2010). No nosso caso foram utilizados: a entrevista, a observação, o questionário e a análise SWOT.

Segundo Ruivo et al. (2010), a entrevista é muito utilizada na recolha de informação, opiniões ou de necessidades.

Na segunda semana de estágio foi realizada uma entrevista exploratória não estruturada à enfermeira gestora e à enfermeira em funções de coordenação. Foi feita em conjunto, o que permitiu, de acordo com Ruivo et al. (2010) uma síntese mais dinâmica, completa e compreensiva na procura de um problema em concreto. Com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa de enfermagem, foi realizada uma entrevista exploratória não estruturada individual.

Através do conhecimento aprofundado que estes elementos têm do contexto onde decorreu o EF, e aproveitando simultaneamente a minha experiência profissional no contexto de cuidados intensivos, foi possível determinar a necessidade de elaborar um projeto no âmbito dos cuidados aos utentes submetidos a VMI. Os entrevistados referiram ser importante este projeto porque a equipa de enfermagem é muito grande, com elementos muito jovens e muitos sem experiência de cuidados intensivos, existe muita rotatividade de entrada e saída de elementos, assim como dos postos de trabalho dentro do SU, o que aliado ao facto de serem situações que por vezes não são muito frequentes, tornam difícil prestar cuidados de uma forma sistematizada e uniformizada.

Através da observação e apreciação do contexto, podemos verificar que no sistema informático que serve de suporte ao processo clínico, não existem registos de enfermagem com intervenções específicas para o utente ventilado no SU, dificultando a sua vigilância e uniformização, quer dos próprios registos, quer das intervenções a realizar, tendo impacto significativo na qualidade do serviço prestado e na segurança do utente.

Para caracterizar melhor o problema e os seus intervenientes, aplicamos um questionário aos enfermeiros do SU através da plataforma *Google Forms*. Procuramos conhecer o perfil académico e profissional dos enfermeiros e a sua opinião acerca da importância e necessidade formativa relacionada com a intervenção proposta.

Pode ser consultada uma cópia do questionário através do link: <https://docs.google.com/forms/d/1noXNV9Jz5r2JkDaJBGA2oUVu-MFqzoGkHSyr6Q3zVw/edit?ts=65f98d8c>.

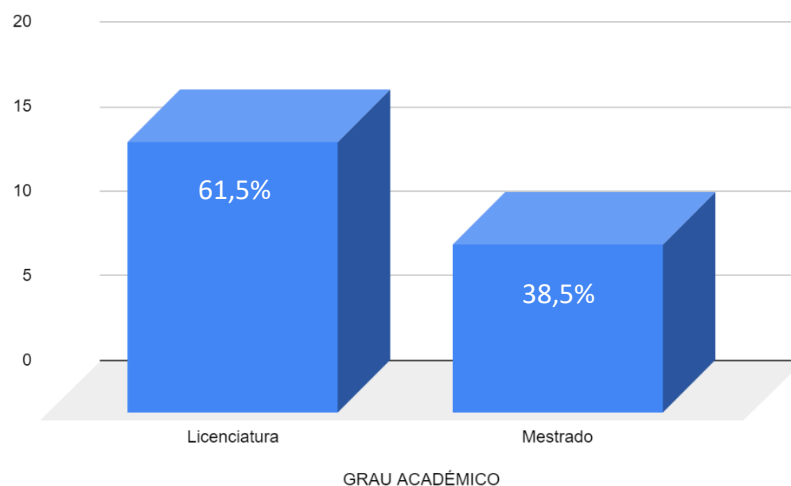
A não inclusão da equipa médica neste questionário prende-se com o facto de no SU serem prestados serviços por médicos internistas, médicos tarefeiros, anestesistas, intensivistas e cirurgiões, sendo difícil a aplicação de questionários a esta população em tempo útil.

O questionário foi disponibilizado através do correio eletrónico profissional e do grupo de *WhatsApp* dos enfermeiros do SU, na tentativa de sensibilizar o maior número de pessoas a preencher o questionário. Retirando a enfermeira gestora e os enfermeiros em integração (4) aos quais este questionário não foi dirigido, responderam 26 profissionais, o que equivale a 37% da população. A adesão baixa pode dever-se ao facto de haver desmotivação e cansaço dos profissionais. Quando foi realizado o EF, o SU encontrava-se sobrelotado, com valores recorde de doentes internados em espaço da urgência (superior a cem), sendo notória a falta de profissionais, carga horária excessiva e realização de obras o que veio complicar ainda mais a dinâmica do serviço.

O questionário aplicado foi de aceitação livre e consentimento informado, e foi garantida a privacidade e confidencialidade dos participantes, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da norma da DGS 015/2013, atualizada em 4/11/2015. Todos os participantes tiveram conhecimento destes termos e responderam afirmativamente ao seu consentimento.

Dos elementos que responderam ao questionário, 61,5% são licenciados, enquanto 38,5% detêm o grau de Mestre (Gráfico 4).

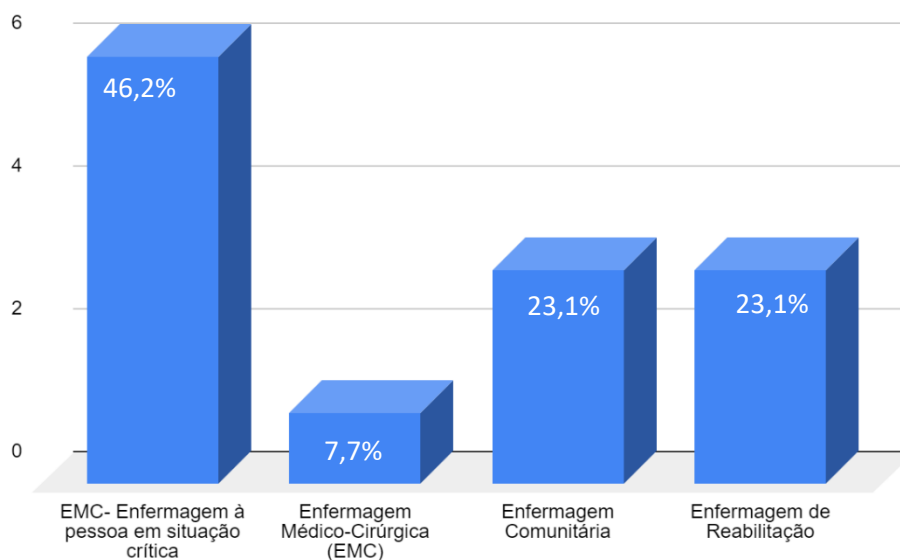
Gráfico 4 - Grau acadêmico dos enfermeiros



Fonte: elaboração própria

Do total dos inquiridos 50% têm uma especialidade, o que equivale a 13 inquiridos. Desses 13 especialistas, 6 enfermeiros são especialistas em EMC-PSC, 3 enfermeiros têm a especialidade de Reabilitação, 3 enfermeiros são especialistas em Enfermagem Comunitária e um referiu ser especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos enfermeiros por área de especialidade



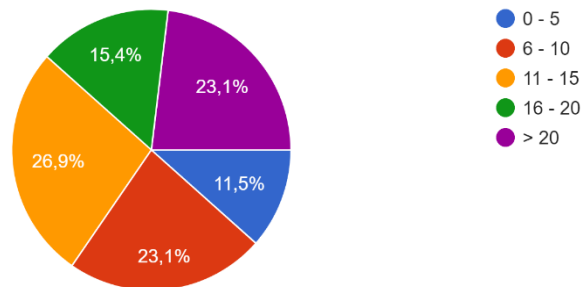
Fonte: elaboração própria

Pelos resultados obtidos no questionário, foi possível constatar que a maior percentagem dos inquiridos tem entre 11 e 15 anos de experiência profissional e que 11,5% tem menos de 5 anos de experiência profissional (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Experiência profissional dos enfermeiros

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (em anos)

26 respostas



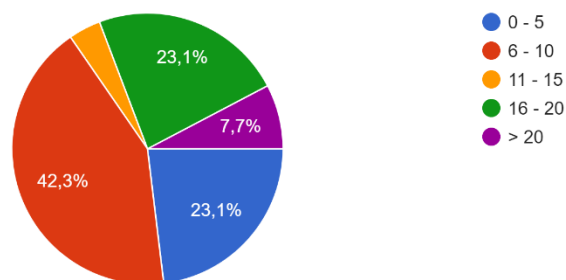
Fonte: elaboração própria

Relativamente ao tempo de experiência profissional no SU, observou-se que a maior percentagem de enfermeiros se situa entre os 6 e 10 anos, assim como no cuidado à PSC e à pessoa ventilada. No entanto, 23,1% dos enfermeiros tem um tempo de experiência profissional a cuidar de pessoas em situação crítica inferior a cinco anos e 26,9% a pessoas submetidas a VMI também inferior a cinco anos (Gráficos 7, 8 e 9). Se nos remetermos para a Teoria desenvolvida por Benner (2001), o período de cinco anos corresponde ao nível de iniciado e é essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências, demonstrando assim, que alguns elementos estão dentro do *timing* ideal para a realização da formação.

Gráfico 7 - Experiência profissional dos enfermeiros no SU

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA (em anos)

26 respostas

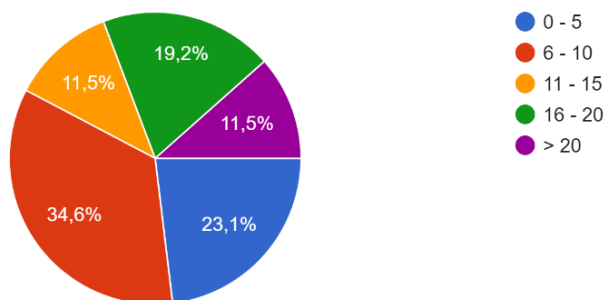


Fonte: elaboração própria

Gráfico 8 - Experiência profissional dos enfermeiros no cuidado à PSC

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (em anos)

26 respostas

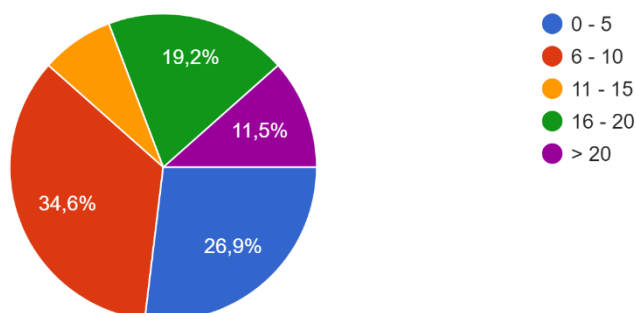


Fonte: elaboração própria

Gráfico 9 - Experiência profissional dos enfermeiros no cuidado à pessoa submetida a VMI

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO CUIDADO À PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA (em anos)

26 respostas



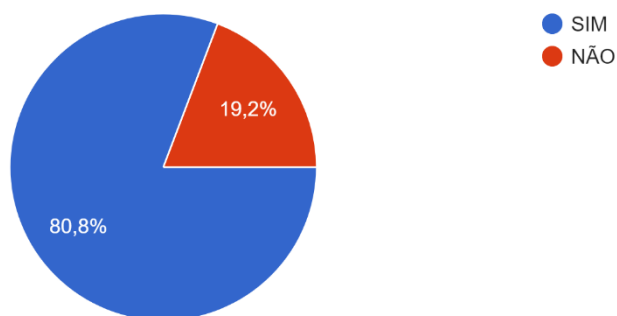
Fonte: elaboração própria

Dos enfermeiros que responderam ao questionário 19,2% referiram que nunca frequentaram uma ação formativa acerca do cuidado à pessoa submetida a VMI, sendo que dos que responderam afirmativamente, 15,4% já o fez há mais de 10 anos (Gráficos 10 e 11). Estes resultados demonstram a necessidade de realizar ações de formação sobre a pessoa em situação crítica ventilada no SU, quer para a aquisição, quer para a atualização de conhecimento à luz da evidência científica mais atual disponível.

Gráfico 10 - Percentagem de enfermeiros que já frequentou alguma ação formativa relacionada com VMI

Já frequentou alguma ação formativa acerca do cuidado à pessoa submetida a VMI?

26 respostas

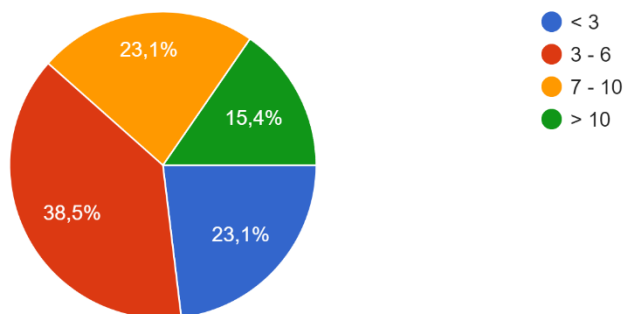


Fonte: elaboração própria

Gráfico 11- Distribuição dos enfermeiros desde a última vez que frequentaram uma ação formativa acerca dos cuidados à pessoa submetida a VMI

Se respondeu sim, há quanto tempo? (em anos)

26 respostas



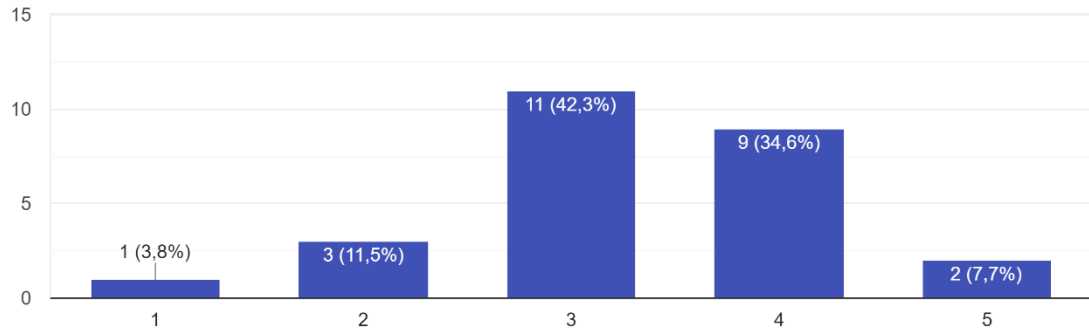
Fonte: elaboração própria

Foi também questionado aos enfermeiros se se sentiam confiantes para prestar cuidados a este tipo de utentes. Para isso foi utilizada uma escala de avaliação, em que o valor 1 correspondia a nada confiante, 2 pouco confiante, 3 confiante, 4 muito confiante e 5 plenamente confiante. Pela interpretação dos dados obtidos, verifica-se que a maior percentagem dos inquiridos, sentem-se confiantes, muito confiantes ou plenamente confiantes, mas que 11,5% sentem-se pouco confiantes e 3,8% nada confiantes (Gráfico 12). Através da análise dos dados, é possível identificar oportunidades de melhoria no sentimento de confiança destes profissionais ao prestar cuidados a utentes ventilados mecanicamente.

Gráfico 12 - Confiança dos enfermeiros em prestar cuidados de enfermagem de qualidade a uma pessoa submetida a VMI

Sente-se confiante a prestar cuidados de enfermagem de qualidade a uma pessoa submetida a VMI?

26 respostas



Fonte: elaboração própria

Relativamente às últimas três questões do questionário, que foram as seguintes: “Considera importante a criação de uma norma hospitalar que permita a uniformização das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU?”, “Considera a uniformização das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI uma mais valia na qualidade e segurança dos cuidados prestados?” e “Considera importante a realização de formação em serviço subordinada ao tema “Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência”?” a totalidade dos inquiridos responderam “sim” a todas as questões. Os resultados do questionário vieram dar força aos dados obtidos nas entrevistas realizadas. Todos os inquiridos são da opinião que deve haver uma intervenção sobre a temática em estudo, o que vem confirmar a pertinência deste tema para os enfermeiros do SU.

Para completar a formulação do diagnóstico, foi elaborada uma análise SWOT. Segundo Ruivo et al. (2010) este método permite confrontar e refletir sobre os aspetos positivos e negativos relacionados com determinada situação. Dos aspetos positivos fazem parte as forças (elementos favoráveis dentro do próprio sistema) e as oportunidades (elementos favoráveis externos ao sistema). Nos aspetos negativos encontramos as fraquezas (pontos fracos dentro do próprio sistema) e as ameaças (fatores externos que prejudicam o sistema). A análise SWOT elaborada encontra-se sintetizada na Figura 3.

Figura 3 - Análise SWOT

FATORES INTERNOS			
FATORES POSITIVOS	Forças	Fraquezas	FATORES NEGATIVOS
	• Equipa motivada e interessada nesta temática • Ausência de um protocolo sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a VMI • Necessidade de uniformizar a boas práticas no cuidado ao utente submetido a VMI • Apoio da enfermeira gestora e enfermeira em funções de coordenação • Aprovação da diretora clínica • Registos no suporte informático • Ausência de custos relacionados com o projeto	• Recursos de enfermagem limitados • Rotatividade e não inclusão da equipa médica • Formação e divulgação da norma fora do horário laboral • Nem todos os enfermeiros fazem turnos na SE • Cansaço dos enfermeiros • Falta de enfermeiros • Carga horária excessiva	
	Oportunidades	Ameaças	
	• Uniformização dos registos no suporte informático • Ganhos em saúde através da promoção da praxis baseada em evidências • Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao utente submetido a VMI • Contribuir para a formação dos profissionais	• Limitação de recursos humanos e materiais • Resistência da equipa multidisciplinar à mudança • Equipa responsável pela informática não estar disponível para programar as intervenções no suporte informático • Falta de disponibilidade para continuar o projeto	
FATORES EXTERNOS			

Fonte: Elaboração própria

As estratégias utilizadas permitiram diagnosticar um problema que reúne características essenciais, como ser real, haver recursos e disponibilidade no contexto para o resolver, ser operacionalizado através de uma hipótese científica, ser importante para a prática e estar formulado de maneira perceptível por outros investigadores (Ruivo et al., 2010). Em suma, os problemas encontrados foram a ausência de uma norma que uniformizasse as boas práticas à pessoa submetida a VMI, a falta de planeamento e registo das intervenções no suporte informático de forma parametrizada.

3.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

São os objetivos que definem o que se quer alcançar. Podem ser gerais quando descrevem os resultados esperados e estão direcionados para a aquisição de competências amplas e complexas; ou específicos quando indicam conhecimentos e aptidões mais elementares, resultam da subdivisão de um objetivo geral. Os objetivos devem ser claros, precisos, em número reduzido, realizáveis e mensuráveis relativamente à sua qualidade, quantidade e duração (Ruivo et al., 2010).

Foi definido como objetivo geral para este PIP:

- Promover boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU.

Como objetivos específicos:

1. Elaborar uma proposta de norma de procedimento acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU;
2. Elaborar uma *checklist* de avaliação do cumprimento a norma proposta acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU;
3. Criar uma proposta para registo na plataforma informática das intervenções relativas à vigilância e monitorização da pessoa submetida a VMI no SU;
4. Divulgar a norma de procedimento referente às boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU;
5. Divulgar a proposta de registo no aplicativo informático que contemple as intervenções referentes à vigilância e monitorização da pessoa submetida a VMI.

Os objetivos foram numerados para uma melhor identificação e acompanhamento ao longo do projeto.

3.3. PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

É na fase do planeamento que é elaborado um plano pormenorizado onde devem constar a calendarização das atividades a desenvolver, a identificação dos recursos necessários, os métodos e técnicas de pesquisa para que os objetivos sejam atingidos. Este processo é dinâmico e pode ser revisto e ajustado se necessário (Ruivo et al., 2010). Esta fase corresponde à etapa quatro do MMPBE proposto por Larrabee (2011).

Na instituição onde foi realizado o PIP, existe um Gabinete de Investigação que tem como competências: promover, acompanhar e divulgar trabalhos de investigação dentro da própria instituição e rececionar, validar e proceder ao encaminhamento dos requerimentos de aprovação de vários pareceres. Existe uma Comissão de Ética que tem como competências: zelar pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana; apreciar e emitir pareceres sobre todos os aspetos éticos da atividade desenvolvida na instituição; pronunciar-se sobre protocolos de investigação científica, nomeadamente, a ensaios de diagnóstico que envolvam seres humanos; avaliar os aspetos metodológicos, éticos e legais dos estudos de investigação clínica que lhe são submetidos.

Assim, mediante solicitação destas entidades, foram facultados os documentos necessários para a autorização deste PIP (Apêndice II) no dia 7 de novembro de 2023, tendo sido emitido parecer favorável no dia 23 de novembro de 2023 (Anexo II).

Elaborámos um cronograma de atividades, onde ficou calendarizado as atividades a desenvolver em cada uma das fases do PIP (Apêndice III). As fases de diagnóstico, planeamento e execução têm uma duração de quatro meses, correspondendo ao período de estágio. Os dois meses seguintes ao estágio ficaram reservados para a elaboração do relatório.

Na etapa da Execução da Metodologia de Projeto vai-se colocar em prática tudo o que foi planeado. É expectável que existam muitos resultados, em termos de aprendizagem, resolução de problemas e aquisição de competências (Ruivo et al., 2010). Tem a sua correspondência com a etapa cinco da MMPBE de Larrabee (2011).

A avaliação corresponde a uma etapa da metodologia de projeto que se caracteriza por ser dinâmica e contínua, em que vamos comparar os objetivos definidos inicialmente e os objetivos que foram atingidos, de forma rigorosa, devendo contemplar várias vertentes de análise e reflexão. Ela deve conter os elementos necessários por forma a permitir melhorar a coerência entre o problema e o projeto, a eficiência na gestão dos recursos e a eficácia tendo em conta os resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

É importante na avaliação, verificar se cada um dos objetivos foi atingido e porquê. Se foi atingido, deve-se questionar quanto à sua utilidade e relevância para o projeto; em caso negativo, deve-se procurar conhecer os fatores que contribuíram para esse resultado e as consequências para o projeto (Ruivo et al., 2010).

O autor, ou autores do projeto, devem fazer uma autoavaliação crítica, no sentido melhorar a qualidade e os resultados do seu projeto. Devem fazer uma introspeção sobre a sua participação e o que

poderiam ter feito de diferente para melhorar o seu desempenho; identificar erros e/ou corrigir aspectos menos conseguidos, ao eliminar, modificar ou implementar novas estratégias. A heteroavaliação também deve ser realizada, de uma maneira construtiva, para promover a melhoria de projetos futuros (Ruivo et al., 2010). A etapa da avaliação corresponde à etapa cinco do MMPBE (Larrabee, 2011).

Na elaboração deste relatório decidimos descrever estas três etapas em simultâneo, uma vez que se encontram interligadas entre si.

Nos sub-subcapítulos seguintes serão apresentadas em tabela (Tabelas 1, 2 e 3), as atividades planeadas, os recursos necessários e os indicadores de avaliação tendo em conta cada objetivo específico definido. No seguimento descrevemos a forma como foram executadas essas atividades e avaliamos se os objetivos propostos foram atingidos.

3.3.1 Objetivos específicos 1 e 2

Tabela 1 - Planeamento dos objetivos específicos 1 e 2 do PIP

Objetivos específicos 1 e 2	• Elaborar uma proposta de norma acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU • Elaborar uma <i>check-list</i> de avaliação do cumprimento da norma proposta acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU
Atividades	• Consulta de normas, protocolos e documentação existente no SU em suporte de papel e na intranet • Reunião com a professora orientadora, enfermeira gestora, enfermeira supervisora do estágio e enfermeira em funções de coordenação no serviço do SU • Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, jornais e revistas da especialidade e seleção da melhor evidência acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI. • Elaboração da uma proposta de norma de procedimento • Elaboração de uma <i>check-list</i> de verificação do cumprimento da norma proposta

	• Discussão da proposta da norma e da <i>check-list</i> de verificação com a enfermeira gestora, enfermeira supervisora do estágio, enfermeira orientadora e enfermeira em funções de coordenação do serviço do SU • Revisão da proposta da norma e da <i>check-list</i> de verificação tendo por base as recomendações efetuadas. • Apresentação da proposta da norma e da <i>check-list</i> de verificação ao departamento de qualidade do hospital. • Formulação da versão final da proposta da norma de procedimento
Recursos humanos	Professora orientadora, enfermeira gestora do SU, enfermeira supervisora, enfermeira em funções de coordenação do SU
Recursos materiais	Sala polivalente, internet, computador, bibliografia, bases de dados
Indicador de avaliação	Elaboração da proposta da norma de procedimento acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU

Fonte: Elaboração própria

Para alcançar estes objetivos, pesquisamos todas as normas, protocolos ou outros documentos orientadores existentes no SU. Foi feita uma análise do contexto clínico, relativamente aos recursos disponíveis, (mais importante àqueles que interferem diretamente na VMI), da organização e dinâmicas de serviço. Foi possível constatar a ausência de uma norma ou protocolo relacionados com o tema deste PIP.

Foram realizadas reuniões com a enfermeira gestora, a enfermeira em funções de coordenação, a enfermeira supervisora e a enfermeira orientadora ficando assim constituído o grupo de trabalho deste projeto. Segundo Larrabee (2011) é importante identificar e incluir os intervenientes do problema da prática e trabalhar em equipa para a resolução dos problemas. A nosso cargo ficou o papel de realizar a pesquisa bibliográfica e elaborar a proposta da norma de atuação e proposta de registo das intervenções contempladas na norma. À enfermeira gestora e enfermeira em funções de coordenação coube a responsabilidade de analisar as propostas, sugerir melhorias, “afinar” a sua adequabilidade ao serviço e garantir a continuidade do projeto após o término do EF.

Para Larrabee (2011), a pesquisa é uma investigação sistemática, de rigor científico, com o intuito de melhorar a prática clínica, transformando o conhecimento em atividades práticas. Neste sentido, elaboramos uma revisão *scoping*, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível acerca das boas práticas a adotar no cuidado à PSC sob VMI em contexto de urgência hospitalar (Apêndice IV).

Através da localização das melhores evidências e da sua análise crítica foram cumpridas as etapas dois e três do MMPBE de Larrabee (2011).

Com o suporte da revisão da literatura e das recomendações emanadas das reuniões, elaborámos uma proposta de norma inicial com a respetiva *check-list* de verificação, a qual foi sendo revista e melhorada pela enfermeira gestora e enfermeira em funções de coordenação. Foi pedida colaboração ao Núcleo da Qualidade e Inovação em Enfermagem do próprio hospital, que forneceu o documento usado na instituição para a elaboração de normas hospitalares e numa fase posterior, avaliou, reviu e propôs melhorias da norma de acordo com os seus padrões de qualidade e segurança.

Após todas as alterações sugeridas terem sido efetuadas, com o aval e satisfação de todos os intervenientes, foi elaborada a versão final da norma, que inclui uma *checklist* para avaliação do seu cumprimento.

A versão final da norma ficou com a seguinte estrutura:

- **Introdução:** expõe a importância da enfermagem e pertinência do tema no contexto em causa;
- **Algoritmo de atuação/planeamento de cuidados:** para fins práticos dividiram-se os cuidados de enfermagem em três fases com o respetivo algoritmo de atuação; foram caracterizados os tipos de cuidados de enfermagem, as intervenções que lhes pertencem e a respetiva justificação;
- **Princípios gerais:** descreve algumas indicações para VMI, seus riscos e complicações;
- **Operacionalização das práticas:** sugerem-se momentos de formação e como registar os parâmetros e intervenções no processo clínico do doente;
- **Glossário:** com alguns termos mais utilizados e importantes relacionados com VMI que possam suscitar dúvidas;
- **Bibliografia:** referências utilizadas na norma
- **Anexos:** três anexos que contemplam uma escala de dor, uma escala de sedação e a *checklist* de verificação do cumprimento da norma (Apêndice V).

Com a elaboração da norma que contempla as boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU, pensamos que os objetivos 1 e 2 foram alcançados. Somos da opinião que trará um aumento na qualidade e segurança na prestação de cuidados neste tipo de situações, ao uniformizar as intervenções de enfermagem a serem realizadas e ao colmatar a ausência de norma relacionada com VMI neste SU.

3.3.2 Objetivo específico 3

Tabela 2 - Planeamento do objetivo específico 3 do PIP

Objetivo específico 3	• Criar uma proposta para registo na plataforma informática das intervenções relativas à vigilância e monitorização da pessoa submetida a VMI no SU
Atividades	• Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, jornais e revistas da especialidade e seleção da melhor evidência acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI. • Elaboração de uma proposta de registo no aplicativo informático que contemple as intervenções referentes à vigilância e monitorização da pessoa submetida a VMI resultantes da proposta final da norma • Discussão da proposta com a professora orientadora, enfermeira em funções de chefia do SU, enfermeira supervisora, enfermeira em funções de coordenação do SU • Revisão da proposta de acordo com as alterações sugeridas • Reunião com o enfermeiro responsável pela articulação com a equipa de parametrização e programação da ferramenta informática; • Realização das revisões necessárias decorrentes da reunião com o enfermeiro responsável pela articulação com a equipa de programação do suporte informático; • Realização do pedido de inclusão da proposta para registo informatizado das intervenções referentes à aplicação da norma.
Recursos humanos	Professora orientadora, enfermeira gestora do SU, enfermeira supervisora, enfermeira em funções de coordenação do SU
Recursos materiais	Internet, computador, bibliografia, bases de dados
Indicador de avaliação	Apresentação da proposta final para registo no processo clínico das intervenções relacionadas com a norma e sua disponibilidade na aplicação informática

Fonte: Elaboração própria

Os registos de enfermagem são fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados ao servirem como veículo de comunicação, onde consta o atendimento e o tratamento realizados durante um determinado período de tempo. Eles permitem demonstrar as repercussões quer positivas, quer negativas que os cuidados de enfermagem exercem na saúde da pessoa. Permitem a implementação de

cuidados por diferentes profissionais de forma lógica, coerente e oportuna. Toda a informação registada pelos enfermeiros deve ser o mais confiável e completa possível, podendo ser utilizada para a tomada de decisões, pesquisa científica, gestão de recursos humanos, físicos e materiais e auditorias. Em suma, os registos de enfermagem são essenciais para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados, promovendo com maior segurança o exercício profissional da enfermagem (Ribeiro, 2019).

Após a identificação das intervenções de enfermagem consideradas boas práticas à pessoa submetida a VMI no SU, tornou-se imperativo que houvesse uma proposta de registo dessas intervenções no processo clínico de cada pessoa. Consideramos os registos de enfermagem um assunto tão importante que decidimos propor a forma como devem ser efetuados na própria norma, de acordo com a plataforma informática utilizada no SU e a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (Apêndice V).

Constatamos que os registos são escritos, na sua grande parte em notas gerais, o que dificulta a continuidade, planeamento e uniformização dos cuidados. Foi assim elaborada a proposta de registo que contempla as atitudes terapêuticas (que correspondem às intervenções de enfermagem interdependentes) e os focos de enfermagem (que correspondem às intervenções de enfermagem autónomas), com as intervenções sugeridas para cada uma delas e respetivos horários. Enquanto não ocorre esta transição foi contemplado também na norma tópicos essenciais a serem incluídos nos registos em notas gerais, para servir de guia condutor.

A proposta de registo foi revista e aprovada, pela enfermeira gestora, enfermeira em funções de coordenação e enfermeira responsável, verificando a sua adequabilidade para quando for implementada a parametrização destas intervenções no SU. Podemos assim aferir, que este objetivo foi alcançado com sucesso.

3.3.3 Objetivos específicos 4 e 5

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

Objetivos específicos 4 e 5	• Divulgar a norma de procedimento referente às boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU • Divulgar a proposta de registo no aplicativo informático que contemple as intervenções referentes à vigilância e monitorização da pessoa submetida a VMI
------------------------------------	--

Atividades	• Planificação das sessões formativas para apresentação e formação da equipa relativamente ao tema abordado, da norma a implementar e registos; • Realização do plano das sessões formativas; • Programação das datas das sessões formativas • Realização das apresentações de apoio à sessão formativa; • Revisão da proposta de apresentação de diapositivos de apoio à sessão formativa com professora orientadora, enfermeira em funções de chefia do SU, enfermeira supervisora e enfermeira em funções de coordenação do SU; • Divulgação das datas das sessões formativas junto da equipa; • Execução das sessões formativas;
Recursos humanos	Professora orientadora, enfermeira gestora do SU, enfermeira supervisora, enfermeira em funções de coordenação do SU, equipa enfermagem do SU
Recursos materiais	Internet, computador, bibliografia, bases de dados, projetor
Indicador de avaliação	Apresentação das propostas finais da norma de procedimento e do registo informático, alcançando pelo menos 60% da equipa de enfermagem;

Fonte: Elaboração própria

Após a elaboração da norma, faltava dar a conhecê-la à restante equipa de enfermagem. Foi agendada a realização de uma sessão de formação em serviço para o dia 25 de janeiro de 2024, às 14 horas, destinada a todos os enfermeiros do SU. O dia e a hora foram escolhidos, em concordância com a enfermeira gestora, por forma a conseguir obter a maior assistência possível, tendo em conta o horário e a dinâmica do serviço. A sua realização foi dada a conhecer a todos os enfermeiros através do email institucional da enfermeira gestora do SU e de uma forma mais informal, no grupo de WhatsApp® dos enfermeiros do serviço.

Na sessão de formação para divulgação da norma e dos registos no aplicativo informático, decidimos incluir outros aspetos, que consideramos que irão melhorar e facilitar a implementação da norma e, por conseguinte, aumentar a qualidade e segurança assistencial nestes doentes. A apresentação ficou assim estruturada:

- **Introdução:** inclui os objetivos e o porquê deste tema;
- **Anatomia e fisiologia:** breve revisão de alguns conceitos;

- **Ventilação mecânica invasiva:** inclui definições, breve história, indicações e riscos/complicações;
- **Ventilador:** definição, fases do ciclo respiratório, como trabalhar com os ventiladores disponíveis no SU (Servo I® e Osiris 3®);
- **Cuidados de enfermagem:** inclui os algoritmos existentes na norma, cuidados de enfermagem, respetivas intervenções, sua justificação e registo;
- **Bibliografia:** referências utilizadas.

A sessão teve o suporte da ferramenta de apresentação virtual da Prezi® e pode ser consultada através do link: <https://prezi.com/view/byhYJYAHNHkO7sqTrFVR/>, ficando disponível na intranet do hospital, no site do SU, para ser consultada quando for necessário, juntamente com a norma em si. À enfermeira gestora coube essa responsabilidade.

Assistiram a esta sessão 23 enfermeiros, o que corresponde sensivelmente a 29 % da população-alvo. Aqui o objetivo de abranger 60 % dos enfermeiros ficou aquém do esperado. O facto de a norma ficar disponível para consulta na intranet do hospital junto com o material de suporte utilizado na formação, podem vir a colmatar a pouca adesão no dia da apresentação. A colaboração daqueles que assistiram à apresentação da divulgação da norma irá ser fundamental para o seu cumprimento durante a sua praxis.

Relativamente à sessão de formação, através do questionário de avaliação dos formandos existente na instituição hospitalar (Anexo III), sensivelmente 74 % (17 enfermeiros) avaliaram a sessão quanto ao grau de satisfação global de “Muito Bom” e 26 % (6 enfermeiros) avaliaram-na com o grau de satisfação global de “Bom”. Os resultados completos da avaliação dos formandos podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultados do questionário de avaliação – formandos

ITENS AVALIADOS (percentagem de respostas dadas)	1	2	3	4	5
O FORMADOR					
Apresentou a informação de forma clara				26	74
Respondeu satisfatoriamente às questões que lhe foram colocadas			13	4	83
Criou boas oportunidades para a participação ao longo da formação			9	26	65
Demonstrou um sólido conhecimento das matérias lecionadas			9	4	87
Revelou verdadeiro interesse e entusiasmo			4,3	17,4	78,3
Atingiu os objetivos da formação				13	87
OS MATERIAIS PEDAGÓGICOS FORNECIDOS					
Terão utilidade como futura referência			4,3	4,3	91,4
Permitiram acompanhar eficazmente as sessões de formação	4,3			26,1	69,6
Têm um aspeto atrativo e profissional		4,3		21,7	74
O CONTEÚDO DA FORMAÇÃO					
O nível de detalhe foi o mais correto				26	74
Permitirá aumentar a minha produtividade no trabalho				26	74
O aprofundamento da matéria foi adequado à minha experiência			4,4	30,4	65,2

Contém exemplos apropriados			13	21,8	65,2
Tem aplicação direta no meu trabalho				17,4	82,6
Foi de encontro às minhas expectativas					
A ORGANIZAÇÃO (1 pessoa não respondeu)					
Recebe e encaminha corretamente os formandos			4,3	17,4	74
Disponibiliza equipamento adequado às exigências da formação	4,3		13	26,1	52
Disponibiliza instalações e condições ambientais adequadas à formação	4,3		4,3	26,1	60,9
APRECIÇÃO GERAL					
Adquiri conhecimentos práticos que utilizarei no meu trabalho				21,7	78,3
O tempo que dediquei à formação foi bem investido				21,7	78,3
Gostei de frequentar esta ação de formação				17,4	82,6
Recomendarei esta formação a outros			4,3	21,7	74
O RITMO DA FORMAÇÃO	Lento		Correto		Rápido
			87		13
GRAU DE SATISFAÇÃO GLOBAL	MM	F	S	B	MB
				26	74

Fonte: elaboração própria

Para a continuação deste projeto no futuro, sugerimos, se possível, o aumento do número de sessões de formação, para que seja possível alcançar a meta dos 60 % presente no indicador de avaliação, pelo que consideramos que este objetivo foi parcialmente atingido.

3.4. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A fase de divulgação dos resultados obtidos pela implementação de um projeto permite dar a conhecer à população em geral a pertinência do projeto e o percurso realizado para a resolução de um determinado problema. A divulgação de resultados na área da saúde permite aos utilizadores de determinado serviço ou instituição conhecer as medidas implementadas para a melhoria dos cuidados, providencia conhecimento científico, tanto para os utilizadores, como para os profissionais e pode servir de modelo para outros serviços ou instituições. A própria divulgação faz parte do desenvolvimento do projeto ao permitir o retorno de informação por parte do público e debater as estratégias utilizadas para a resolução do problema (Ruivo et al., 2010).

A divulgação do PIP para os enfermeiros do SU foi realizada através da sessão de formação mencionada no capítulo anterior, adaptada aos seus destinatários, quanto à sua linguagem, conteúdo, forma de transmitir e recursos utilizados, como defende Ruivo et al. (2010).

Devido à limitação temporal do EF, não foi possível aplicar a *check-list* para verificação do cumprimento da norma e, por conseguinte, o impacto desta na praxis. Passa a ser responsabilidade da

enfermeira gestora garantir a realização de auditorias periódicas e dar continuidade ao projeto, cumprindo assim o pressuposto da etapa 6 do MMPBE de Larrabee (2011), ao monitorizar os indicadores de processo e de resultado e divulgar os resultados.

Segundo Ruivo et al. (2010), a divulgação dos resultados de um projeto pode ser realizada através da elaboração de um relatório de projeto, que é um trabalho escrito onde se descreve todas as etapas de desenvolvimento desse projeto. Acreditamos que a divulgação deste relatório no repositório científico, passando a estar disponível online e acessível a todos, poderá servir como modelo para futuros projetos e contribuir para a investigação e conhecimento científico na área da Enfermagem.

Por tudo o que foi descrito relativamente ao PIP e às intervenções realizadas, pensamos que o objetivo geral proposto foi atingido.

4. REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS PARA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Com a evolução que observamos do mundo que nos rodeia, da qual a saúde não é exceção, os cuidados de Enfermagem assumem uma importância cada vez maior e com maior grau de exigência técnica e científica. No sentido de dar resposta a esta exigência, tem existido uma maior diferenciação e especialização, à qual o Estatuto da OE responde ao atribuir o título de enfermeiro especialista em seis áreas distintas, entre as quais, o de EMC. Assim, um enfermeiro especialista é alguém a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialidade (OE, 2019a).

Existem competências transversais a todas as especialidades, designadas de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Estas englobam as dimensões da educação dos utentes e dos demais enfermeiros, de orientação, liderança, aconselhamento, de realizar e difundir investigação que contribua para o crescimento da prática da enfermagem. Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

As competências específicas do EEEMC-PSC, como o próprio nome indica, têm como foco a pessoa em situação crítica, ou seja, alguém que tem a sua vida em perigo por falência ou falência iminente de uma ou várias funções vitais, em que a sua sobrevivência depende de meios diferenciados de vigilância, monitorização e terapêutica. Neste contexto, os cuidados de enfermagem devem ser fortemente qualificados por forma a suprimir as necessidades afetadas, prevenir complicações, limitar incapacidades e manter funções vitais com o objetivo de a pessoa atingir a sua recuperação total. Estas situações podem advir de situações de emergência, exceção e catástrofe. As competências do EEEMC-PSC passam por: cuidar da pessoa, família e/ou cuidador a vivenciarem processos complexos de doença crítica e /ou falência multiorgânica; conceber e atuar em situações de emergência, exceção e catástrofe; intervir adequadamente e em tempo útil na promoção da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

Para ser reconhecido como Mestre em enfermagem, é necessário ser possuidor das seguintes competências:

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)

Neste capítulo procuraremos demonstrar de forma crítica e reflexiva, o percurso realizado na aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, assim como do Grau de Mestre em Enfermagem, ao longo de todo o processo formativo, englobando os contributos das unidades curriculares frequentadas, mas com especial destaque para a realização da UC Estágio Final. Como as competências comuns e específicas do EEEMC-PSC complementam-se com as competências de Mestre em Enfermagem, estas serão analisadas em conjunto, sempre que tal seja pertinente e adequado. À luz de todas as competências atrás descritas, elaborámos um projeto de estágio, no qual foram traçados objetivos e atividades a serem desenvolvidas ao longo da UC Estágio Final.

Devido ao nosso percurso profissional contemplar a experiência em cuidar da pessoa/família/cuidador em situação crítica numa UCI de um hospital público português há mais de 16

anos, permitiu obter a creditação de competências relativas ao primeiro Estágio em Enfermagem à PSC do plano de estudos do presente mestrado.

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

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (regulamento 140/2019), as competências comuns são competências que todos os enfermeiros especialistas partilham, qualquer que seja a sua área de especialidade e que se manifestam pela extraordinária capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e pelo suporte efetivo e especializado na formação, investigação e assessoria do exercício profissional da enfermagem (OE, 2019a).

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.
Competências de Mestre em Enfermagem
3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Reconhecendo direitos iguais, dignidade e valor inerente a todos os seres humanos, como alicerces para a liberdade, justiça e paz no mundo, surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no sentido de promover a proteção e reconhecimento desses direitos e liberdades por parte de todos os povos e estados. No artigo 1º da dita declaração, está explícito que todas as pessoas nascem livres e são iguais em dignidade e direitos (*United Nations*, 2017). Os Direitos Humanos surgem implícitos no ato de agir em cada profissional de enfermagem, já que ele deve respeitar, promover e defender a dignidade de cada pessoa, contribuindo desta maneira, para a promoção e defesa dos Direitos Humanos (Franco et al., 2021).

A dignidade do ser humano é o núcleo principal dos direitos humanos. Ela está intrinsecamente ligada à autonomia, ao respeito pela liberdade de escolha, respeito pelas convicções e opiniões pessoais e tolerância face às diferenças. A dignidade humana surge assim, como um princípio geral da ética profissional. A ética associada a uma profissão implica a formulação de valores e princípios dessa profissão, surgindo muitas vezes associada a um conjunto de deveres ou normas que vinculam os seus profissionais a uma deontologia profissional, perante aqueles que serve (Nunes, 2011). Na profissão de enfermagem, a dimensão ética é algo intrínseco, envolve um juízo e determina uma direção para agir. Ela não é aleatória, mas sim a manifestação de um conjunto de valores (Nunes, 2008).

Para o processo de aquisição das competências supracitadas, sentimos a necessidade de consultar e rever os documentos pelos quais a profissão de enfermagem se rege. A UC “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem” lecionada durante o presente mestrado trouxe contributos muito importantes para o desenvolvimento de competências acima descritas.

Começamos pela consulta do REPE (MS, 1996), onde destacamos o artigo 8º, ao referir que os enfermeiros no exercício das suas funções, deverão “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996, p.2961).

Relativamente à Deontologia profissional (OE, 2015a) destacamos o artigo 97º, que obriga o enfermeiro a exercer a sua profissão com respeito pela vida e pela dignidade humana, a possuir conhecimentos técnicos e científicos adequados e a adotar todas as medidas necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados. Segundo o artigo 99º (OE, 2015a) as intervenções de enfermagem devem ser realizadas tendo sempre presente a defesa da liberdade e da dignidade do ser humano. Na relação profissional devem estar presentes valores universais como a igualdade, a liberdade responsável, tendo em conta o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. São princípios orientadores da atuação dos enfermeiros a responsabilidade perante a sociedade, respeito pelos direitos humanos e a excelência no exercício profissional. De acordo com o artigo 100º (OE, 2015a), o enfermeiro deve cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, ser responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, defender e proteger o ser humano das práticas que contrariem a lei, ética ou o bem comum, que necessitem de competência profissional, ser solidário atuando de acordo com a sua área de competência e garantir que os seus conhecimentos estejam atualizados através de qualificação profissional.

Durante o EF, foi possível observar que diversas pessoas originárias de outros países, com culturas e crenças diferentes sentiram a necessidade de recorrer ao SU. Muitas vezes, estas pessoas já se encontram

numa situação de vulnerabilidade, para além da doença, por estarem num país estrangeiro, inclusive, com dificuldades em se fazerem entender por não falarem a nossa língua nativa. Cada vez mais se torna importante, além de respeitar, garantir o respeito, por parte de todos os profissionais, das opções políticas, morais, culturais e religiosas e procurar garantir condições para que essas pessoas possam exercer os seus direitos, como descrito no artigo 102º da Deontologia profissional (OE, 2015a). Na procura da excelência do exercício profissional e dos mais elevados níveis de satisfação da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, ao EEEMC-PSC é exigido que procure minimizar o impacto negativo que o processo assistencial em saúde provoca na PSC, ao atuar de forma holística, gerindo a comunicação e implementando técnicas de comunicação que facilitem a relação terapêutica com a PSC e suas famílias (OE, 2015b).

O SU onde decorreu o EF, quer pela sua especificidade, em que ocorrem constantemente situações de doença aguda que colocam em risco a vida humana e em que é fundamental um atendimento eficaz e eficiente, quer por ter atingido valores recorde de utentes internados no espaço físico do SU, trouxeram diariamente desafios à equipa de enfermagem, no sentido de garantir o cumprimento dos direitos e dos deveres a que estão vinculados. De entre eles podemos encontrar os seguintes:

- Do direito ao cuidado: no respeito do direito ao cuidado, é dever do enfermeiro corresponsabilizar-se pelo atendimento da pessoa em tempo útil, para que não haja atrasos no diagnóstico da doença e do tratamento a executar (OE, 2015a). Verificou-se, durante o EF, que a sobrelotação pode levar a atrasos devido à falta de recursos materiais e humanos disponíveis. Foi de extrema importância o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar, desde o momento que a pessoa entra na instituição hospitalar, ao fazer a primeira triagem estabelecendo prioridades, passando por agilizar e coordenar com os restantes profissionais a execução de técnicas terapêuticas e de meios complementares de diagnóstico, quer referenciando para outros profissionais de saúde quando necessário. Surge assim, o dever que os enfermeiros têm de trabalhar em articulação com as outras profissões de saúde, colaborando nas decisões, reconhecendo a especificidade de cada uma e respeitando os limites da sua competência (OE, 2015a).
- Do dever de informação: no respeito pela autodeterminação, o enfermeiro deve respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (OE, 2015a). Devido à incapacidade da pessoa, ou pelos cuidados emergentes de que necessita, muitas vezes não é possível obter consentimento informado. Nestas situações, poder-se-á intervir, se essa intervenção for indispensável para benefício da saúde da própria pessoa (AR, 2001).
- Do respeito pela intimidade: devido aos sentimentos de pudor e interioridade, o enfermeiro deve respeitar e proteger a intimidade de cada pessoa e supervisionar sempre as tarefas que delega para

salvaguardar a privacidade e intimidade da pessoa (OE, 2015a). No SU, muitas situações exigem uma intervenção rápida, havendo sempre o risco de se descuidar a intimidade e haver exposição do corpo durante determinados procedimentos. Também devido à falta de espaço para tantos doentes, foi necessário adotar estratégias, como cortinas, biombos improvisados ou deslocar doentes para salas vazias durante alguns procedimentos, no sentido de salvaguardar a sua intimidade. A supervisão durante a delegação de tarefas esteve sempre presente.

- Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida: o enfermeiro tem o dever de defender e promover o direito que a pessoa tem para escolher as pessoas e o local para viverem as suas situações de fim de vida, respeitar e fazer respeitar a forma como a pessoa/família ou aqueles que lhe são mais chegados manifestam a sua perda, assim como o corpo após a morte (OE, 2015a). Segundo Benner et al. (2011) o enfermeiro avalia e organiza os níveis de cuidado dos tratamentos e reconhece e comunica a transição de cuidados principalmente dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. Surge como elemento facilitador do processo de morte, ao criar condições no momento, com dignidade, possibilidade de encerramento, despedidas e cura de relacionamentos. Devido ao caráter súbito em que muitas situações ocorrem, por vezes não é possível que haja escolhas. No entanto, nas situações em que foi possível, procurámos, dentro das limitações existentes, proporcionar as melhores condições possíveis para a realização desses momentos. Os conteúdos lecionados na UC de Relação de Ajuda e EMC 1 revelaram-se muito importantes para estabelecer uma relação de ajuda com o doente/família e na comunicação de más notícias.

Perante as situações vividas no EF, foi havendo momentos de reflexão e análise sobre aspetos éticos e deontológicos da profissão com a enfermeira supervisora, aproveitando a sua experiência profissional, o fato de ser especialista em EMC e assumir as funções de chefe de equipa e de responsável de turno, tornando sua, a responsabilidade de tomar decisões e gerir situações complexas.

Perante o que foi descrito, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como as competências de Mestre.

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 clínica;

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

5 – Participa de forma proativa 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.

Como apresentamos anteriormente no capítulo 2.2 deste relatório, a qualidade e segurança em saúde têm assumido um papel de destaque no sistema de saúde, principalmente no SNS (MS, 2021).

Qualidade pode-se definir como uma satisfação das necessidades da pessoa a custos apropriados, sendo um critério fundamental para qualquer instituição prestadora de cuidados (Neto et al., 2023).

Uma das principais competências estatuídas com a criação da OE foi definir Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e definir competências relativas à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, refletindo a importância de implementar sistemas de qualidade reconhecida pela OMS, pelo Conselho internacional dos Enfermeiros e pelo Conselho Nacional da Qualidade. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem englobam seis enunciados descritivos que o enfermeiro deve ter sempre presente na sua praxis e que ajudam a clarificar o seu papel na sociedade: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Tendo por base o enquadramento conceptual da OE (2001), foi criado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015b), para dar resposta à melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a prestar às pessoas e refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas nesta área. Surgiram assim também

enunciados descritivos específicos para esta área, no total de sete e que são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (OE, 2017).

Além dos documentos que descrevem os padrões de qualidade, também consultamos o PNSD 2021-2026 (MS, 2021), onde nos mantivemos a par dos cinco pilares e dos seus catorze objetivos estratégicos.

O hospital possui na sua intranet e disponibilizado a todos os seus colaboradores para consulta, sempre que necessário, documentos relativos às normas e protocolos em vigor na instituição/serviço, tendo-se procedido à sua consulta durante o EF, promovendo assim a uniformização, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Está também facilmente acessível no suporte informático a notificação de incidentes de segurança no Sistema NOTIFICA, como preconizado no PNSD (MS, 2021).

No sentido de promover uma transição segura de cuidados, quer na passagem de turno, quer em transferências intra ou inter-hospitalares, utilizamos a técnica ISBAR (DGS, 2017a).

Os registos de enfermagem são um conjunto de informações que o enfermeiro produz na sua prática clínica, nas quais descreve as necessidades de cuidados de enfermagem, (designados por intervenções autónomas), assim como informações sobre processos de tomada de decisão de outros profissionais de saúde e implementado por ele próprio (intervenções interdependentes), ou outras informações pertinentes para a continuidade de cuidados. Os enfermeiros são o maior grupo profissional e que mais informação clínica produz e documenta devido às muitas decisões que tomam, aos atos que praticam e pelas horas de contato e proximidade com os utentes. Os registos de enfermagem fornecem informação objetiva por forma a garantir a continuidade de cuidados e são um instrumento que atestam, legalmente que determinado cuidado foi realizado (OE, 2015c). Procurámos que os registos elaborados no processo clínico fossem os mais completos, adequados, rigorosos e individualizados para cada situação/utente.

A realização do PIP relacionado com os cuidados à pessoa submetida a VMI no SU, anteriormente descrito neste trabalho, também permitiu desenvolver estas competências. Este projeto procura uniformizar das intervenções à pessoa submetida a VMI no SU, e dos seus registos, à luz da melhor e mais recente evidência científica disponível. Para garantir e promover a melhoria contínua da qualidade, foi incluída na norma uma proposta de auditoria do cumprimento da mesma e uma proposta de registo no aplicativo informático. A pesquisa exaustiva em diversas bases de dados que foi necessária para a realização desta norma, permitiu também a elaboração e publicação de um artigo científico (Anexo IV).

Na prestação de cuidados, cumprimos a aplicação de normas em vigor na instituição que contribuem para a qualidade e promovem um ambiente seguro, nomeadamente: identificação de utentes que apresentem elevado risco de queda com pulseira roxa pela avaliação do risco de queda utilizando a escala de Morse, colocação de pulseira com identificação do utente, avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão através da escala de Braden.

Relativamente à prevenção e controlo das IACS, foi importante perceber e cumprir o plano em vigor relativamente a procedimentos e circuitos face às possíveis vias de transmissão na PSC no SU, como defende a OE (2015b). Este assunto será desenvolvido aquando da reflexão sobre as competências específicas do EEEMC-PSC.

Face a estes pressupostos, consideramos ter desenvolvido as competências supra citadas.

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.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

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

Durante a prestação de cuidados de saúde a ocorrência de incidentes de segurança está presente nos sistemas de saúde. Torna-se fundamental a implementação de estratégias e políticas que reduzam estes incidentes e contribuam para a segurança em saúde (MS, 2021).

Os líderes e gestores de enfermagem devem ter conhecimento e desenvolver as habilidades necessárias para coordenar o cuidado aos utentes com os demais profissionais de saúde e unidades organizacionais envolvidas na prestação de cuidados. Compreender os tipos básicos de organizações de cuidados de saúde e os níveis de serviços prestados entre eles é o primeiro passo para alcançar uma continuidade de cuidados (Murray, 2017). Foi um aspeto facilitador sermos enfermeiros na instituição onde decorreu o EF desde 2003, tendo conhecimento prévio da missão, visão e valores da instituição, ou seja, da sua cultura organizacional.

As organizações de saúde têm a função de oferecer atendimento seguro, oportuno, eficaz, equitativo, baseado em evidências e centrado no cliente (Murray, 2017). Foi importante relembrar conceitos, como os de eficiência (otimização do ratio entre os outputs e os inputs), eficácia (grau de satisfação dos *stakeholders*, alcançar um resultado com qualidade) e produtividade (indicador que divide o valor da produção pelo número de trabalhadores) (Carvalho et al., 2019).

Carvalho et al. (2019) definem gestão como um processo de administração e coordenação de recursos de uma maneira eficaz e eficiente de maneira a atingir os objetivos da organização. Em saúde, gestão implica gerir recursos humanos, financeiros e logísticos das organizações, sejam públicas ou privadas, assim como gerir processos e analisar as necessidades e procura de serviços por forma a garantir a segurança, saúde e prestação de um serviço com qualidade para quem dele o necessita. São funções do gestor desenvolver os seguintes processos:

- Planeamento: prever antecipadamente o que deve ser feito e como o realizar;
- Organização: estabelecer relações formais entre as pessoas e entre estas e os recursos para atingir os objetivos propostos;
- Direção: moldar ou influenciar o comportamento dos restantes elementos através da motivação, liderança e comunicação;
- Controlo: consiste em comparar o desempenho atual da organização com os objetivos previamente definidos e determinar eventuais ações corretivas (Carvalho et al., 2019)

Para o desenvolvimento destas competências, foi importante realizarmos dois turnos junto da enfermeira gestora e um com a enfermeira em funções de coordenação. Permitiu-nos refletir sobre as competências necessárias para se ser um bom gestor e ter contacto com outros níveis de gestão dentro da organização/serviço. Vimos a serem colocadas à prova as competências conceptuais, humanas e técnicas que um gestor deve possuir. As competências conceptuais dão a capacidade ao gestor de analisar a organização no seu todo e nas suas partes, dentro do seu meio envolvente, de forma estratégica. As competências humanas revelam-se na capacidade de trabalhar em equipa, de liderar, comunicar, coordenar, motivar e resolver conflitos. As competências técnicas estão ligadas a tarefas e conhecimentos específicos em áreas, como a produção, segurança ou outras (Carvalho et al., 2019).

Durante o acompanhamento da enfermeira gestora foi possível observar o seu desempenho relativamente à gestão dos recursos humanos no serviço, gerir horários dos enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde, fazer a sua distribuição pelos postos de trabalho, verificar se todos os enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde escalados para aquele dia estão presentes e se é preciso o seu reforço, ver pedidos de trocas solicitados na aplicação informática Sisqual®, reunir com a equipa no início do turno

da manhã para abordar diversos assuntos que se considerem pertinentes relacionados com o serviço, visitar todos os postos de trabalho para identificar alguma necessidade e gerir conflitos.

Relativamente à gestão de recursos materiais, podemos encontrar recursos do tipo clínico, hoteleiro e de manutenção e assistência. Podemos observar como a enfermeira gestora se articula com os restantes serviços de apoio (cozinha, aprovisionamento, esterilização, farmácia), como se faz o pedido da alimentação, da gestão de stocks de toda a medicação com a farmácia do hospital, assim como de todo o material consumível e de pedidos urgentes com o aprovisionamento. O enfermeiro gestor tem de ter a capacidade de antecipar e pedir o material necessário para que este não falte, tendo especial atenção nos fins-de-semana, em que alguns dos serviços de apoio encerram; verificar a operacionalidade dos equipamentos.

Acompanhamos o enfermeiro gestor no desempenho das suas funções a outros níveis, nomeadamente na interação com o enfermeiro diretor, na receção de elementos representantes da OE, em reunião com o diretor da farmácia do hospital e em reunião com o enfermeiro responsável pela informática.

A enfermeira supervisora do EF, ao ser especialista em EMC-PSC, ser responsável de turno, chefe de equipa e prestar cuidados diretos de enfermagem, permitiu noutro nível de gestão, desenvolver competências na otimização do desempenho da equipa multidisciplinar e ao mesmo tempo garantir a segurança e qualidade das tarefas que foram delegadas, como preconizado pela OE (2019a). Na ausência da enfermeira gestora, a enfermeira supervisora acaba por assumir algumas das suas funções, consoante a necessidade do serviço, ao redistribuir, organizar ou reforçar elementos em falta, assim como de material. A enfermeira supervisora é um elemento de referência na equipa e foi muitas vezes solicitada para orientar e tomar decisões mais complexas, priorizar os cuidados a prestar e ajudar na realização desses mesmos cuidados. De acordo com Benner (2001), a enfermeira supervisora situa-se no quinto estágio de competência que é o de perita, em que a sua experiência lhe permite ser intuitiva, ou seja, com capacidade de tomar decisões rápidas e seguras.

Ao conhecer os restantes elementos da equipa multidisciplinar e a cultura organizacional, a enfermeira supervisora adotou um estilo de liderança adaptado à capacidade dos restantes elementos e às contingências, de forma a conseguir a melhor resposta de todos e promovendo um ambiente favorável à prática (OE, 2019a).

Segundo a OE (2015a), o enfermeiro é responsável pelas suas decisões e pelos atos que pratica ou delega, podendo delegar apenas intervenções em elementos que dependam funcionalmente de si e tenham a capacidade para as executar, consoante o tipo de intervenções e o grau de dependência do

utente relativamente aos cuidados de enfermagem, garantindo sempre a qualidade e continuidade dessas mesmas intervenções. Foram situações muitas vezes experienciadas durante a realização do EF, sendo por isso muitas vezes alvo de reflexão com a enfermeira supervisora.

Os contributos das UC Gestão em Saúde e Governação Clínica e de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde revelaram-se muito importantes.

Ao colaborarmos com a enfermeira supervisora do EF, com a enfermeira gestora e com a enfermeira com funções de coordenação, no desempenho das suas funções, consideramos que as respetivas competências foram desenvolvidas.

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.
Competências de Mestre em Enfermagem
2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

“O Enfermeiro Especialista demonstra 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.” (OE, 2019a, p.4749)

“É preciso consciência crítica que interrogue os próprios juízos” (Nunes, 2011, p.106).

A tomada de consciência da nossa personalidade e do seu modo de funcionar, na relação com os outros, permite-nos descobrir quem nós somos, como somos e o que necessitaríamos de fazer para nos atualizarmos melhor. Para podermos utilizar as nossas capacidades pessoais, é preciso antes de mais, tomar consciência que as possuímos e estar firmemente convencido disso (Phaneuf, 2005).

Nunes (2011) defende que ser enfermeiro não se nasce, aprende-se a ser, pela educação e aprendizagem contínua, através do que é apreendido e da reflexão sobre o que é vivido. A pessoa alvo dos nossos cuidados situa-se numa realidade diferente da nossa, mas igualmente válida. Ela passa a ser o centro da relação, reconhecendo a sua humanidade, dignidade e autonomia. Segundo Phaneuf (2005), esta relação, a que chama de relação de ajuda, é especial, porque o enfermeiro procura provocar no outro crescimento, desenvolvimento, um melhor funcionamento e capacidade para enfrentar a vida. É uma intervenção de enfermagem extremamente importante em que a pessoa que ajuda (enfermeiro) mostra-se completamente disponível para o outro e para a sua situação de sofrimento. Ocorre uma troca verbal e não verbal em que se promove o apoio e a compreensão de que a pessoa necessita, ajudando-a a entender melhor a sua situação e a aceitá-la, para que possa evoluir, tornar-se mais autónoma e enfrentar situações de adversidade, até na morte. Para Nunes (2011, p.116) acaba por se tornar uma “experiência de aprendizagem mútua”.

A importância da relação é evidente ao ser referida nos vários documentos que regulam a profissão de enfermagem. É o caso da Deontologia profissional (OE, 2015a), que tem como princípio orientador os valores universais a respeitar na relação profissional, o respeito pelos direitos humanos na relação com quem se presta cuidados e a excelência do exercício na relação com os outros profissionais. Relativamente ao EEEMC-PSC, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC descrevem como um elemento importante para a satisfação da PSC a execução de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica, a sua gestão e a utilização de estratégias de relação de ajuda para facilitar processos de luto e morte digna (OE, 2015b).

Para que essa relação seja íntegra, o enfermeiro tem de ter uma elevada consciência de Si e do Outro, para que possa decidir e agir competentemente em cada situação, desenvolvendo a capacidade de avaliar a realidade e fazer o melhor que seja possível de fazer, dentro da sua liberdade de atuação, conjugando e mobilizando os recursos de que dispõe (Nunes, 2011).

Acabamos por desenvolver a consciência do Si profissional pela recuperação da memória das experiências, das vivências, dos ganhos e das aprendizagens. Recorrendo à memória do ontem, permitenos formular melhor diagnósticos, planos e projetos (Nunes, 2011). Benner (2011) reforça esta ideia ao referir que as diversas habilidades cognitivas, afetivas e intuitivas necessárias para se ser enfermeiro desenvolvem-se com o tempo e no decurso dos desafios que vão sendo experienciados na prática do dia a dia.

Tendo em conta o que foi dito, é importante voltar a frisar a experiência profissional de vinte anos, dos quais, dezasseis a prestar cuidados à PSC e à sua família em contexto de UCI, contribuíram significativamente para o desenvolvimento das competências acima referidas. A vivência diária de situações complexas que obrigam a uma gestão dos nossos sentimentos, nos obrigam a refletir e a tomar decisões difíceis, muitas vezes sob pressão, a conhecer os nossos pontos fortes e pontos fracos, mesmo num contexto diferente do SU, permitiu-nos estar melhor preparados para lidar com estas situações no EF. Contudo, o facto de o serviço ter as suas especificidades e ser diferente de uma UCI, proporcionou a aquisição de novas competências e o desenvolvimento pessoal e profissional nesta área.

Contribuiu para o autoconhecimento e assertividade as reflexões *à posteriori* realizadas com a enfermeira supervisora sobre a nossa atuação em diversas situações ao longo do estágio, por forma a melhorar cada vez mais o nosso desempenho, na busca da excelência profissional. O caráter súbito da doença ou até da morte, casos de decisão de não reanimar ou de implementar limites terapêuticos foram algumas que levaram a uma maior reflexão e introspeção.

Foram importantes os contributos da UC de Relação de Ajuda, através da realização e discussão dos trabalhos realizados, que consistiram em que a partir de uma situação real vivida em processo de cuidados por nós, necessitasse de reflexão e sustentasse as aprendizagens relacionais de ajuda. Fez-nos despertar para a importância da relação de ajuda, da escuta ativa e da relação terapêutica. Também na UC EMC1, ao abordar temas relacionados, como a gestão e transmissão de más notícias, também trouxeram contributos muito importantes.

Num mundo globalizado em que vivemos, em que se encontra numa constante evolução científica e tecnológica, exige cada vez mais dos profissionais e das suas organizações, respostas diferenciadas dos serviços que prestam e formas diferentes de adquirir conhecimento. O cuidar é complexo. Assim, o enfermeiro além de ser detentor de capacidades relacionais, como vimos anteriormente, também deve ser detentor de capacidades técnicas e científicas. Cada vez mais, os enfermeiros tem um papel ativo no desenvolvimento e execução de cuidados na prática clínica. Prestar cuidados de enfermagem de excelência e seguros requer uma atualização permanente dos conhecimentos e das práticas (Ferreira & Ferreira, 2018). No sentido de contribuir para essa atualização, nomeadamente na área da PSC e da VMI, o mestrando frequentou as VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva do Centro hospitalar Universitário de Lisboa (Anexo V).

O PIP que realizámos durante o EF tendo por base a metodologia de projeto e como referencial teórico o MMPBE, sobre as boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU veio favorecer o

desenvolvimento de competências neste domínio. Diagnosticámos uma necessidade formativa em contexto de trabalho, gerimos a sua execução e atuamos como formadores, contribuindo para a formulação e implementação de procedimentos de uma prática especializada em contexto de trabalho, como preconiza a OE (2019a). Durante esse processo foi realizada uma pesquisa exaustiva em bases de dados científicas, da qual até resultou a publicação de um artigo científico, resultante de uma revisão *scoping*.

Foram mobilizados conhecimentos adquiridos nas UC de Investigação, importantíssimos para conseguir obter a melhor evidência científica disponível, não só relacionada com o PIP, mas também sobre qualquer área do âmbito profissional. Na UC EMC 5 foi elaborado um poster, que além de servir para avaliação da disciplina, foi apresentado no Congresso Internacional Emergência'23 da Ocean Medical (Anexo VI). Desta forma contribuímos para a investigação e disseminação do conhecimento para a prática de enfermagem.

Face ao exposto, consideramos que os objetivos para as competências em análise foram atingidos.

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

As competências específicas são competências que emergem das respostas humanas aos processos de vida e aos desafios de saúde, dentro do âmbito de intervenção definido para cada área de especialização. Essas competências são demonstradas por meio de um alto grau de adequação nos cuidados prestados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019a).

Entende-se que uma PSC é aquela cuja vida está ameaçada devido à falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, podendo ter a sua origem numa situação de emergência, exceção e catástrofe. A sobrevivência dessas pessoas depende de métodos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem prestados a essas pessoas são altamente qualificados e contínuos, visando atender às necessidades afetadas e garantir a manutenção das funções básicas de vida. Além disso, esses cuidados visam prevenir complicações e limitar incapacidades, com o objetivo final de promover a recuperação total (OE, 2018).

Para além das competências comuns do enfermeiro especialista, a OE (2018) define que o EEEMC-PSC deverá possuir um conjunto de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à PSC.

As competências específicas do EEEMC-PSC estão divididas em três áreas de competência:

- 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)

De seguida, passamos a demonstrar o processo de aquisição das competências específicas do EEEMC-PSC em simultâneo com as competências para a obtenção do grau de Mestre, semelhante ao método utilizado durante a análise das competências comuns do EE.

Competência Específica do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC
1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.
Competências de Mestre em Enfermagem
1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Dada a complexidade das condições de saúde e as intervenções requeridas para atender à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, bem como à sua família ou pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza uma variedade de conhecimentos e habilidades para fornecer cuidados de forma holística e em tempo útil (OE, 2018).

Para o desenvolvimento desta competência, muito contribuiu a experiência profissional do mestrando, que, enquanto enfermeiro numa UCI há mais de 16 anos, nos permitiram a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades que puderam ser mobilizadas na prestação de cuidados à PSC no SU.

É exigido ao EEEMC-PSC que cuide de uma pessoa em situação emergente, antecipando e identificando focos de instabilidade e o risco de falência orgânica (OE, 2018). Durante o EF foi possível aplicar e desenvolver estas competências, nomeadamente nos postos de trabalho da triagem e SE. No SU a abrangência de situações complexas de doença súbita é diferente das situações que ocorrem numa UCI, pelo que foi uma mais valia poder experienciar situações diferentes num contexto diferente.

No sentido de enriquecer ainda mais esta experiência, nomeadamente em ambiente pré-hospitalar, foi solicitado fazer estágio no INEM. Assim, foram realizados um turno numa VMER e três numa ambulância SIV (total de 12 ativações), o que permitiu colaborar na forma de atuar das respetivas equipas, conhecer protocolos, perceber as dinâmicas da equipa, assim como com as restantes entidades envolvidas: Centros de Orientação de Doentes Urgentes, bombeiros e unidades hospitalares. Foi possível entender a importância da avaliação do local (ambiente menos controlado em relação ao ambiente hospitalar) e da vítima ao longo do seu ciclo vital, acompanhamento desta até à unidade de saúde de destino, antecipação de possíveis complicações, transmissão da informação que é pertinente e a forma como esta é realizada, e rapidez de atuação, mantenho sempre a segurança em todos os momentos. Experienciamos situações em que foi de extrema importância o estabelecimento de uma relação de ajuda, não só com a PSC, mas também com a sua família. Estas situações são habitualmente inesperadas e geram uma intensa carga emocional que é preciso saber gerir.

Nos locais de estágio, tanto no SU, como no INEM, utilizamos a metodologia ABCDE de abordagem ao doente crítico. É uma avaliação transversal e sistematizada que procura identificar na vítima lesões e tratá-las de acordo com a sua prioridade. Identificar precocemente condições potencialmente fatais e iniciar o tratamento emergencial de maneira contínua e sequencial pode prevenir a deterioração da condição clínica, evitando assim a ocorrência de PCR. Ao permitir uma linguagem e abordagem uniforme e protocolada vai permitir melhorar o trabalho em equipa e facilitar a transmissão e continuação de cuidados (INEM, 2019).

Na execução de cuidados técnicos de alta complexidade, mais uma vez foi importante a experiência profissional do mestrando, uma vez que permitiu estarmos mais familiarizados com os consumíveis e equipamentos utilizados, nomeadamente dos ventiladores utilizados para VMI e VNI, ventiladores de transporte, dos aparelhos de monitorização contínua, do monitor/desfibrilhador, do material utilizado na EOT e na colocação de CVC ou de outro tipo de cateteres.

Durante o EF vivenciamos situações de risco iminente de vida, em que se revelaram muito importantes os conteúdos abordados na UC EMC 4, nomeadamente pela realização dos cursos *Basic Life*

Support (Anexo VII), *Advanced Cardiovascular Life Support* (Anexo VIII) e *International Trauma Life Support* [ITLS] (Anexo IX). Apesar da experiência profissional que já possuímos, estes cursos permitiram otimizar o nosso desempenho e elevar a qualidade dos cuidados prestados nas situações onde estes conhecimentos e habilidades foram requeridos. Os conteúdos abordados na UC Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada também trouxeram contributos muito importantes.

Benner et al. (2011) argumentam que em situações críticas, a utilização de normas e protocolos pode ser crucial. Essas diretrizes capacitam as equipas de enfermagem a alcançar desempenhos clínicos uniformes e bem-sucedidos, facilitando uma resposta rápida e segura aos problemas emergentes. Os enfermeiros especializados veem os protocolos como uma ferramenta para aprimorar a tomada de decisões.

No EF não foi possível experienciar situações de potenciais dadores de órgãos e tecidos. No entanto devido à experiência profissional, consideramos possuir os conhecimentos e habilidades perante as situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica dos potenciais dadores.

Durante o EF foi possível conhecer e executar diversos protocolos, nomeadamente aqueles que são designados por Vias Verdes. Existem as seguintes vias verdes: Via Verde Coronária, Via Verde do AVC, Via Verde do Trauma e Via Verde da Sepsis. As Vias Verdes são circuitos de encaminhamento, compostos por elementos tanto internos quanto externos ao ambiente hospitalar, que buscam organizar de maneira sistemática os passos, os procedimentos e as responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados para situações que, devido à sua natureza, se beneficiam significativamente em termos de redução da mortalidade e morbidade quando abordadas de forma estruturada e precoce. A abordagem filosófica das Vias Verdes está perfeitamente alinhada com a da Triagem de Manchester. Ao reconhecer os riscos e apoiar a organização subsequente do fluxo de doentes, a Triagem de Manchester fortalece a importância das Vias Verdes. Cada SU é obrigado a ter Protocolos de Encaminhamento estabelecidos, que se enquadram nas diretrizes das Vias Verdes. Isso garante que o doente seja direcionado para a especialidade ou área de observação que melhor atenderá às suas necessidades, onde os procedimentos apropriados serão realizados sob supervisão médica e de enfermagem. (GPT, 2021).

Vejamos o caso do sr. Júlio (nome fictício). “O sr. Júlio, sexo masculino, de 61 anos de idade, foi admitido na SE, acompanhado pela VMER no decurso de um alegado acidente com traumatismo por arma de fogo na região abdominal. Avaliado pela VMER no local: consciente e orientado, em ventilação espontânea, hemodinamicamente estável. Iniciou fluidoterapia (500 ml de soro fisiológico + 500 ml de

lactato de ringer) e fez analgesia com morfina 4 mg. Com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, síndrome de apneia obstrutiva do sono e anticoagulado com apixabano por história de trombose venosa profunda. À observação na SE: consciente e orientado, escala de Glasgow com *score* de 15, dor não controlada, ansioso, verbalizando que ia morrer (sic), polipneico, com SatO₂ 90% com aporte de suplementar de oxigénio por máscara de alto débito; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e simétrico; em choque hemorrágico com hipotensão de 60/30 mmHg e frequência cardíaca de 130 BPM, pele pálida e mucosas descoradas. Abdómen com penso repassado de conteúdo hemático no hipocôndrio direito, com reação peritoneal à palpação. Apresenta ferida no hipocôndrio direito com exposição de fibras musculares e hemorragia ativa, compatível com “porta de saída” do projétil. Na transição do flanco esquerdo para a região sagrada apresenta penso igualmente repassado, de acordo com a equipa do pré-hospitalar a proteger a ferida compatível com a “porta de entrada” do projétil. Iniciou 1 g de ácido tranexâmico. Pedido concentrado eritrocitário e plasma emergente. Administrado complexo protrombínico no pré-operatório imediato. Com indicação cirúrgica emergente pela instabilidade hemodinâmica e pelas características do trauma.”

Até 2019, a nível mundial, estima-se que ocorreram 250 mil mortes por ano com armas de fogo, numa média de 682 mortes por dia. Portugal ocupa a 85ª posição, com 211 mortes estimadas. Dessas mortes com armas de fogo 4 % foram acidentais (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2019). O projétil que sai disparado de uma arma de fogo origina uma lesão que ao penetrar na pele, cria uma ferida aberta e, eventualmente, destruição de estruturas mais profundas, designando-se de trauma penetrante. Aqui, é importante conhecer a balística da ferida, ou seja, conhecer o efeito que a energia cinética do projétil pode provocar, em termos de esmagamento, laceração, estiramento e/ou rasgo nos tecidos. As balas provocam lesões nos tecidos por três mecanismos: onda de choque, cavitação temporária e pela trajetória da ferida. A extensão das lesões também depende da densidade do tecido e do tipo de órgãos danificados. A hemorragia é uma das principais causas responsáveis pela maioria das mortes por lesões traumáticas. Potencialmente surgem fatores secundários que agravam o prognóstico destas vítimas, como a hipoxia, hipotensão e hiperventilação (Alson et al., 2020). No caso do sr. Júlio, todos estes fatores estavam presentes.

Segundo Aires et al. (2023), o politraumatizado é caracterizado por apresentar lesões em dois ou mais sistemas do corpo humano, o que o coloca em risco de vida devido à gravidade das lesões. Portanto, requer um tratamento e abordagem multidisciplinar e célere devido à complexidade das lesões. Com o objetivo de agilizar a prestação precoce de cuidados diferenciados às vítimas de trauma, foi estabelecida a Via Verde do Trauma (VVT). Esta via integra diferentes níveis de atendimento, desde o pré-hospitalar até os diversos tipos de SU - Básico, Médico-Cirúrgico e Polivalente. Veio estabelecer uma metodologia

padronizada para lidar e organizar o atendimento às pessoas vítimas de trauma, tornando-o mais ágil e eficiente. É essencial uma organização que garanta o acesso da pessoa a uma instituição com capacidade cirúrgica em menos de 45 minutos do local do incidente, reduzindo assim o aumento da morbidade e mortalidade das vítimas de trauma. A referência direta do local da ocorrência para um hospital que seja Centro de Trauma deve ser realizado sempre que exista um trauma major, que engloba os critérios de instabilidade hemodinâmica e lesão anatômica grave (DGS, 2022b). No caso do sr. Júlio essa referência foi realizada atempadamente para o hospital onde decorreu o EF, pois era aquele que possuía todas as valências necessárias e encontrava-se numa localização mais aproximada do local da ocorrência em relação a outros com as mesmas valências. De imediato procedeu-se à mobilização de todos os recursos que pudessem vir a ser necessários: equipas médicas, de enfermagem e técnicos superiores de saúde pertencentes ao SU, BO, UCI e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Em todos os SU da rede de trauma, deve existir uma Equipa de Trauma, na qual se recomenda que os enfermeiros tenham a especialidade em EMC-PSC. Normalmente, um enfermeiro fica responsável por integrar a equipa de trauma e gerir os recursos técnicos e equipamentos na Sala de Emergência, enquanto um segundo enfermeiro é designado para prestar apoio e partilhar tarefas com o primeiro (DGS, 2022b). O enfermeiro desempenha um papel fundamental ao participar ativamente no processo de diagnóstico e tratamento, identificando as lesões presentes para garantir a estabilização do doente. O trauma pode resultar em anomalias físicas e psicológicas temporárias ou permanentes, podendo levar à morte quando sua gravidade é incontrolável. Portanto, o diagnóstico deve ser rápido, utilizando a abordagem ABCDE durante a avaliação primária e subsequente. Como já referimos anteriormente, esta metodologia permite melhorar a eficácia dos cuidados prestados ao detetar precocemente alterações fisiológicas que possam colocar a vida da pessoa em risco (Martins et al., 2021).

Benner defende que numa situação crítica, o enfermeiro perito consegue apresentar um pensamento em ação através da prática reflexiva imediata, em que todas as etapas do processo de enfermagem são efetuadas simultaneamente. À medida que são encontrados problemas, o enfermeiro perito coloca em prática de forma eficiente intervenções de enfermagem, para dar uma resposta rápida a esses problemas (Benner et al., 2009). Os profissionais de enfermagem presentes, ao possuírem estas características, conseguiram identificar prontamente os problemas, priorizá-los, prevenir complicações e executar procedimentos de forma célere, quase em simultâneo, contribuindo para uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança. No caso do sr. Júlio, uma atuação rápida da equipa multidisciplinar, em que a nossa atuação foi fundamental, permitiu verificar que estávamos perante uma situação de hemorragia exsanguinante acompanhada de fatores de agravamento, pelo que necessitava de tratamento cirúrgico emergente. Com os serviços mobilizados em estado de prontidão procedeu-se ao

rápido acompanhamento e transferência para o BO, onde viria a ser intervencionado. Devido a esta situação, quisemos aprimorar ainda mais o nosso conhecimento nesta área e frequentámos o seminário de “controlo de hemorragia em trauma” (Anexo X).

A eficácia das medidas de conforto e das intervenções para enfrentar situações críticas está intimamente ligada, uma vez que o desconforto e a ansiedade impactam diretamente nas respostas do indivíduo às terapias adotadas. O conforto e o bem-estar desempenham papéis fundamentais na dinâmica da relação entre enfermeiro-utente. Portanto, é essencial que a promoção do conforto seja uma prática cotidiana na enfermagem, visando não apenas fortalecer e confortar o utente e sua família, mas também proporcionar-lhes suporte emocional e bem-estar (Benner et al., 2011). O EEEMC-PSC deve ter competência para gerir de forma diferenciada a dor e o bem estar da PSC e/ou falência multiorgânica, otimizando as respostas (OE, 2018). Na situação do sr. Júlio, apesar do caráter emergente da situação, estes aspetos não foram descurados. Intervimos para a tentativa de controlo e alívio da dor e promovemos, através de técnicas de comunicação adaptadas à situação complexa em que o senhor Júlio se encontrava, estabelecer uma relação de ajuda, sem prejudicar, mas complementar, os tratamentos prioritários, de forma a prestar cuidados de forma holística.

A dor pode ser definida como uma experiência individual, subjetiva, emocional e sensorial desagradável que surge associada a lesão tecidual real ou potencial, que interfere na qualidade de vida da pessoa (OE, 2008). A dor pode ser aguda, quando é limitada no tempo, ou crónica, quando persiste para além da cura da lesão que a originou. A abordagem à pessoa com dor deve ser baseada na melhor evidência científica, com o objetivo de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2017b). Torna-se importante relembrar os princípios orientadores em que se baseia o Programa Nacional de Controlo da Dor: a subjetividade da dor, a dor como 5º sinal vital, o direito ao controlo da dor, o dever do controlo da dor e o tratamento diferenciado da dor (DGS, 2013a).

Escolher o melhor método para avaliar a dor e conseguir quantificá-la é muito importante na PSC. Para isso, no EF, utilizamos várias escalas, consoante a situação, nomeadamente: escala visual analógica, escala numérica, escala de faces, escala qualitativa e a escala BPS para doentes ventilados.

Durante o EF, e como recomenda a OE (2008), existiu o compromisso de ter sempre como foco de atenção a dor, incluindo sempre que possível, a participação da pessoa e da sua família, atuando como parceiros de cuidados. De entre a equipa multidisciplinar, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para promover e interferir no controlo da dor, pela proximidade e tempo de contato. Na prestação de cuidados de enfermagem, onde se engloba a gestão da dor, existem dois tipos de intervenções:

autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são intervenções da exclusiva responsabilidade do enfermeiro, como as intervenções não farmacológicas para gestão da dor. É o enfermeiro que as prescreve, executa e avalia. No EF foram realizadas as seguintes intervenções não-farmacológicas: distração, aplicação de frio, imobilização, massagem, toque terapêutico e conforto. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se pela prescrição de outro profissional de saúde, como no caso das prescrições farmacológicas, tão importantes no controlo da dor. O médico prescreve, mas é da responsabilidade do enfermeiro a sua administração e monitorização dos seus efeitos. No EF ambas as intervenções foram realizadas em complementaridade e documentadas no processo clínico.

Em contexto de saúde, a comunicação interpessoal pode proporcionar vários resultados, sendo que o mais significativo está associado ao seu valor terapêutico. A comunicação terapêutica consiste no estabelecimento de uma relação efetiva e de confiança, utilizando o conhecimento sobre comunicação de forma intencional para ajudar a pessoa a ultrapassar os seus problemas. É um processo consciente e deliberado, em que o profissional procura responder às necessidades implícitas e explícitas da pessoa, através de uma abordagem verbal e não-verbal que promova o seu bem-estar e melhore a forma de entendimento dos cuidados prestados, permitindo estabelecer uma relação terapêutica. A relação terapêutica tem como principal objetivo aumentar a qualidade de vida e como objetivos mais específicos que a pessoa sinta que é o centro dos cuidados, que o seu processo de doença é o mais importante para o profissional, que se sinta acompanhado, que tenha a possibilidade de saber e decidir sobre a situação em que se encontra e ajude a identificar e mobilizar recursos para que lide melhor com a condição em que se encontra (Sequeira, 2016).

No estabelecimento da relação terapêutica utilizamos um conjunto de técnicas específicas: informar o utente de acordo com as suas necessidades, utilizando os meios e linguagem adequada, certificando-nos que o utente compreendeu a mensagem e se necessário, reformular; aceitação ao perceber o utente e este sinta que a sua realidade é aceite; parafraseando ou acentuando, ao repetir a mensagem do utente por outras palavras, dando maior ênfase a uma parte da mensagem; questionamento, ao fazer perguntas pertinentes em momentos oportunos, permite ao profissional confirmar a sua perceção sobre a situação em que a pessoa se encontra para planear cuidados personalizados que respondam às verdadeiras necessidades dos utentes; explicitação ou clarificação no sentido de ajudar o utente a compreender o que está a ser comunicado; a assertividade que permite ao utente e profissional transmitir as suas opiniões sem invadir o espaço do outro; empatia ao perceber o estado do outro; humor para aliviar carga emocional e promover apoio emocional; escuta que implica ouvir, estar atento, decodificar a mensagem e dar *feedback* mostrando interesse e disponibilidade; o toque que permite demonstrar que o profissional

está efetivamente a escutar o outro, chamar a atenção, apoiar uma palavra, tranquilizar; a distância ao gerir o espaço interpessoal; o olhar; e o silêncio que é uma estratégia de comunicação e permite demonstrar respeito pelo outro, favorece a introspeção e o contacto com as emoções (Sequeira, 2016).

No EF, várias foram as situações em que tivemos de comunicar más notícias ao utente e/ou à sua família. Segundo Sequeira (2016) receber uma má notícia implica qualquer informação que traga uma mudança drástica na vida da pessoa, impactando negativamente sua visão de futuro e afetando os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental. Isso pode ter repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social. Tipos de más notícias incluem: dor crônica e de difícil resolução, sentimento de desesperança, fracasso terapêutico, prognóstico reservado, alteração das expectativas, doença grave, morte de um familiar ou amigo, entre outros. A comunicação de más notícias é crucial pelos seguintes motivos: reforça a relação entre terapeuta e indivíduo, reduz a incerteza sobre a situação enfrentada pelo indivíduo, fornece orientação tanto para o indivíduo quanto para sua família, ajuda a minimizar sentimentos de isolamento, solidão e medo. Na maioria dos casos, as pessoas desejam e têm o direito de saber. Por ser extremamente difícil comunicar más notícias utilizamos o protocolo SPIKES, que consiste num conjunto de etapas que devem ser implementadas por forma a facilitar a comunicação e diminuir o seu impacto negativo no utente e na família (Sequeira, 2016).

No EF foi possível estabelecer uma relação de ajuda informal, que segundo Phaneuf (2005) é aquela que surge de forma natural, sem ser predeterminada, mas que vai ao encontro das necessidades do utente. O enfermeiro usa as suas competências para o ajudar, utilizando a sua capacidade de escuta, respeito, aceitação e empatia.

Pelo que foi exposto, acreditamos que atingimos os objetivos para as competências acima citadas.

Competência Específica do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC

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

O EEEMC-PSC deve ter a competência de cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe. Uma situação de emergência surge quando alguém é agredido devido a um qualquer fator, resultando numa súbita e violenta deterioração do seu estado de saúde que afeta a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a pessoa em risco de vida (OE, 2018). Durante o EF foi possível colaborar em diversas situações de emergência, quer no SU, quer nos meios pré-hospitalares (VMER e SIV), mobilizando conhecimentos e habilidades resultantes da experiência profissional e dos contributos das UC EMC 3 e EMC 4, conseguindo assim proporcionar cuidados baseados nas orientações científicas mais

recentes. Na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma, tivemos a oportunidade de colocar em prática a avaliação ITLS da vítima, que engloba o exame primário ITLS, o exame de reavaliação ITLS e o exame secundário ITLS. O exame primário abrange a avaliação do cenário, a avaliação inicial e o exame rápido de trauma, tendo como objetivo identificar condições potencialmente fatais no imediato e transportar essas vítimas imediatamente para o hospital. O exame de reavaliação serve para identificar alterações no estado da vítima e o exame secundário é uma avaliação mais pormenorizada de todas as lesões e não só das que comprometem a vida (Alson et al., 2020). Consoante a avaliação das vítimas de trauma, adequamos a nossa resposta na prestação de cuidados com o objetivo de minimizar as lesões e reduzir a morte evitável (Alson et al., 2020). Quando necessário realizamos o acompanhamento da PSC até à unidade hospitalar, garantindo a continuidade dos cuidados através da transmissão e do registo da informação através dos meios técnicos disponíveis. Durante o EF não foi possível prestar cuidados em cenários multivítimas. No entanto ficamos a conhecer os métodos de triagem utilizados e os protocolos utilizados nesses cenários, tanto pelo INEM, como no SU.

Durante o EF, devido ao elevado número de episódios de urgência e à permanência de um número recorde de doentes no espaço do SU, deparámo-nos com algumas situações de exceção. Estas situações ocorrem quando existe um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, que vai exigir a atuação, coordenação e gestão eficaz dos recursos técnicos e humanos disponíveis (OE, 2018). Os turnos que realizámos com a enfermeira supervisora e com a enfermeira gestora permitiram desenvolver competências na gestão dos recursos a diferentes níveis. Com a enfermeira supervisora na gestão dentro do próprio serviço e ao nível da priorização dos cuidados. Com a enfermeira gestora, não só a nível da gestão do próprio serviço, mas também na mobilização de recursos pertencentes a outros serviços dentro da instituição hospitalar.

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil (AR, 2015), catástrofe é caracterizada por um acidente grave ou uma série de acidentes graves que podem resultar em danos materiais significativos e, possivelmente, vítimas, causando um impacto profundo nas condições de vida e na estrutura socioeconómica em áreas específicas ou em todo o território nacional.

A proteção civil envolve ações realizadas pelo Estado, regiões autónomas, autarquias locais, cidadãos e todas as entidades públicas e privadas. Seu objetivo é prevenir riscos coletivos associados a situações de acidentes graves ou catástrofes, além de mitigar seus impactos e socorrer pessoas e bens em perigo quando tais situações ocorrem. Essa atividade é contínua, abrangente e envolve diversos setores, sendo responsabilidade de todos os órgãos e departamentos da Administração Pública criar as condições

necessárias para sua realização. Essas ações são descentralizadas, embora haja apoio mútuo entre organismos e entidades do mesmo nível ou provenientes de níveis superiores (AR, 2015).

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil [PNEPC] é um recurso essencial para orientar as operações de proteção civil em situações de iminente ou efetiva ocorrência de acidentes graves ou catástrofes em Portugal Continental. O seu objetivo é garantir a coesão na liderança das operações, a coordenação eficaz dos recursos técnicos e operacionais disponíveis e a implementação de medidas excecionais conforme necessário (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2023).

O PNEPC estabelece uma ligação direta com os Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil e, de forma indireta, com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil. Estes últimos delineiam a atuação das estruturas de proteção civil em seus respectivos níveis territoriais, especificando responsabilidades, organização, conceitos de operação, mobilização e coordenação dos recursos necessários para o gerenciamento das operações de socorro. Além disso, o PNEPC está alinhado com as Diretivas Operacionais Nacionais da Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. A ativação do PNEPC assegura às autoridades uma gestão mais eficiente e eficaz dos serviços e agentes de proteção civil durante situações de emergência (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2023).

Neste contexto, consultamos o Plano Municipal de Emergência do Concelho a que o hospital pertence e o plano de emergência externa do hospital onde decorreu o EF. Na sua elaboração que data de 2017, é possível constatar os contributos importantes dos EEEMC-PSC e o papel que devem desempenhar se ocorrerem situações de catástrofe.

O plano tem como objetivos: garantir uma resposta hospitalar estruturada e organizada perante uma situação de catástrofe externa e definir um conjunto de procedimentos que maximize a resposta de todos os profissionais ao maior número de vítimas possível. No plano de emergência externo consta a localização e enquadramento da área geográfica de influência do hospital, as infraestruturas básicas existentes, a identificação de riscos potenciais, recursos disponíveis (humanos e materiais) e sua distribuição por áreas designadas de áreas de catástrofe, define quem pertence à comissão de catástrofe e emergência. Relativamente à sua execução operacional descreve: cadeias de responsabilidade, comando e controlo; ativação do gabinete de crise; fluxogramas de atuação; normas e metodologias de alerta, ativação e desativação por níveis; reorganização e operacionalização das diversas áreas do SU; transporte e evacuação das vítimas, articulação com os restantes serviços de apoio clínico e não clínico; definir o que consta no armário de catástrofe e a identificação nominal das vítimas, gabinetes de apoio a

situações de exceção e sua implementação através da divulgação, formação, simulacros, monitorização e revisão do plano.

Durante o EF, foi possível desenvolver a competência de prestar cuidados de enfermagem eficientes, tendo de preservar os vestígios de indícios de práticas de crime (OE, 2018). Sempre que houve indícios da prática de crime ou de irregularidades, procedemos ao seu encaminhamento para as entidades competentes. Houve situações que tiveram de ser reencaminhadas para organismos vocacionados para o apoio à vítima e respetiva família.

Perante o exposto, consideramos as competências supra citadas adquiridas.

Competência Específica do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC
3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.
Competências de Mestre em Enfermagem
7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Nas duas últimas décadas, o tema da segurança do doente tornou-se internacionalmente reconhecido como uma componente fundamental da qualidade em saúde. A OMS e a União Europeia, empenhadas em fortalecer a segurança do doente, estabeleceram orientações e políticas, além de apoiar projetos e programas de financiamento para estimular a adesão dos países à escala mundial. O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, implementado pela OMS, visa um mundo onde não haja danos relacionados com os cuidados de saúde, em que os cuidados prestados são seguros, personalizados e de forma respeitosa, a todos as pessoas ao longo do seu ciclo vital (DGS, 2022c).

Dando resposta à problemática da resistência antimicrobiana à escala planetária, a OMS divulgou *guidelines* para orientar os programas nacionais e locais de prevenção e controlo de infeções. Em Portugal encontra-se em vigor um programa denominado de PPCIRA que tem como foco a prevenção e controle de IACS, a promoção adequada de antimicrobianos e a redução de resistência a antimicrobianos. Tem como atividades fundamentais: a vigilância epidemiológica de IACS, consumo de antimicrobianos e resistência a antimicrobianos; contribuir para a adesão e promoção de precauções básicas de controlo de infeção, assim como o uso de precauções baseadas na via de transmissão; implementação de feixes de intervenções de prevenção associadas a cuidados de saúde; o desenvolvimento e promoção de programas

de apoio à prescrição antimicrobiana; criação de normas e orientações que promovam a educação dos profissionais; desenvolvimento da capacitação dos profissionais através da análise do *feedback* de dados; apoiar intervenções de melhoria de qualidade de atividades que promovam a literacia da população (DGS, 2022c). O programa PPCIRA foi criado pelo despacho nº 2902/2013 tendo em consideração que as IACS complicam o tratamento dos doentes e são uma causa significativa de morbilidade e mortalidade, para além de consumirem muitos recursos hospitalares e da comunidade (MS, 2013). As IACS são infeções adquiridas pelos utentes e têm origem nos cuidados e procedimentos de saúde que lhes são prestados, podendo inclusive, afetar os profissionais de saúde quando exercem a sua atividade (DGS, 2007).

Decorridos nove anos desde a criação do PPCIRA e devido à necessidade de reforçar a melhoria de vários indicadores de saúde abrangidos por este programa, na sequência da pandemia de COVID-19 e do PNSD 2021-2026, o PPCIRA foi atualizado quanto à sua missão, moldando a sua estrutura para fazer face aos desafios crescentes e emergentes, abrangendo cuidados hospitalares, primários e continuados (MS, 2022).

Está implementado a nível nacional o PNSD 2021-2026, pelo despacho n.º 9390/2021, que tem como objetivo promover e consolidar a segurança na prestação de cuidados de saúde em todo o sistema de saúde, nomeadamente no SNS. O Plano é organizado em cinco pilares que sustentam catorze objetivos estratégicos. Esses pilares fornecem uma base sólida para o avanço contínuo da segurança do doente, onde cada objetivo estratégico contribui para alcançar metas específicas. No pilar 5, que diz respeito a Práticas Seguras em Ambientes Seguros, podemos encontrar como um dos seus objetivos estratégicos o de reduzir as IACS e as RAM, nomeadamente através das seguintes ações: incentivar as instituições de saúde a adotarem a estratégia multimodal para precauções básicas de controle de infeções, conforme recomendado pelo PPCIRA; realizar programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS; promover nos serviços a implementação das *bundles* de prevenção das IACS; promover a adoção do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), utilizando e desenvolvendo abordagens educacionais e comportamentais restritivas; assegurar a atribuição de tempo aos profissionais envolvidos na prevenção, controle e monitoramento de IACS, bem como na implementação do PAPA, conforme estabelecido no Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro; dar a conhecer aos profissionais de saúde os resultados dos indicadores de processo e resultado relacionados com as IACS, consumo de antimicrobianos e RAM, fazendo a sua relação com as intervenções de melhoria da qualidade (MS, 2021).

A PSC corre risco de infeção devido aos diferentes contextos de atuação, pela complexidade das situações e aos cuidados diferenciados que requerem o uso de várias medidas invasivas para diagnóstico, terapêutica ou manutenção de vida. O EEEMC-PSC assume um papel preponderante na área da prevenção

e controlo da infeção, ao adquirir competências específicas quer na conceção de planos de prevenção e controlo das IACS no contexto de cuidados à PSC ou falência orgânica, como também no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção em concordância com as normas de prevenção associadas às IACS e RAM (OE, 2018).

Para o desenvolvimento desta competência foi importante, em análise e reflexão com a enfermeira supervisora, consultar e rever as normas da DGS relacionadas com esta temática e as normas e protocolos específicos do serviço e da unidade hospitalar. Estar atento a determinados aspetos como os circuitos de doentes, lavagem e desinfeção do material clínico e não clínico, triagem do lixo e da roupa, o acondicionamento do material de esterilização, a adequação das precauções de infeção adaptadas a cada situação, por forma a promover e garantir que os procedimentos são cumpridos por todos os profissionais de saúde. Existem dois elos de ligação do serviço com a Unidade Local-PPCIRA, que colaboram na realização de auditorias e divulgam os seus resultados junto da equipa, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria.

Durante a prestação de cuidados à PSC procuramos sempre cumprir e respeitar as boas práticas para a prevenção e controlo das IACS. O projeto de estágio desenvolvido por nós, estando relacionado com a VMI, esperamos que contribua de forma decisiva para a prevenção da PAI (DGS, 2022a).

Os conteúdos lecionados na UC EMC 5 permitiram desenvolver ainda mais esta competência. Foi importante, não só a partilha de trabalhos com os restantes colegas, mas também a elaboração do trabalho relacionado com o plano de prevenção e controlo de infeção na UCI, focado na temática da higienização das mãos e que teve aplicação real.

Por forma a complementar o desenvolvimento de competências nesta área, foi realizado um dia de estágio na Unidade Local-PPCIRA que nos permitiu conhecer todo o trabalho que aí se desenvolve. A PPCIRA tem uma governação assente em três níveis: central, através da direção nacional do programa, integrada na DGS; regional, pelas Unidades Regionais PPCIRA em que integram a orgânica de cada ARS; e local através das Unidades Locais PPCIRA, que se encontram integradas nos estabelecimentos e serviços pertencentes ao SNS (MS, 2022).

De acordo com o despacho n.º 10901/2022 (MS, 2022), na Unidade Local deste hospital existe um diretor clínico, dois enfermeiros especialistas com formação específica na área, um microbiologista, um farmacêutico e um elemento por cada setor da pediatria, ginecologia, ortopedia, cirurgia, infeciologia e intensivista. Cada serviço tem os seus elos de ligação, no total de 80 elementos, de entre enfermeiros,

técnicos superiores de saúde, técnicos auxiliares de saúde que participam em formações e reuniões. Cabe à Unidade Local fazer duas formações aos enfermeiros e técnicos superiores de saúde por ano, aos técnicos auxiliares de saúde duas formações duas vezes por ano e aos médicos é realizada por um clínico junto dos internos. Durante o ano são realizadas três reuniões com os elos. A primeira, normalmente em janeiro ou fevereiro, serve para estruturar o trabalho para o ano e definir o plano de atividades. No ano de 2023 foi dado destaque à higienização das mãos, através da realização de auditorias para verificar a sua adesão. Este ano o foco será auditar o uso de luvas, previsto para 5 de maio de 2024. Outras auditorias são realizadas relativamente às precauções básicas de controlo de infeção (DGS, 2013b), ao controlo ambiental, gestão e tratamento de resíduos hospitalares, da roupa, entre outras.

As auditorias podem ser de estrutura (lavatórios, por exemplo), processos (higiene das mãos, triagem de resíduos) e resultados (consumo de solução aquosa de base alcoólica, detergentes, desinfetantes). Permitem estabelecer uma avaliação do risco e priorizar áreas para o ano seguinte. Devem ser considerados os fatores de risco e eventos adversos.

No hospital, desde 2005 que se realizam inquéritos de prevalência para serem analisados pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, também criado em 2005. São realizados através da consulta do processo do doente entre os dias 14 e 18 de maio e só se realizam de 5 em 5 anos. São colhidos dados relativos ao número de dias de internamento por doente, número de doentes internados, demora média para adquirir uma infeção nosocomial e o custo monetário que isso representa. Os últimos dados colhidos apontam para um número total de 349 doentes, com internamento médio de 8,6 dias, com infeção nosocomial com internamento médio de 28,9 dias, com custo médio de 360, 81 euros. Em 2012 a taxa de prevalência foi de 9 % e em 2017 foi de 7 %. São realizadas reuniões mensais, em que são analisados os dados epidemiológicos e quais os microrganismos mais emergentes e com maior expressão, a introdução de novos materiais e a transmissão e informação de dados.

Relativamente à vigilância epidemiológica é realizada a cada semestre e é partilhada com os elos, assim como as auditorias e a implementação de isolamentos. A vigilância epidemiológica tem por base o laboratório de microbiologia, nomeadamente ao assinalar os microrganismos mais importantes tendo em conta a sua virulência, transmissão ambiental, microrganismos multirresistentes a um determinado grupo de antibióticos, como microrganismos produtores de beta-lactamases que apresentam resistência aos beta-lactâmicos ou produtores de carbamapeneses que são resistentes à maior parte dos antibióticos, *staphylococcus* resistentes à metilina ou vancomicina, *clostridium* e o *mycobacterium tuberculosis*. Após serem assinalados pelo laboratório, cabe à Unidade Local investigar a história do doente, informar o serviço para iniciar isolamento e preencher a base de dados.

A DGS obriga a vigilância epidemiológica de microrganismos que surgem por infeções nosocomiais na corrente sanguínea. Um doente alocado no SU que possua uma infeção nosocomial tem prioridade para subir para o serviço de internamento de destino. Os enfermeiros são avisados por telefone.

A Unidade Local PPCIRA também realiza consultadoria através da implementação, desenvolvimento e monitorização de atividades mais assertivas para as chefias e prestadores de cuidados (maior competência leva a uma maior capacitação para a tomada de decisão), planeamento e programação de atividades, avaliação e gestão do risco, intervenção em obras e alterações estruturais, colaborar com empresas externas que prestam serviços no hospital (como na limpeza do ar condicionado e análise da água), colaborar com a farmácia nos concursos, nomeadamente na escolha de produtos como desinfetantes e antissépticos, na introdução de material novo mais específico, sua justificação e previsão de média de consumo e fornecer informação sobre antibióticos. Emite pareceres que são solicitados pelas chefias, colabora com o serviço de aprovisionamento ao ser júri na escolha dos mais variados tipos de equipamentos. Colabora com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde na elaboração da sua base de dados relativo ao material disponível a nível nacional. Trabalha com cadernos de encargos relacionados com a Plataforma Contratação Pública Vortal, verifica se o material adquirido é efetivamente aquele que é fornecido. Colabora na gestão hoteleira com os serviços de lavandaria, com a empresa de gestão de resíduos, na formação de trabalhadores que pertencem à empresa de limpeza externa ao hospital, auditoria e monitorização, elabora relatórios de atividades sobre a taxa de adesão, assim como de relatórios de auditorias dirigidos ao conselho de administração do hospital ou a um serviço específico.

Quando necessário, adapta as normas da DGS à especificidade da instituição e elabora procedimentos de trabalho; recebe representantes e empresas para aquisição de novos equipamentos ou produtos e colabora na formação em serviço; define com a esterilização normas de descontaminação e circuito do material até ao serviço de destino; avalia em conjunto com o serviço de Saúde e Segurança no Trabalho a exposição a risco biológico e a utilização de equipamentos de proteção individual. Tem a capacidade de colaborar com a comunidade através da elaboração de planos de contingência a nível da transmissão, nos planos de higienização de instituições que prestam apoio na comunidade em articulação com o delegado de saúde.

Durante o EF, foi possível frequentar o curso de “Formação Profissional de Formação Básica em Prevenção e Controlo de IACS e Resistência Antimicrobiana” (Anexo XI), uma ação de formação profissional sobre “Gestão de Resíduos Hospitalares” (Anexo XII) e uma Palestra sobre “Efeitos Pós-Terapêuticos dos Antibióticos e Circulação Global das Resistências” (Anexo XIII).

Face ao exposto, através das atividades realizadas, acreditamos ter desenvolvido as competências em análise.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório procura espelhar todo o percurso realizado pelo mestrando ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização de EMC-PSC, com destaque para a UC Estágio Final, mas não esquecendo os contributos importantes dos conteúdos lecionados nas restantes UC na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

No primeiro capítulo começamos pela apreciação do contexto clínico onde decorreu o EF, através da caracterização da unidade hospitalar e posteriormente pela caracterização do SU quanto aos seus recursos físicos, humanos e materiais, assim como da gestão e produção de cuidados. Podemos assim verificar que o local de estágio seria promotor do processo de desenvolvimento e aquisição de competências para a prática especializada.

No segundo e terceiro capítulos, no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados, expomos o PIP, que foi realizado tendo por base a metodologia de projeto e sustentado pelo referencial teórico do MMPBE de June Larrabee. Este projeto surgiu após a identificação de uma oportunidade de melhoria relacionada com a inexistência de uma norma no serviço que garantisse a uniformização de boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU.

A pesquisa minuciosa nas diversas bases de dados científicas e a consulta de bibliografia relevante relacionada com o tema do PIP, permitiram a elaboração de uma *scoping review*, que foi publicada numa revista científica, contribuindo para a disseminação do conhecimento e desenvolvimento de investigação em Enfermagem.

Elaboramos uma proposta de norma hospitalar que esperamos que sirva de referencial teórico para que os enfermeiros prestem cuidados com base na melhor e mais atual evidência científica. Elaborámos também uma proposta de registo no sistema informático, que esperamos que contribua para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, ao facilitar o planeamento e continuidade desses mesmos cuidados.

No quarto capítulo procedemos à análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento das competências. Em retrospectiva, procurámos expor as experiências vividas, as atividades realizadas e as estratégias adotadas, sob um olhar crítico, que permitiram o desenvolvimento e aquisição das diferentes competências necessárias para obtenção do título de EEEMC-PSC e do grau de Mestre em Enfermagem.

Concluir o curso de EMC-PSC revelou-se uma jornada repleta de desafios e conquistas, especialmente quando se considera a atuação em situações críticas. Exige não apenas um profundo conhecimento teórico e prático, mas também uma grande dose de resiliência emocional e habilidades interpessoais.

Ao completarmos este curso, encontramos-nos num processo de transição significativo. Permitiu-nos não só adquirir um conhecimento mais profundo sobre as práticas e teorias relacionadas com a EMC, mas também desenvolver uma compreensão mais ampla das complexidades envolvidas no cuidado de doentes em situações críticas.

A conclusão do presente mestrado não é apenas o fim de uma etapa, mas o início de uma nova fase. Com a atribuição deste título, podemos contribuir significativamente para o desenvolvimento da Enfermagem através da prática clínica avançada, pesquisa ou educação. Além disso, a conclusão deste curso também traz consigo uma maior responsabilidade. É esperado que estejamos munidos de um conjunto maior de habilidades e conhecimentos, que nos coloca numa posição única para liderar equipas multidisciplinares e influenciar políticas de saúde que tenham impacto direto na qualidade dos cuidados prestados à PSC.

No entanto, é importante reconhecer que a jornada não termina aqui. A aprendizagem contínua é fundamental para nos mantermos atualizados com os avanços constantes na área da saúde e garantir que os cuidados prestados sejam baseados nas melhores práticas e evidências disponíveis.

Em suma, a conclusão do presente mestrado representa não apenas uma realização pessoal, mas também um compromisso contínuo com a excelência no cuidado à PSC e no desenvolvimento da profissão de Enfermagem.

Perante a conclusão do presente relatório, acreditamos que os objetivos que a que nos propusemos foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, B., Oliveira, M., Hernandez, B., Hernandez, J., Silva, L., de Paiva, W., Morais, R. & Souza, G. (2023). Do primeiro atendimento ao pós-operatório do paciente politraumatizado. *Research, Society and Development*, 12(2). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40118>
- Akbiyik, A., Hepçivici Z., Eşer, I., Uyar, M., & Çetin, P. (2021). The effect of oropharyngeal aspiration before position change on reducing the incidence of ventilator- associated pneumonia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 40, 615–622. <https://doi.org/10.1007/s10096-019-03789-4>
- Alson, R., Han, K., & Campbell, J. (2020). *International trauma life support for emergency care providers*. (9ª edição). Pearson Education, Inc.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Arco, A. R., Arco, H. R., Lucindo, I. M. & Martins M. O. (2018). Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos. (Versão 2). Escola Superior de Saúde de Portalegre. https://ess.ipportalegre.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf
- Assembleia da República [AR]. (2001). Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro. Diário da República I SÉRIE-A, (janeiro): 14-36. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>
- Assembleia da República [AR]. (2005). Lei n.º 1/2005 de 12 de agosto. Diário da República I SÉRIE-A, 155 (agosto): 4642-4686. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>
- Assembleia da República [AR]. (2015). Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto, que substitui Lei n.º 27/2006, de 3 de julho – Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República. 1.ª Série, 149 (agosto): 5311-5326. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>

- Assembleia da República [AR]. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República 1.ª Série, 169 (setembro): 55-66. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Astasio-Picado, Á., Jiménez, F., López-Sánchez, M., Jurado-Palomo, J., & Zabala-Baños, M. (2022). Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation: Management and Preventive Aspects. *Applied Sciences*, 12(20), 10633. <https://doi.org/10.3390/app122010633>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2023). Plano Nacional de Emergência. <https://prociv.gov.pt/pt/prevencao-e-preparacao/planeamento-de-emergencia/plano-nacional-de-emergencia/>
- Bayram, B., & Şancı, E. (2019). Invasive mechanical ventilation in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2019.03.001>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Editora Quarteto ISBN 972-8535-97-X
- Benner, p., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment & Ethics*. (2ª edição). Springer Publishing Company. Ebook ISBN: 978-08261-25453. <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/74309/1/5.pdf>
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D., (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care, A Thinking-in-action Approach*. (2ª edição) Springer Publishing Company.
- Carvalho, L., Bernardo, M., Sousa, I., & Negas, M. (2019). *Gestão das Organizações. Uma abordagem integrada e prospetiva*. (4ª edição). Edições Sílabo.
- Cerqueira, J. (2008). *Os direitos humanos e o Código Deontológico do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros, 31, 29-32.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013a). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013b). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). Norma n.º 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022c). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Faria, H., Campos, F. & Santos, M. (2018). Planejamento, avaliação e programação das acções de saúde. Universidade Federal de Minas Gerais/NESCON. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>
- Ferreira, M. & Ferreira, C. (2018). Intervenções e Procedimentos em Enfermagem. Lidel.
- Franco, H., Mendes, L., Estevam, P., Castro, I., Barata, J., & Nunes, L. (2021). A compreensão de dignidade para os estudantes de enfermagem – scoping review. Revista Ibero-Americana De Saúde e Envelhecimento, 7(1), 117-136. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(1\).451.117-136](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(1).451.117-136)
- Gardner, D., Llamas, M., Stull, J., & Restrepo, R. (2021). Recognition of Patient-Ventilator Asynchrony in the ICU. *Respiratory Care Education Annual*, 30. <https://www.aarc.org/wp-content/uploads/2021/12/rcea2021.pdf>

- Grupo Português de Triagem [GPT]. (2022). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes, Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Hassan, E., & Elsaman, S. (2022). Relationship between ventilator bundle compliance and the occurrence of ventilator-associated events: a prospective cohort study. *BMC Nursing*. 21:207. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00997-w>
- Imhoff, B., Wagner, SJ., Howe, K., Dangers, J., & Nazir, N. (2021). Quality Improvement Initiative to Increase Rate of and Time to Post-intubation Analgesia in the Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2021 Jul 14;22(4):827-833. 10.5811/westjem.2021.4.51115
- Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]. (2019). Global Burden of Disease Study. Disease and Injury Burden 1990-2019. <https://doi.org/10.6069/P5WM-5A36>
- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2019). Manual de Suporte Avançado de Vida. (1.ª versão). Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- Karlsen, M., Finset, A., Heggdal, K., & Heyn, L. (2022). Caught between ideals and reality: Phenomenological-hermeneutic study of healthcare providers' experiences while interacting with mechanically ventilated patients. *Journal of Interprofessional Care*, 36(4), 492-499. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1967303>
- Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora.
- Long, J., Knowles, E., Bishop-Edwards, L., & Cathain, A. (2021). Understanding young adults' reasons for seeking 'clinically unnecessary' urgent and emergency care: A qualitative interview study. *Health Expect*. Aug;24(4):1535-1544. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13301>
- Machado, F., Eder, G., Dullius, C., & Baldisserotto, S. (2014). Ventilação mecânica: como iniciar. *Acta méd*. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882901/ventilacao-mecanica-como-iniciar.pdf>
- Martins, B., Pimentel, C., & Rodrigues, G. (2021). Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*.3(3). 69-73.

- Ministério da Saúde [MS]. (1996). DL 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. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Ministério da Saúde [MS]. (2007). Despacho n.º 727/2007 de 15 de Janeiro. Diário da República 2ª série, 10 (janeiro): 1123-1124. <https://files.dre.pt/2s/2007/01/010000000/0112301124.pdf>
- Ministério da Saúde [MS]. (2013). Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro. Diário da República 2ª série, 229 (novembro): 34563-34565. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>
- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República 2ª série, 187 (setembro): 96-103. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Ministério da Saúde [MS]. (2022). Despacho nº 10901/2022 de 8 de setembro de 2022. Diário da República 2ª série, 174 (setembro): 93-99. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Mohr, N., Wessman, B., Bassin, B., Elie-Turenne, M., Ellender, T., Emlet, L., ... & Rudy, S. (2020). Boarding of critically ill patients in the emergency department. *Critical care medicine*, 48(8), 1180-1187. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004385
- Momennasab, M., Ardakani, M., Rad, F., Dokoochaki, R., Dakhesh, R., & Jaber, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02>
- Murray, E. (2017). *Nursing leadership and management for patient safety and quality care*. F. A. Davis Company
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Marta, M., & Florentim, R. (2023) Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir* 2(ed espec nº1) <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Nunes, L. (2008). Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31, 35-47. https://www.researchgate.net/publication/262048659_Fundamentos_eticos_da_deontologia_profissional
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Lusodidacta.
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ª edição). Lusodidacta.

Nunes, L. & Poeira, A.F. (2021). Apostilha de Investigação. I. Da origem à disseminação do conhecimento. Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISBN 978-989-54837-5-4

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

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). Dor- Guia Orientador de Boa Prática. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Lei n.º156/2015, (16 de setembro). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª Série, n.º 181, pp. 8059 – 8105. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Regulamento no 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República (2ª série, Vol. 123, pp. 17240–17243). <https://files.dre.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015c). Parecer Conselho Jurisdicional 196/2014. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica. Leiria, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. 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 (16 de julho de 2018), 19359-193370. <https://dre.pt/application/file/a/115698537>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 26, 8648-8653. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento n.º 743/2019. Diário da República, 2.ª série, Nº 184, 2 de setembro de 2019, p. 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Rafieia, H., Rahimia, S., Shafaeia, M., & Ommatmohammadib, M. (2020) Emergency nurses' knowledge about ventilator-associated pneumonia. *International Emergency Nursing*, Volume 48. 100783. ISSN 1755-599X. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.006>
- Ribeiro, M. (2019) Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Sinais Vitais*. N.º 129: 29-41. <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/revista/RSV129.pdf>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (Eds) (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, M., & Rodrigues, G. (2021). Ventilação mecânica no tratamento de doenças respiratórias. *Revista Liberum accessum*, 8(1), 1-9. <https://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/71>
- Santos, T. Carvalho, J., Pereira, M., Queiroz, S., Marques, F., & Deus, J. (2022). Atuação do enfermeiro frente ao doente submetido à ventilação mecânica na emergência. *Revista Nursing*, 25 (286): 7122-7129. <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2320/2852>
- Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N., & Salum, N. (2020). Boas práticas de enfermagem a doentes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*, 24, e20190300. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>
- United Nations. (2017). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://e4k4c4x9.rocketcdn.me/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf>
- Universidade de Évora [UE]. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- Universidade de Évora [EU]. (2016). Aviso nº 5622/2016 de 2 de maio. Diário da República 2.ª série, 84 (maio): 13881–13888. <https://dre.pt/application/file/a/74313910>

Wright, G., Ashworth, L., Pettey, S. (2020) Optimizing Mechanical Ventilation During General Anesthesia. *AANA journal*, 88(2), 149-157.
<https://mydigitalpublication.com/publication/?m=23204&i=655324&p=1&ver=html5>

Apêndices

Apêndice I – Projeto de Estágio



7º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Doutora Maria Dulce Santiago

Enfermeira Supervisora: [REDACTED]

PROJETO DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência do Hospital Distrital de

[REDACTED]

Discente: Manuel Malacas n.º 21817

Setembro

2023

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio Final
Docente: Professora Doutora Maria Dulce Santiago
Enfermeira Supervisora: [REDACTED]

PROJETO DE ESTÁGIO
Serviço de Urgência do Hospital Distrital [REDACTED]

Discente: Manuel Malacas n.º 21817

Setembro
2023

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

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

HDS – Hospital Distrital de Santarém EPE

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

SE – Sala de emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	7
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	10
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	13
4. CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Objetivos de aprendizagem e atividades a desenvolver no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista	12
Tabela 2 - Objetivos de aprendizagem e atividades a desenvolver no domínio das competências específicas do enfermeiro especialista	14

INTRODUÇÃO

A realização deste projeto de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final pertencente ao 7º Mestrado em Associação em Enfermagem, na vertente da Especialidade Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC) lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. Este estágio decorrerá ao longo de 18 semanas entre os dias 11 de setembro de 2023 até 26 de janeiro de 2024, com interrupção para férias de 18 de dezembro de 2023 a 2 de janeiro de 2024 e terá lugar no Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Santarém EPE (HDS). Decorrerá sob a orientação da enfermeira especialista em EMC-PSC Dânia Martins e com a supervisão pedagógica da Professora Doutora Maria Dulce Santiago.

Neste projeto serão delineados os objetivos e as atividades propostas para que sejam adquiridas um conjunto de competências, tanto comuns, como específicas, fundamentais a um Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

As competências comuns vêm descritas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 e assentam em quatro domínios: da responsabilidade profissional ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao enfermeiro especialista são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados.

As competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC vêm descritas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018. Este refere que os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, isto é, que tenha uma ou mais funções vitais comprometidas, e ao seu cuidador/família devem ser altamente qualificados e prestados de forma contínua para permitir a manutenção dessas funções, evitar o aparecimento de complicações e incapacidades, tendo sempre como alvo a sua recuperação total. A necessidade deste tipo de cuidados pode surgir em situações de emergência, exceção e catástrofe, em que os cuidados devem ser prestados de forma o mais imediata possível.

As competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC são as seguintes: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Santarém EPE

a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Para atingir os objetivos atrás descritos também ter-se-á em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica descritos no Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho de 2019. Destes fazem parte sete categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Eles visam dar a conhecer o nível de cuidados mínimos aceitáveis e os melhores resultados que devem ser esperados ao público em geral.

A estrutura deste projeto é constituída por uma introdução, caracterização do serviço, planeamento das atividades e conclusão.

Este projeto foi elaborado segundo as normas da *American Psychological Association (APA)* – 7th edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Hospital [REDACTED], EPE (HDS) é um hospital distrital, público, de agudos, diferenciado, de acesso universal, que assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,6 mil habitantes e dispõe de uma Urgência Médico-Cirúrgica de nível II com Urgência Geral, de Pediatria e de Ginecologia-Obstetrícia que funcionam 24/24 horas, 365 dias por ano. Foi criada em 2020 a Urgência dedicada ao COVID19. Conta com o apoio de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação. (Serviço Nacional de Saúde, sd)

O SU Geral é composto por 80 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, em que cada equipa é composta por três elementos de referência do serviço. Destes enfermeiros fazem parte a Enfermeira Gestora, oito enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, quatro enfermeiros especialistas em Reabilitação, dois enfermeiros especialistas em Enfermagem da Saúde Mental e Psiquiátrica e quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária. Três enfermeiros são elos do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos e dois da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Foi criado um grupo ligado aos hiperutilizadores, que são aqueles utentes que recorrem ao SU mais de três vezes num determinado período de tempo. Relativamente às Vias Verdes dois enfermeiros são responsáveis por cada uma das seguintes: Via Verde Coronária, Via Verde do AVC, Via Verde do Trauma e Via Verde da Sepsis. Dois elementos são elos de ligação do serviço com a Comissão da Qualidade e Segurança e três são responsáveis pela formação em serviço. A equipa conta também com o apoio de 60 assistentes operacionais.

Normalmente são escalados 17 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 12 a 13 no turno da noite. No início de cada turno o enfermeiro responsável ou chefe de equipa comunica a distribuição dos elementos pelos diversos sectores tendo em conta a rotatividade, especialidade e experiência em doente crítico e triagem. Ela é feita normalmente da seguinte forma: um elemento na SE, um elemento na triagem, dois elementos na sala de sentados, um elemento na cirurgia geral, um elemento na ortopedia, um elemento na sala de verdes/azuis e três elementos na área médica. Seis elementos são escalados pelas diversas áreas onde permanecem os utentes que estão internados a aguardar vaga no serviço de internamento.

O enfermeiro responsável/chefe de equipa sempre que possível não assume posto ou fica responsável pela SE. Cabe a este a gestão e supervisão dos cuidados, apoio à gestão de recursos

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital

humanos e materiais, apoio ao chefe para avaliação dos enfermeiros e assistentes operacionais, gerir o horário das refeições, reportar intercorrências à enfermeira gestora e elaborar um relatório de coordenação. Fazem parte também das funções deste a articulação com a assistente social, linha de emergência social ou linha de apoio à vítima sempre que se justifique.

Foi criado há três meses o Gabinete de Apoio a Familiares e Acompanhantes que é assumido por um enfermeiro que gere a comunicação com a equipa médica e informa os familiares ou pessoas significativas sobre a situação do utente que está no SU. Funciona todos os dias das 12 às 20 horas. Cada utente pode ter a visita de um acompanhante por um período de 15 minutos entre as 13 e as 19 horas.

O SU Geral está localizado no piso 0 e está disposto por áreas. À entrada encontra-se a sala de espera, a sala dos administrativos e o posto de segurança. A sala de espera está equipada com rampas de oxigénio e sistemas de vácuo em caso de necessidade de ativação do plano de catástrofe. Junto desta fica um posto de rececionista que faz a articulação entre familiares e profissionais de saúde, ajuda na gestão dos pedidos de ambulâncias, gestão de altas e informações gerais.

No interior do SU propriamente dito, fica outra sala de espera para utentes que vêm de ambulância, principalmente acamados. Perto desta há dois postos de triagem que podem funcionar em simultâneo consoante a afluência de pessoas. Um dos enfermeiros da triagem dá apoio à sala dos sentados, que existe ao lado deste, onde os utentes triados maioritariamente de amarelo e que já foram observados na área médica que deambulem, aguardam a realização de análises e tratamentos; o outro dá apoio à sala de isolamento covid.

Após passarem pela triagem, e de acordo com a avaliação pela triagem de Manchester (definida por cores), estes podem ser encaminhados para a respetiva área consoante a cor e especialidade médica: medicina, cirurgia, ortopedia ou outras. Há uma sala de isolamento para doentes covid positivo, um gabinete para consulta de psiquiatria e uma sala para os utentes triados de verde/azul. Esta sala funciona num contentor junto à entrada exterior do SU das 9 às 24 horas; no restante horário estes utentes são observados pelos médicos alocados na área médica.

A área médica é composta por duas salas com quatro postos de atendimento médico cada e observam os utentes triados de laranja e amarelo. Pertencente a esta área ficam ainda quatro salas de tratamento para utentes em maca, uma sala de trabalho de enfermagem e duas casas de banho.

A área cirúrgica engloba a cirurgia geral e a ortopedia e localiza-se junto da urgência pediátrica para apoio em caso de necessidade. A cirurgia geral engloba três postos de trabalho médico e duas salas de pequena cirurgia que podem ser convertidas em bloco operatório em situações de catástrofe. A ortopedia tem uma sala com três postos de atendimento médico e uma sala de gessos. Comum a estas áreas há uma sala de tratamento, uma sala de trabalho de enfermagem e uma sala de higiene.

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital

Existe uma sala de emergência (SE) que tem a capacidade para três utentes em simultâneo.

No espaço físico do SU encontra-se também uma sala para realização de eletrocardiograma, duas salas de imagiologia, uma sala para realização de tomografia computadorizada, duas copas, gabinetes da enfermeira gestora, diretor de serviço e administrativa interna, quatro salas para armazenamento de material de consumo clínico, um dos quais serve como farmácia.

Pelos diversos sectores do serviço podem-se observar seis carros de medicação e o seu stock é reposto por um técnico de farmácia.

Os utentes internados a aguardar vaga ficam em três salas improvisadas e em espaços no corredor.

A passagem de turno é realizada junto dos utentes.

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Domínio de Aprendizagem	Área/objeto de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	✓ Integrar a equipa multiprofissional do SU do HDS, da VMER de Santarém e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Torres Novas	• Apresentação ao enfermeiro gestor, enfermeiro orientador e restante equipa multidisciplinar • Realização de visita guiada ao serviço acompanhado pela enfermeira gestora • Conhecimento do espaço físico, nomeadamente da localização de material, funcionamento de equipamentos e circuito dos utentes nas respetivas entidades • Consulta de normas, protocolos, projetos e outros documentos de apoio
	✓ Conhecer a estrutura física e o funcionamento organizacional das respetivas entidades	• Observação da dinâmica do serviço e da metodologia de trabalho dos profissionais do serviço, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em EMC-PSC • Colaboração na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica
	✓ Desenvolve uma prática profissional, ética e legal agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão	• Desenvolvimento de uma prática profissional segura e ética, adquirindo competências na tomada de decisão orientada pelo Código Deontológico e pelo Regulamento Exercício da Prática de Enfermagem, seguindo as normas e protocolos em vigor • Participação em estratégias de resolução de problemas em parceria com a equipa multidisciplinar e o utente/família
Melhoria Contínua da Qualidade	✓ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	• Promoção da proteção dos direitos humanos, nomeadamente do direito à confidencialidade, privacidade e segurança de toda a informação escrita e oral • Realização de momentos de reflexão com a equipa multidisciplinar acerca das tomadas de decisão e promoção de uma prática clínica especializada
Melhoria Contínua da Qualidade	✓ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas	• Conhecimento de programas de melhoria contínua tanto a nível institucional, como do próprio SU

Escola Superior de Saúde de Portalegre

10

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital

(continuação)	institucionais na área da governação clínica	• Realização de pesquisa bibliográfica para obtenção e incorporação de conhecimentos com vista a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados
	✓ Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	• Observação de momentos de auditoria, se ocorrerem • Realização de uma sessão de formação em serviço, relacionado com o tema da Ventilação Mecânica Invasiva, tendo surgido da reflexão entre a enfermeira gestora, enfermeira cooperante e professora supervisora
	✓ Garante um ambiente terapêutico seguro	• Promoção da dignidade da pessoa e respeito pelo sigilo profissional • Promoção de boas práticas na prevenção e controle de infeção • Aplicação dos princípios essenciais para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelo próprio e pelos pares • Aplicação de princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e utentes • Esclarecimento de dúvidas e validação com a restante equipa acerca dos cuidados especializados
Gestão dos Cuidados	✓ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	• Colaboração nas tomadas de decisão da equipa de saúde • Contribuição com informação pertinente para a tomada de decisão no processo de cuidar • Reconhecimento de situações que necessitam de referenciação para outros profissionais de saúde • Orientação, ensino, demonstração e avaliação da execução de tarefas passíveis de serem delegadas • Prestação de cuidados especializados de acordo com os recursos humanos, materiais e as prioridades mais emergentes
Gestão de Cuidados	✓ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao	• Utilização dos recursos de forma eficiente na organização e prestação de cuidados • Conhecimento das funções do enfermeiro gestor/coordenador através da realização de um

Escola Superior de Saúde de Portalegre

11

(continuação)	contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	turno com a enfermeira gestora do serviço • Colaboração com o enfermeiro responsável de turno na gestão de recursos humanos e materiais, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	✓ Desenvolve o autoconhecimento e assertividade	• Reconhecimento das próprias limitações pessoais e profissionais e procurar melhorá-las com o apoio da enfermeira supervisora • Desenvolvimento da competência para gerir sentimentos e emoções em situações de prestação de cuidados de enfermagem especializados em contexto de SE e pré-hospitalar • Desenvolvimento da capacidade de pensamento crítico/reflexivo • Reflexão com a enfermeira supervisora sobre situações experienciadas
	✓ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	• Aquisição de competências utilizando as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados • Realização de um projeto de intervenção • Demonstração de conhecimentos na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica • Mobilização de conhecimentos adquiridos noutras unidades curriculares ao longo do presente curso de mestrado

Tabela 1 - Objetivos de aprendizagem e atividades a desenvolver no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Domínio de Aprendizagem	Área/objeto de aprendizagem	Atividades de aprendizagem
Competências específicas	✓ Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	• Execução de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família utilizando a metodologia do Processo de Enfermagem em todas as áreas que integram o SU, incidindo principalmente na SE de forma holística • Compreensão de toda a dinâmica e funcionamento da SE, incluindo métodos de trabalho, normas, protocolos, vias verdes, localização e utilização do material consumível e eletrónico (monitores, desfibriladores, ventiladores, bombas e seringas infusoras e malas de transporte inter e intra-hospitalar) • Colaboração eficaz na prestação de cuidados em situações de suporte avançado de vida e trauma • Detecção precoce de possíveis complicações e implementação rápida de medidas corretivas • Estabelecimento de uma relação terapêutica, facilitando e adaptando a comunicação à pessoa/família • Aplicação de conhecimentos na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor • Detecção, referência e estabilização hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos • Acompanhamento de utentes em situação crítica à realização de meios complementares de diagnóstico e transferências intra-hospitalares garantindo a segurança de todos os envolvidos • Realização de registos de enfermagem que promovam a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade na plataforma informática SCInico.

		• Observação e conhecimento da forma de atuar do enfermeiro especialista em ambiente pré-hospitalar (VMER e ambulância SIV)
✓	Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação	• Conhecimento sobre o plano de emergência e catástrofe do SU • Observação da localização e do tipo de material a ser utilizado (kits de catástrofe) • Compreensão sobre as entidades e meios humanos envolvidos, circuitos dos utentes e métodos de triagem • Observação e colaboração em cenários multivítimas, adequando a resposta face à evolução e dinâmica da situação • Detecção de situações que possam indiciar prática de crime e conhecimento sobre o encaminhamento para as entidades competentes e organismos vocacionados no apoio à vítima e sua família
✓	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	• Conhecimento sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos assim como das diretivas do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) • Consulta das normas e protocolos instituídos no SU relacionados com a prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde • Conhecimento dos circuitos e procedimentos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC, onde se inclui a utilização dos equipamentos de proteção individual de forma adequada e garantir que a restante equipa multidisciplinar também a cumpre • Conhecimento do circuito e áreas dedicadas para a triagem do lixo hospitalar e zelar pela correta higienização dos espaços • Reflexão e troca de impressões com o elo do GCL-PPCIRA acerca das estratégias implementadas, necessidades do serviço e oportunidades de melhoria

Tabela 2 - Objetivos de aprendizagem e atividades a desenvolver no domínio das competências específicas do enfermeiro especialista

4. CONCLUSÃO

A realização deste projeto de aprendizagem permitiu planejar o Estágio Final de forma que a aquisição de competências nas diversas áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em EMS-PSC seja conseguida de uma forma abrangente e estruturada.

Permitiu também dar a conhecer ao enfermeiro supervisor e enfermeiro orientador as principais áreas de interesse e as estratégias utilizadas.

A minha vida profissional tem sido passada em contexto de enfermagem e principalmente em unidade de cuidados intensivos, sendo este último um ambiente muito controlado. Uma das mais valias deste estágio será conseguir ter a perceção de como é trabalhar como enfermeiro especialista num ambiente no qual nunca exerci profissionalmente em que o imprevisto acontece a qualquer momento, que é o SU e outro no qual também não tenho experiência profissional e que ainda é menos controlado e mais imprevisível que é o pré-hospitalar. No entanto o número de turnos neste contexto parece-me um pouco reduzido, sendo uma das preocupações poder não experienciar muitas oportunidades de aprendizagem.

Neste Estágio Final procurarei mobilizar todos os meus conhecimentos, aptidões e competências adquiridas ao longo do presente mestrado e da minha carreira profissional, aspirando assim, conseguir atingir um patamar mais elevado sempre na procura da excelência de cuidados.

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência do Hospital Distrital [REDACTED]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Serviço Nacional de Saúde. (sd). Hospital Distrital [REDACTED] EPE, Área de influência.

<https://www.hds.min-saude.pt/category/o-hospital/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento no 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República (2a série, Vol. 123, pp. 17240–17243).

<https://files.dre.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento no 429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário Da República, 2a série (135), 9359–19370.

<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento no 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2ª série (nº 26), 4744–4750.

<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Apêndice II – Documentos solicitados pelo Gabinete de Investigação e pela
Comissão de Ética



Ao

Conselho de Administração

do Hospital Distrital de Santarém, EPE

Nome do investigador principal Manuel Sabino Malacas

Contacto telefónico 960260428

E.mail manuel.malacas@hds.min-saude.pt

Título da investigação Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Submetida a VMI no SU

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de: Urgência Geral

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa, na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital  EPE, respeitante à referida investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Pede deferimento

 , 07 de Novembro de 20 23

(assinatura)

Assinado por: **Manuel Sabino Malacas**
Num. de identificação: 11662729
Data: 2023.11.07 10:46:38+00'00'





Exmo(a). Senhor(a) Diretor(a) do Serviço / Departamento de
Serviço de Urgência Geral
do Hospital [redacted], EPE

Assunto: Pedido de Declaração para realização de Investigação

Nome do Investigador Principal:

Manuel Sabino Malacas

Contactos:

Telef.: 960260428 e.mail: manuel.malacas@hds.min-saude.pt

Título da Investigação:

Boas Práticas no Cuidado à Pessoa submetida a VMI no SU

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no Hospital [redacted] EPE, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador

Assinado por: Manuel Sabino Malacas
Num. de Identificação: 11662729
Data: 2023.11.07 10:53:25+00'00'

[redacted], 07 de novembro de 2023



CHAVE MÓVEL
• • • •

(assinatura)

DECLARAÇÃO

Para ser presente à Comissão de Ética do Hospital [redacted], EPE, declaro que o Serviço de Urgência Geral reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço.

O(A) Diretor(a) de Serviço / Departamento

Santarém, 7 de Novembro de 2023

(assinatura)

Trabalho de Investigação (TI) - Check-list

Designação do TI: Boas Práticas no Cuidado à Pessoa submetida a VMI no SU

N.º do TI: _____

Investigador principal: Enfermeiro Manuel Malacas

Data: ____ / ____ / 20 23

Tramitação	Sim	Não	N/A	Observações
Protocolo de investigação	☒	☐	☐	
Título: descritivo e objetivo	☒	☐	☐	
Identificação completa do(s) investigador(es) responsável(is) e co-investigador(es)	☒	☐	☐	
Entidade(s) de origem, quando aplicável	☒	☐	☐	
Introdução: justificando o estudo, enunciando a questão clínica que o desencadeou e a respetiva pertinência com base numa revisão bibliográfica adequada	☒	☐	☐	
Metodologia	☒	☐	☐	
Recursos	☒	☐	☐	
Cronograma	☒	☐	☐	
Síntese do <i>curriculum vitae</i> do(s) investigador(es) e co-investigador(es)	☒	☐	☐	
Caderno de recolha de dados / instrumentos a aplicar (se aplicável)	☒	☐	☐	
Declaração do Diretor de Serviço para a realização da investigação (Mod. 361-C)	☒	☐	☐	
Consentimento informado (Mod. 361-D)	☐	☐	☒	
Requerimento para a Comissão de Ética (Mod. 361-E)	☒	☐	☐	
Acesso a registos clínicos para estudo / investigação (Mod. HDS-85-C)	☐	☐	☒	

Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr.
Presidente da Comissão de Ética
do Hospital [REDACTED] EPE

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

1. Identificação do Estudo	
Título da investigação:	Boas Práticas no Cuidado à Pessoa submetida a VMI no SU
Nome do investigador:	Manuel Sabino Malacas
Contactos: Telefone:	960260428 E-mail: manuel.malacas@hds.min-saude.pt
Caracterização da investigação:	
☐ Estudo retrospectivo	☐ Estudo observacional
☐ Estudo prospetivo	☐ Inquérito
☒ Outro Qual? Questionário à equipa de enfermagem	
Tipo de investigação:	☐ Com intervenção ☒ Sem intervenção
Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP):	☐ Sim ☒ Não
Promotor (se aplicável):	
Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável):	Professora Dra Maria Dulce Santiago
Contactos: Telefone:	967861852 E-mail: dulce.santiago@ipbeja.pt
Local/locais onde se realiza a investigação: Serviço Urgência Geral	
Data prevista para início:	13 / 11 / 20 23
Data prevista para o término:	28 / 01 / 20 23
Publicações:	☒ Não ☐ Sim. Qual o local da publicação?
2. Protocolo do Estudo	
Síntese dos objetivos:	
Objetivo Geral:	
•Promover boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU	
Objetivos específicos:	
•Elaborar uma proposta de norma de procedimento acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU	
• Elaborar uma check-list de avaliação do cumprimento da norma proposta acerca das boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU	
• Criar uma proposta para registo na plataforma informática das intervenções relativas à vigilância e monitorização da pessoa submetida a VMI no SU	
•Divulgar a norma de procedimento referente às boas práticas no cuidado à pessoa submetida a VMI no SU	
• Divulgar a proposta de registo no aplicativo informático que contemple as intervenções referentes à vigilância e monitorização da pessoa submetida a VMI	
2. Protocolo do Estudo (continuação)	

Mod. HDS - 2015.02.21

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/ riscos):

Foi-nos proposto, no contexto da Unidade Curricular Estágio Final, desenvolver um Projeto de Intervenção que fosse ao encontro das necessidades identificadas no serviço de urgência [SU] de um hospital. Essa escolha surgiu de uma necessidade do serviço identificada em conjunto com a equipa de enfermagem e recaiu sobre a temática: «Boas Práticas no Cuidado à Pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva [VMI] no Serviço de Urgência».

A VMI substitui de forma total ou parcial a função ventilatória, através da utilização de um tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia e é utilizada nos casos de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Esta situação exige por parte do enfermeiro, que seja responsável por manter as vias aéreas permeáveis e estar familiarizado com os parâmetros do ventilador de modo a conseguir avaliar a adaptação do utente com a máquina e realizar os cuidados de enfermagem considerados boas práticas. No contexto da profissão de enfermagem, podem-se definir boas práticas, como a união inseparável de técnicas, teorias, processos e atividades, consideradas as melhores escolhas de cuidados dentro de uma determinada área, tendo em conta conhecimentos, contextos, valores, ambientes, objetivos e evidências (Santos et al, 2020).

O tempo de internamento de utentes nos serviços de urgência que necessitam de internamento em cuidados intensivos tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos. Muitos desses utentes necessitam de ventilação mecânica e têm de ser cuidados e monitorizados pela equipa do SU (Bayram & Şancı, 2019).

A qualidade dos cuidados prestados neste período inicial tem um impacto muito significativo no sucesso da recuperação destes utentes (Bayram & Şancı, 2019). O aumento do tempo que estes permanecem no SU tem levado a um aumento da mortalidade, da duração da ventilação mecânica e consequente aumento do tempo de internamento hospitalar (Bayram & Şancı, 2019; Mohr et al, 2020). Assim, é fácil de entender que os profissionais do SU devem possuir um conjunto de habilidades e competências para cuidar deste tipo de utentes, mesmo que seja por um curto período de tempo (Bayram & Şancı, 2019).

Muitas intervenções baseadas em evidências poderão ser utilizadas no sentido de reduzir a morbilidade e a mortalidade da pessoa em situação crítica que permanece no SU, como sendo aquelas que estão direcionadas para o tubo endotraqueal/traqueostomia, ventilador e circuito, prevenção de broncoaspiração, controle da infeção e da sedação/analgesia (Mohr, 2020 & Santos, 2020).

Ficou comprovado que a existência de um protocolo de monitorização destes doentes tem um efeito positivo nos resultados obtidos (Bayram & Şancı, 2019). Isto vai traduzir-se em ganhos na Qualidade dos cuidados e na Segurança para a pessoa em situação crítica.

Este projeto será realizado seguindo as etapas da metodologia de projeto e utilizando a versão revista do Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee (2011).

3. Confidencialidade

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

Está salvaguardado o consentimento informado para a aceitação livre e esclarecida. Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima, respeitando a privacidade e confidencialidade dos participantes, de acordo com o Regulamento Geral da Proteção de Dados. Qualquer pessoa pode interromper a qualquer participação a qualquer altura, sem necessidade de justificação. A informação recolhida será usada exclusivamente para este projeto.

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico?

☐ Sim ☒ Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes?

☐ Sim ☒ Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização?

☐ Sim ☐ Não

4. Consentimento

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: ☐ Sim ☒ Não Voluntários saudáveis: ☐ Sim ☒ Não Menores de 18 anos: ☐ Sim ☒ Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia:		☐ Sim	☒ Não
A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado:		☒ Sim	☐ Não
Se não, referir qual o fundamento para a isenção:			
Existe informação escrita aos participantes:		☒ Sim	☐ Não

5. Propriedade dos dados

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

☒ Investigador
 ☐ Promotor
 ☐ Ambos
 ☐ Serviço onde é realizado
 ☐ Não aplicável

☐ Outro: _____

6. Benefícios, riscos e contrapartidas para os Participantes

Benefícios previsíveis:
 Capacitação e uniformização para a prestação de cuidados ao utente ventilado que se encontre no SU através de boas práticas com a evidencia científica mais atual, aumentando desta forma a qualidade e segurança dos cuidados.

Riscos/incómodos previsíveis:

São dadas contrapartidas aos participantes:

Pela participação	☐ Sim	☐ Não	☒ N/a	Pelas faltas ao emprego	☐ Sim	☐ Não	☒ N/a
Pelas deslocações	☐ Sim	☐ Não	☒ N/a	Por outras perdas e danos	☐ Sim	☐ Não	☒ N/a

7. Custos / Plano financeiro

Os custos da investigação são suportados por:

☐ Investigador
 ☐ Promotor
 ☐ Serviço onde é realizado
 ☒ Não aplicável
 ☐ Outro: _____

Existe protocolo financeiro? ☐ Sim ☒ Não

8. Lista de documentos anexos

☒ Pedido de autorização ao Presidente do CA do HDS (se aplicável)	☒ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo (sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
☐ Protocolo do estudo	☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.)
☐ Protocolo financeiro	☐ Informação ao participante
☐ Profissional de ligação	☒ Curriculum Vitæ abreviado (máx. 3 págs)
☐ Outros: _____	☐ Modelo de consentimento
	☐ Informação dos orientadores

9. Compromisso de honra e declaração de interesses

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à Comissão de Ética do HDS o relatório final da investigação, assim que concluído.

Nome: Manuel Sabino Malacas N.º O. M.: _____

Data: 07 / 11 / 20 23

Assinado por: **Manuel Sabino Malacas**
Num. de Identificação: 11662729
Data: 2023.11.08 19:22:53+00'00'



(assinatura legível)

Os dados pessoais fornecidos serão objeto de tratamento pelo HDS, EPE para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.
O HDS, EPE compromete-se a proteger os seus dados e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Parecer da Comissão de Ética do Hospital	EPE
Emitido na reunião plenária da Comissão de Ética de ____ / ____ / <u>20</u>	

Apêndice III – Cronograma de atividades do PIP

Atividades \ Tempo	2022				2023			
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
Revisão bibliográfica								
Definição dos objetivos								
Elaboração da proposta de projeto de intervenção profissional para apreciação da Enfermeira Gestora, Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor e Comissão de Ética								
Elaboração do questionário para aplicar à equipa de enfermagem do SU								
Aplicação dos questionários aos enfermeiros do SU								
Análise dos dados obtidos através do questionário								
Realização análise SWOT								
Realização de uma revisão da literatura acerca da temática em estudo								
Elaboração da proposta da norma acerca das boas práticas à pessoa submetida a VMI no SU								
Elaboração de uma <i>check-list</i> de verificação do cumprimento da norma								
Elaboração da proposta para registo no sistema informático acerca da norma elaborada								
Entrega para apreciação e correção, se necessário, da norma proposta e respetivos registos, por parte da Enfermeira Gestora, Diretor Clínico, Enfermeiro Diretor e Comissão de Ética								
Divulgação da proposta da norma à equipa de enfermagem								
Divulgação da proposta de registo informático referentes às intervenções propostas relacionadas com a norma								
Elaboração do Relatório de Estágio								

Fonte: Elaboração própria

Apêndice IV – Resumo do artigo científico



CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA SCOPING REVIEW

Manuel Sabino Malacas¹
Dânia Patrícia Meia Onça Martins²
Maria Dulce dos Santos Santiago³

RESUMO: Introdução: Diversos estudos internacionais mostram-nos que cada vez mais se assiste a um crescente número de doentes críticos submetidos a ventilação mecânica invasiva (VMI) no serviço de urgência (SU) e nele permanecem por mais tempo. A sua permanência nestes serviços está ligada a piores resultados. Estes são doentes que exigem dos enfermeiros que deles cuidam conhecimentos e competências acerca dos melhores cuidados a serem prestados, pois estes vão ter influência no sucesso da sua recuperação. Objetivos: Mapear a evidência científica disponível acerca das boas práticas a adotar no cuidado ao doente crítico sob VMI em contexto de urgência hospitalar. Métodos: Realizou-se uma *scoping review* de acordo com as indicações do Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS e BDNF - Enfermagem, com limitação temporal de artigos publicados entre os anos 2019 e 2023, respeitando critérios de inclusão e exclusão, resultando num total de cinco artigos. Resultados: A análise dos cinco estudos incluídos permitiu identificar vinte e quatro intervenções consideradas boas práticas para uma maior qualidade dos cuidados e segurança dos doentes submetidos a VMI que permaneçam no SU. Conclusões: Os resultados obtidos vieram demonstrar a importância destas intervenções para o sucesso da VMI, no entanto, existem discrepâncias na forma como os enfermeiros cuidam destes doentes, não havendo uniformização quanto à sua aplicabilidade. É necessário mais estudos, formação e elaboração de normas adaptadas ao contexto do SU.

Palavras-chave: Cuidados Críticos. Ventilação Mecânica Invasiva. Serviço de Urgência.

ABSTRACT: Introduction: Several international studies show that more critically ill patients are undergoing invasive mechanical ventilation (IMV) in the emergency department (ER) and are staying longer. Their stay in these services is linked to worse outcomes. These are patients who require the nurses who care for them to have knowledge and skills about the best care to provide, as this will influence the success of their recovery. Objectives: To map the available scientific evidence on the best practices to adopt when caring for critically ill patients under IMV in hospital emergency departments. Method: A *scoping review* was conducted according to the indications of the Joanna Briggs Institute (JBI). The search was conducted in the MEDLINE, CINAHL, LILACS and BDNF - Nursing databases, with a time limitation of articles published between the years 2019 and 2023, respecting inclusion and exclusion criteria, resulting in a total of five articles. Results: The analysis of the five included studies allowed us to identify twenty-four interventions considered good practices for a higher quality of care and safety of patients undergoing IMV who remain in the ER. Conclusions: The results obtained demonstrate the importance of these interventions for the success of IMV. However, there are discrepancies in the way nurses care for these patients, and there is no uniformity in their applicability. More studies, training and the development of standards adapted to the ER context are needed.

Keywords: Critical Care. Invasive Mechanical Ventilation. Emergency Department.

¹Mestrando do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, Portugal Orcid: 0009-0004-6798-5657.

²Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica Unidade Local de Saúde Lezíria – Hospital Distrital de Santarém, Portugal Orcid: 0009-0001-0245-8172.

³Doutorada em Enfermagem Professora Coordenadora no Instituto Politécnico de Beja, Portugal Orcid: 0000-0003-0988-6998.

Apêndice V – Proposta de norma hospitalar: “norma de boa prática no cuidado à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência”

	NORMA DE BOA PRÁTICA NO CUIDADO À		Código:
	PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO		Revisão n.º:
	MECÂNICA INVASIVA NO SERVIÇO DE		Data:
	URGÊNCIA		

NORMA	
ELABORADA POR	Enfermeiro Manuel Malacas (Aluno do 7º Curso de Mestrado em EMC-PSC do IPPortalegre)
DATA DE ELABORAÇÃO	Janeiro 2024
OBJETIVO	Uniformizar as boas práticas no cuidado à Pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência
DESTINATÁRIOS	Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral
RESPONSÁVEIS	Direção de Enfermagem do SU; Equipa de Enfermagem do SU.

APROVAÇÃO CA	ACEITE POR:					

SUMÁRIO	NOTAS EXPLICATIVAS
INTRODUÇÃO	A pessoa em situação crítica tem a sua vida “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.¹” Um dos objetivos da Enfermagem é prestar cuidados à pessoa e aos grupos sociais onde está inserida, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível². O enfermeiro tem o dever de “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa³”, não esquecendo que a pessoa é o foco dos cuidados e cada pessoa é única.

FUNDAMENTAÇÃO	A ventilação mecânica invasiva (VMI) substitui de forma total ou parcial a função ventilatória, através da utilização de um tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia e é utilizada nos casos de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Esta situação exige por parte do enfermeiro, que seja responsável por manter as vias aéreas permeáveis e estar familiarizado com os parâmetros do ventilador de modo a conseguir avaliar a adaptação do utente com a máquina e realizar os cuidados de enfermagem considerados boas práticas⁴. O tempo de internamento de utentes nos serviços de urgência que necessitam de cuidados intensivos tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos. Muitos desses utentes necessitam de ventilação mecânica e têm de ser cuidados e monitorizados pela equipa do serviço de urgência⁵. A qualidade dos cuidados prestados neste período inicial tem um impacto muito significativo no sucesso da recuperação destes utentes⁵. O aumento do tempo que estes permanecem no SU tem levado a um aumento da mortalidade, da duração da ventilação mecânica e consequente aumento do tempo de internamento hospitalar^{5,6}. Assim, é fácil de entender que os profissionais do SU devem possuir um conjunto de habilidades e competências para cuidar deste tipo de utentes, mesmo que seja por um curto período de tempo⁵. Muitas intervenções baseadas em evidências poderão ser utilizadas no sentido de reduzir a morbilidade e a mortalidade da pessoa em situação crítica que permanece no SU, como sendo as que estão direcionadas para o tubo endotraqueal/traqueostomia, ventilador e circuito, prevenção de broncoaspiração, controle da infeção e da sedação/analgesia^{4,6}. Ficou comprovado que a existência de um protocolo de monitorização destes doentes tem um efeito positivo nos resultados obtidos⁵. Isto vai traduzir-se em ganhos na qualidade e segurança dos cuidados, assim como, em ganhos em saúde para a pessoa em situação crítica.
---------------	--

ALGORITMO DE ATUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS	Para fins práticos, os cuidados de enfermagem estão divididos em três momentos: • Fase de preparação • Fase de intervenção e manutenção • Fase de estabilização¹⁶. FASE DE PREPARAÇÃO - cuidados a ter antes de iniciar a ventilação mecânica • Preparar todo o equipamento e material consumível: ❖ Monitor para monitorização hemodinâmica (TA, FC, SatO₂, ECG e capnografia se disponível) ❖ Rampa de vácuo, circuito e sondas para aspiração de secreções ❖ Carro de emergência junto da unidade ❖ Insuflador manual conectado a rampa oxigénio ❖ Estetoscópio ❖ Luvas ❖ Tubo de Guedel ❖ Seringa de 10 ml ❖ Fita de nastro para fixação tubo endotraqueal • Medicação como sedativos, analgésicos, curarizantes, etc • Verificar o funcionamento do ventilador mecânico • Verificar em colaboração com o médico os parâmetros do ventilador de acordo com uma ventilação protetora e a condição clínica do utente • Verificar se os alarmes visuais e auditivos do ventilador estão ajustados à condição clínica do utente • Ajudar na técnica de intubação • Cumprir medidas de assepsia durante a intubação para prevenir a pneumonia associada à ventilação mecânica.
--	---

3 / 23

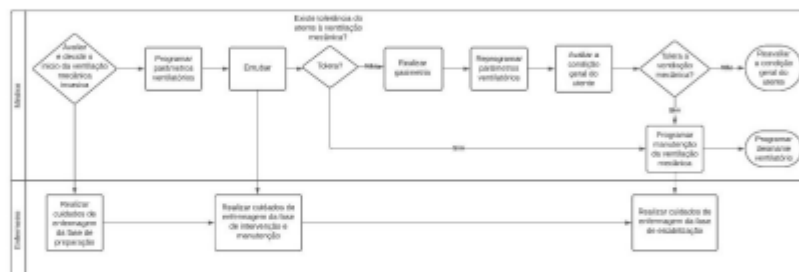
ALGORITMO DE ATUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS (continuação)	FASE DE INTERVENÇÃO E MANUTENÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA – cuidados durante o início da ventilação mecânica: • Verificar que ao conectar o circuito do ventilador ao utente não existem fugas • Verificar o início da ventilação mecânica com parâmetros de ventilação protetora • Monitorizar e vigiar a tolerância à ventilação mecânica tendo em conta os seguintes aspetos: ❖ Trocas gasosas: ✓ Interpretação de valores de gasimetria arterial 30 minutos após o início da ventilação mecânica ou quando necessário, principalmente quanto aos valores de Ph, PaO₂, Pa CO₂, SatO₂ ✓ Avaliar a forma de onda da oximetria e características do pulso; ✓ Manter o utente com elevação da cabeça a 30° ✓ Avaliar o Rx tórax e verificar a localização do tubo na carina ✓ Monitorizar a oximetria de pulso durante todo o procedimento ❖ Trabalho respiratório: ✓ Monitorizar o utente quanto à utilização dos músculos acessórios ✓ Avaliar se está diaforético ❖ Estado hemodinâmico: ✓ Monitorizar e avaliar valores de TA, FC e traçado cardíaco ❖ Estado neurológico: ✓ Avaliar o nível consciência através da Escala de Glasgow ✓ Comunicar ao médico responsável se o utente está agitado ou inquieto ❖ Nível de sedação: ✓ Manter o utente nos valores alvo para as escalas de dor (BPS) e sedação (RASS) para cada situação tendo em conta se o objetivo é a supressão do estímulo respiratório ✓ Avaliar a possibilidade de reduzir, interromper ou suspender a sedação ❖ Monitorização da ventilação mecânica:
--	--

ALGORITMO DE ATUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS (continuação)	✓ Avaliar os parâmetros ventilatórios programados e os valores realizados pelo utente: modo ventilatório, volume corrente e volume minuto expirado, pressão de pico, pressão de plateau, PEEP, FiO₂, frequência respiratória ✓ Avaliar e interpretar os alarmes do ventilador mecânico: pressão das vias aéreas, volume expirado, frequência respiratória, PEEP, FiO₂ e apneia. ✓ Comunicar ao médico responsável alterações nos valores da monitorização ventilatória ❖ Cuidados com o TET: ✓ Ajustar o tubo à parede da traqueia através da insuflação do balão do TET ✓ Fixar o TET utilizando um nastro ✓ Manter o utente na mesma posição durante a primeira hora ou até que a situação o justifique ❖ Efetuar a higiene brônquica: ✓ Auscultar os campos pulmonares para determinar uma correta entrada de ar nos pulmões e comunicar se existem alterações ✓ Aspirar secreções, se necessário, e avaliar as suas características FASE DE ESTABILIZAÇÃO – cuidados após o início da ventilação mecânica: • Prestar apoio psicológico ao utente e à família • Comunicar e interagir com o utente utilizando técnicas de comunicação verbal e não verbal • Se possível, permitir a visita dos familiares, informando-os e preparando-os para a situação em que se encontra o seu familiar • Avaliar a possibilidade de desmame ventilatório (manter as trocas gasosas e ventilatórias adequadas, a permeabilidade e manutenção das vias aéreas e estabilidade hemodinâmica).
--	--

5 / 23

**ALGORITMO DE
ATUAÇÃO /
PLANEAMENTO DE
CUIDADOS
(continuação)**

Algoritmo de atuação:



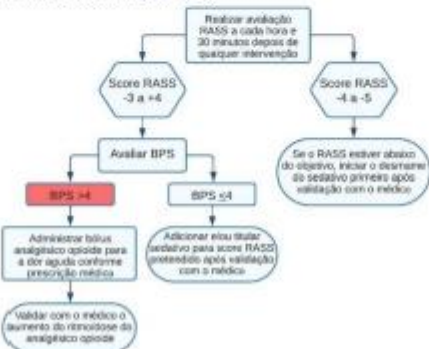
No quadro que se segue (quadro 1) encontram-se esquematizadas as intervenções de enfermagem e a respetiva fundamentação teórica

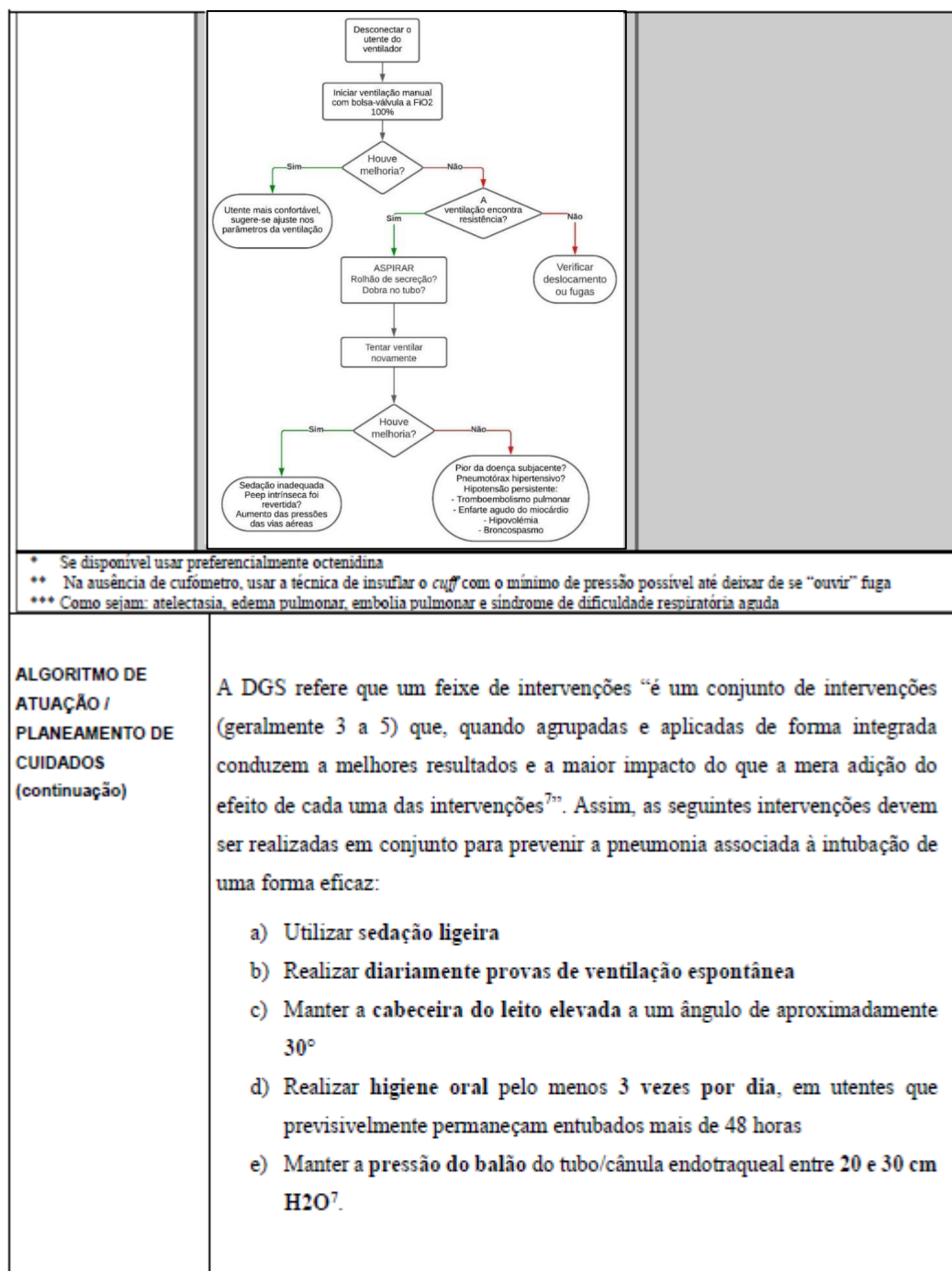
ALGORITMO DE ATUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS (continuação)

Quadro 1: Intervenções de Enfermagem

Categoria de Cuidados	Intervenções de Enfermagem	Justificação
	• Higienizar as mãos antes e depois de qualquer procedimento e utilização EPI's	✓ Prevenção da infeção e remoção dos micróbios das mãos
Cuidados relacionados com a prevenção da PAV	• Higiene oral com clorhexidina pelo menos 3 vezes/dia em que se preveja intubação superior a 48 horas, com início nas primeiras 4 horas pós intubação*	✓ É o antisséptico que mais ajuda a reduzir a colonização microbiana da cavidade oral, com especial atenção para a prevenção da formação de biofilme lingual
	• Colocar sonda orogástrica preferencialmente à nasogástrica	✓ Colocação da sonda por via nasal está associada ao aparecimento de sinusite e aumento de secreções
	• Avaliar o residuo gástrico a cada 8 horas	✓ Prevenção de residuo gástrico excessivo e consequente risco de refluxo
	• Mudar o circuito do ventilador quando visivelmente sujo ou danificado	✓ Prevenção da contaminação
	• Realizar montagem do ventilador com técnica assética e proteger a conexão em Y durante a abertura o sistema	✓ Prevenção da contaminação
	• Aspirar secreções pelo tubo orotraqueal usando a técnica mais assética e estéril possível, apenas quando indicado e não rotineiramente, evitando ao máximo as desconexões do sistema	✓ Prevenção da contaminação e manutenção da via aérea permeável; facilita a ventilação e a consequente troca de gases
	• Aspirar secreções orofaríngeas antes da mudança de posição do utente	✓ Prevenção da microaspiração de secreções
Cuidados relacionados com a prevenção da broncoaspiração	• Lavar o sistema de aspiração com água destilada ou solução fisiológica e protegê-lo em embalagem limpa e seca após o procedimento	✓ Prevenção da contaminação e garante o funcionamento do sistema de vácuo
Cuidados relacionados com a prevenção da broncoaspiração	• Elevar a cabeceira a 30° e evitar momentos de posição supina	✓ Prevenção do refluxo gastroesofágico e a provável aspiração de conteúdo gástrico, bem como de secreções
Cuidados relacionados	• Fixar tubo endotraqueal adequadamente e registar o nível à comissura labial	✓ Prevenção do deslocamento ou exteriorização do tubo

com o tubo endotraqueal	• Evitar fixação exagerada do tubo pelo nastro • Monitorizar três vezes em 24 horas a pressão de cuff para valor alvo entre 20 e 30 cm H₂O; aconselhado também após mobilização do utente**	✓ Prevenção de lesões labiais e auriculares ✓ Prevenção de edema ocular ✓ Uma pressão baixa permite a passagem de secreções e microrganismos para o aparelho respiratório inferior e uma pressão superior irá provocar lesão isquémica na mucosa traqueal, podendo evoluir para estenose, fistula ou traqueomalácia
Cuidados relacionados com prevenção de complicações não infecciosas***	• Realização de provas de ventilação espontânea, preferencialmente em modo de pressão assistida, em detrimento do uso de peça T. • Algoritmo do teste de respiração espontânea (adaptado⁹) • Controlar a administração de fluidos • Ventilar com baixo volume corrente • Mobilizar precocemente	✓ Redução do tempo total de ventilação invasiva ✓ Balanços hídricos positivos são fator de risco ✓ Modos ventilatórios controlados são fator de risco para surgimento de complicações ✓ Prevenção da trombose venosa profunda
Cuidados relacionados com a sedação e analgesia	• Monitorizar o nível de sedação através da Escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) (anexo 1)	✓ Prevenir o excesso de sedação e minimizar os seus efeitos adversos como a extubação tardia, o aumento do delírio e da mortalidade

	• Monitorizar o nível de dor através da escala BPS (Behavioral Pain Scale) (anexo 2) • Administrar e introduzir analgesia o mais precocemente possível utilizando uma estratégia multimodal e utilização de sedação ligeira • Algoritmo para titulação da sedação / analgesia (adaptado⁸) 	✓ Controlo da dor para uma melhor tolerância da ventilação ✓ Minimização da sedação e controlo da dor, permite diminuição do tempo de intubação e ventilação
Cuidados relacionados com o ventilador	• Comunicar com o utente consciente utilizando perguntas simples e palavras compreensíveis, explicar procedimentos a realizar, usar o nome, ler lábios e expressões faciais, usar escrita ou outras estratégias • Montar e testar o ventilador segundo protocolo do serviço • Monitorizar, verificar e resolver alarmes comuns • Algoritmo de condutas frente a diferentes situações clínicas na ventilação mecânica (adaptado¹⁴)	✓ Obtenção um ambiente humano e seguro, atendendo às necessidades emocionais e espirituais dos utentes ✓ Garantia que estão sempre disponíveis para uma utilização segura e imediata ✓ Prevenção de períodos longos de ventilação ineficaz e promoção de uma ótima interação entre utente-ventilador



	Na aspiração de secreções considerar os seguintes aspetos: a) Avaliar o estado do utente antes, durante e após a execução da técnica através de um exame físico e monitorização tendo em conta aspetos como: saturação de oxigénio, sons respiratórios, frequência respiratória, padrão respiratório, parâmetros respiratórios e outras variáveis hemodinâmicas b) Não ultrapassar 15 segundos por aspiração; c) A pressão de sucção deverá ser entre 80-120 mmHg, não devendo ultrapassar os 150 mmHg; d) Utilizar a hiperoxigenação com fração inspirada de oxigénio a 100%; e) O diâmetro da sonda não deverá ser superior a metade do diâmetro interno do tubo endotraqueal; f) Evitar a utilização rotineira de soro fisiológico 0,9% dentro do tubo; g) Após o procedimento lavar o sistema de aspiração com soro fisiológico ou água destilada e protegê-lo dentro de uma embalagem limpa e seca⁴.
PRINCIPIOS GERAIS	Indicações para VMI: • Situações mais graves de insuficiência respiratória, em que os utentes podem apresentar FR > 35 ciclos/minuto, utilização de músculos acessórios, PaO₂ < 60mmhg e/ou PaCO₂ > 55, ph < 7,25, satO₂ <90% com oxigénio suplementar • Alteração do estado de consciência para Glasgow <8 • Instabilidade hemodinâmica com desconforto respiratório associado • Obstrução da via aérea superior • Em situações de risco aumentado de aspiração como as presentes em doenças neurológicas • Reanimação cardiorrespiratória prolongada • Fadiga respiratória • Entre outras¹⁰. Riscos/complicações da VMI: • Enfraquecimento dos músculos respiratórios • Pneumonia associada a ventilação mecânica

	• <u>Barotrauma</u> - refere-se à presença de ar extra-alveolar e pode incluir pneumotórax, pneumomediastino, enfisema subcutâneo e pneumoperitонеu • <u>Biotrauma</u> - é a relação entre o stress mecânico do suporte ventilatório e a libertação de mediadores inflamatórios • <u>Volutrauma</u> - distensão excessiva associada a altas pressões nas vias aéreas que podem originar edema pulmonar • <u>Peep intrínseca ou auto-peep</u> - pressão expiratória final positiva não intencional, pode ter como causas obstrução da via aérea (secreções ou broncospasmo), condição clínica do utente (DPOC, asma) ou parâmetros ventilatórios desajustados (frequência respiratória alta, tempo expiratório curto), o que vai predispor a um aumento do trabalho respiratório e instabilidade hemodinâmica, como diminuição do débito cardíaco e hipotensão • Lesão pulmonar por toxicidade ao oxigénio^{11,16} Quanto maior o tempo de VMI, maior é o risco dessas complicações ocorrerem¹¹.
OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS	Para uma cada vez maior sensibilização para esta temática, sugere-se a realização de formações sempre haja novas evidências, na integração de novos elementos, assim como momentos informais de reflexão durante a nossa praxis. As intervenções realizadas e planeadas deverão ficar registadas usando a plataforma de registo do SClínico®. Sugerem-se as seguintes: - Nível e calibre do tubo endotraqueal; - Presença/ausência, consistência, quantidade e coloração das secreções orais e brônquicas; - Modo ventilatório e parâmetros, como: pressões, volume minuto ou corrente, PEEP, frequência respiratória, FiO₂; - Adaptação do utente com o ventilador (adaptado/não adaptado); - Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

- Escala de dor BPS
- Sinais Vitais (TA, FC, SatO₂, Temperatura)
- Sedação/analgesia administrada em bolus ou em perfusão
- Posicionamento do utente.

Ficando parametrizado da seguinte forma:

Atitudes terapêuticas	Intervenções sugeridas	Horários	Observações
Cuidados com tubo endotraqueal (Especificar calibre do tubo)	Vigiar tubo/sonda/câmbula	Sem Horário	Especificação: nível do tubo
	Vigiar complicações dos dispositivos	Sem horário	Especificação: tubo endotraqueal
Monitorização de sinais vitais	Monitorizar sinais vitais	1 em 1 hora	
Cuidados com sonda orogástrica ou nasogástrica (SNG)	Trocar sonda gástrica	7 em 7 dias às 9h	
	Monitorizar conteúdo gástrico	7h - 15h - 22h	
	Otimizar sonda gástrica	Sem horário	
	Vigiar conteúdo gástrico	7h - 15h - 22h	
	Remover sonda gástrica	SOS	
	Inserir sonda gástrica	Agora	
Ventilação mecânica	Vigiar complicações dos dispositivos	Sem horário	Especificação: ventilação mecânica
	Otimizar dispositivos respiratórios	Sem horário	
	Preparar ventilador	Agora	
	Trocar dispositivo respiratório	SOS	Nota: traqueias do ventilador
	Monitorizar parâmetros do ventilador	Sem horário	
	Vigiar adaptação ao ventilador	Sem horário	
	Vigiar sedação	Sem horário	
	Monitorizar etCO ₂	Sem horário	
Elevação da cabeceira da cama	Elevar a cabeceira da cama a 30°	Sem horário	
Aspiração de secreções	Aspirar secreções	Sem horário	
Vigilância de agitação	Avaliar agitação com escala RASS	Sem horário	

Focos de atenção	Intervenção diagnóstica	Intervenções sugeridas	Horários	Observações
Limpeza das vias aéreas	Avaliar limpeza das vias aéreas	Aspirar secreções	SOS	Todos os utentes sob VMI devem ter este foco de atenção identificado. É o processo de manter aberta ao fluxo de ar uma passagem tubular que vem desde a boca, passando pela traqueia e brônquios até aos pulmões; capacidade de limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório de modo a manter a permeabilidade das vias aéreas.
		Vigiar as secreções	Sem horário	
		Gerir inaloterapia	Sem horário	

	Dor	Monitorizar dor	Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	Sem horário	Adequar a escala de dor à condição do utente.
			Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	Sem horário	
			Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	Sem horário	
			Vigiar dor	Sem horário	
Deverão ser realizadas auditorias anuais para avaliação do cumprimento da norma, utilizando o instrumento em anexo (anexo 3).					
GLOSSÁRIO		Pessoa em situação crítica é 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 terapêutica¹⁵. Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total¹⁵. Intubação: é a técnica que consiste na introdução de uma cânula pelo nariz ou boca do utente até atingir a traqueia, com o objetivo de manter a via aérea permeável e auxiliar no processo de ventilação. Muitas vezes é efetuada utilizando a sequência de intubação rápida¹⁶. Sequência de Intubação Rápida: procedimento de eleição para o acesso e controlo imediatos da via aérea na maioria dos utentes em estado crítico, o seu objetivo é conseguir o acesso à via aérea inferior com a maior rapidez possível e com o mínimo de complicações, para o qual se utiliza analgesia, sedação e relaxamento muscular ou bloqueio neuro-muscular¹⁶. Ventilação mecânica (VM): é a alternativa terapêutica que substitui a função ventilatória total ou parcial, mantendo os níveis adequados de PO₂ e PCO₂ no sangue arterial, o que permite o descanso da musculatura respiratória. A ventilação mecânica pode ser administrada de forma não invasiva através de interface (máscara, capacete, etc.) ou invasivamente através de tubo endotraqueal¹⁶.			

	Insuficiência respiratória aguda (IRA): é a incapacidade do sistema respiratório de cumprir sua função básica, que é a troca gasosa de oxigênio e dióxido de carbono entre o ar ambiente e o sangue circulante, esta deve ser realizada de forma eficaz e adequada às necessidades e processos metabólicos de cada pessoa¹⁶. Ventilação protetora: é a estratégia utilizada em utentes para evitar lesões associadas à ventilação mecânica; utiliza volumes correntes menores (6 ml/kg de peso corporal) e pressão de platô máxima de 30 cmH₂O o que reduz a concentração de mediadores inflamatórios no lavado broncoalveolar e na circulação sistêmica¹⁶. Modos Ventilatórios: são as diferentes formas de um ventilador substituir, total ou parcialmente, a ventilação, podendo ser do tipo: controlada pelo ventilador, ventilação assistida e ventilação espontânea.: • Ventilação controlada: quando o ventilador determina o início e o fim da fase inspiratória, ou seja, a máquina aciona e cicla a ventilação. • Ventilação assistida: quando o utente inicia a ventilação e decide a frequência, o ventilador fornece o volume corrente programado. • Ventilação espontânea: aquela que é iniciada e ciclada pelo utente; neste caso o volume ou a pressão, ou ambos, não depende de um valor previamente selecionado, mas do esforço inspiratório e da mecânica pulmonar do utente¹⁶. Parâmetros ventilatórios gerais: • Volume corrente ou volume tidal (VT): é o volume de gás mobilizado por um indivíduo respirando em repouso (aproximadamente 500 ml). O volume corrente (VT) inicial pode ser calculado a partir do peso corporal, o intervalo a ser programado varia entre 6 e 8 ml/kg, dependendo das necessidades metabólicas e da mecânica pulmonar. • Volume minuto (VE): é o produto do volume corrente fornecido pelo ventilador pela frequência respiratória. ($VE = VT \times FR$). • Relação inspiração:expiração (I:E): é o período de tempo desde o início de uma respiração até o início da próxima, medido em segundos. • Fração de oxigênio inspirado (FIO₂): é a concentração ou proporção de oxigênio na mistura de ar inspirado; pode oscilar entre 21 e 100%.
--	---

	• Pressão positiva expiratória final (PEEP): é uma manobra que evita que a pressão nas vias aéreas caia a zero no final da fase expiratória e pode ser usada em qualquer modalidade ventilatória; a principal função da PEEP é manter o recrutamento de unidades alveolares colapsadas ou cheias de líquido, produzindo aumento da capacidade residual funcional, melhor equilíbrio ventilação-perfusão, diminuição do shunt intrapulmonar e melhora da complacência pulmonar¹⁶. Alarmes relacionados com funcionamento do ventilador: o objetivo é alertar sobre a existência de problemas no sistema utente-ventilador; devem ser ajustados para um nível de sensibilidade que permita uma fácil detecção do aparecimento de eventos críticos no utente, mas ao mesmo tempo devem evitar a sua ativação indiscriminada em situações que não são reais ou de pouca importância (alarmes falsos). Os alarmes têm três níveis de prioridade, dependendo da gravidade da situação¹⁶. Alarmes relacionados ao estado do utente: são acionados quando o limite basal programado é ultrapassado e são os seguintes: • Pressão nas vias aéreas: indica que a pressão máxima estabelecida nas vias aéreas foi ultrapassada, este alarme geralmente é ajustado para 10cmH₂O acima da pressão máxima basal nas vias aéreas do paciente; a pressão inspiratória máxima geralmente é ativada em caso de tosse, secreções abundantes, redução da complacência pulmonar ou torção do tubo endotraqueal ou circuito ventilatório. • Volume expirado: os limites são definidos de 10,0% a 15,0% acima e abaixo do volume predefinido, o alarme é acionado quando ultrapassa os valores máximo e mínimo do volume minuto e do volume expirado. • Frequência respiratória: estabelece-se um limite de frequência respiratória elevado (> 35 respirações/min), principalmente se utilizar modalidade de respiração espontânea, ainda mais na taquipneia, que é sinal de trabalho respiratório excessivo. • Pressão expiratória final positiva (PEEP) de baixo nível: ativada quando a pressão nas vias aéreas cai abaixo da PEEP ou CPAP basal. • Fração inspirada de oxigênio: indica excesso do limite do parâmetro configurado, que é uma faixa de possível variação da FIO₂ em torno de
--	--

	5,0% acima e abaixo do nível ajustado para poder detetar falhas no misturador de gases ou problemas na célula de oxigênio. • Apneia: geralmente é pré-estabelecida como o intervalo de tempo entre dois ciclos respiratórios consecutivos. Quando o utente para de respirar, o acionamento do alarme de apneia faz com que haja mudança para ventilação assistida controlada e permaneça nesse modo até que o alarme seja zerado manualmente ou outra forma de ventilação seja selecionada. Pneumonia associada ventilação (PAV): é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais comuns na pessoa em situação crítica e é definida como uma pneumonia que se desenvolve após as primeiras 48 horas de suporte de ventilação mecânica¹². Um diagnóstico rápido da PAV que permita um tratamento atempado e adequado é fundamental para um bom prognóstico e pode ser realizado através de métodos invasivos e não invasivos. Estes incluem sintomas clínicos, radiológicos e laboratoriais, como os seguintes: • Febre > 38°C • Leucopenia ou leucocitose • Secreções purulentas das vias aéreas inferiores • Diminuição das trocas gasosas e da função respiratória caracterizados por ocorrência de dessaturação ou aumento da necessidade de oxigênio • Exames radiológicos demonstrando o início ou a progressão de infiltrados pulmonares existentes • Aumento de biomarcadores inflamatórios como a proteína C-reativa¹³.
BIBLIOGRAFIA	1. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento no 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República (2ª série, Vol. 123, pp. 17240-17243). https://files.dre.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf 2. Ministério da Saúde [MS]. (1996). DL 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. https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf

3. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Lei n.º 156/2015, (16 de setembro). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª Série, n.º 181, pp. 8059 – 8105. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
4. Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N., & Salum, N. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar². *Escola Anna Nery*, 24, e20190300. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>
5. Bayram, B., & Şancı, E. (2019). Invasive mechanical ventilation in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2019.03.001>
6. Mohr, N., Wessman, B., Bassin, B., Elie-Turenne, M., Ellender, T., Emlet, L., ... & Rudy, S. (2020). Boarding of critically ill patients in the emergency department. *Critical care medicine*, 48(8), 1180-1187. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004385
7. 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. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
8. Bardwell, J., Brimmer, S., & Davis, W. (2020). Implementing the ABCDE Bundle, Critical-Care Pain Observation Tool, and Richmond Agitation-Sedation Scale to Reduce Ventilation Time. *AACN Advanced Critical Care*, 31(1), 16–21. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2020451>
9. Green, S., Staffileno, B. (2021). Favorable Outcomes After Implementing a Nurse-Driven Sedation Protocol. *Crit Care Nurse*; 41 (6): 29–35. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2021625>
10. Machado, F., Éder, G., Dullius, C., Baldisserotto, S. (2014). Ventilação mecânica: como começar. *Acta med.*; 35:[8], 2014.
11. Santos, M., & Rodrigues, G. (2021). Ventilação mecânica no tratamento de doenças respiratórias. *Revista Liberum accessum*, 8(1), 1-9. <https://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/71>
12. Akbiyik, A., Hepçivici Z., Eşer, I., Uyar, M., Çetin, P. (2021) The effect of oropharyngeal aspiration before position change on reducing the incidence

	of ventilator- associated pneumonia. <i>Eur J Clin Microbiol Infect Dis</i> 40, 615–622. https://doi.org/10.1007/s10096-019-03789-4 13. Astasio-Picado, Á., Jiménez, F., López-Sánchez, M., Jurado-Palomo, J., & Zabala-Baños, M. (2022). Pneumonia Associated with Mechanical Ventilation: Management and Preventive Aspects. <i>Applied Sciences</i>, 12(20), 10633. https://doi.org/10.3390/app122010633 14. Tallo, F., Vendrame, L., Lopes, R., Lopes, A. (2013) Ventilação mecânica invasiva na sala de emergência: uma revisão para o clínico. <i>Rev Bras Clin Med.</i> São Paulo, jan-mar, 11(1), 48-54. https://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2013-01.pdf#page=49 15. Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento no 429/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. <i>Diário Da República</i>, 2a série (135), 9359–19370. https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf 16. Vásquez, A., Díaz, S., Alarcón, M., Iza, A., Herrera, S., Casa, J. (2019) Cuidados de Enfermería al Inicio de Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Adultos Área de Cuidados Intensivos. <i>Cambios rev. méd.</i> 18(2):106-115 https://doi.org/10.36015/cambios.v18.n2.2019.558
ANEXOS	Anexo 1 – Escala de dor Behavioral Pain Scale (BPS) Anexo 2 - Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS) Anexo 3 - Check-List de verificação do cumprimento da norma

**Anexo 1 - Escala de
Richmond de
Agitação-Sedação
(RASS)**

Critério	Definição	Pontos
Combativo	Perigo evidentemente combativo, violento e imediato para o pessoal	+4
Muito agitado	Puxa ou remove tubo(s) ou cateter(es); agressivo	+3
Agitado	Movimento frequente sem propósito, combate o ventilador	+2
Sem descanso	Ansioso, mas movimentos não agressivos vigorosos	+1
Alerta e calmo		0
Sonolento	Não está totalmente alerta, mas tem um despertar sustentado (abrir os olhos/contato visual) com a voz (> 10 segundos)	-1
Sedação leve	Desperta brevemente com contato visual com a voz (<10 segundos)	-2
Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos para a voz (mas sem contato visual)	-3
Sedação profunda	Sem resposta à voz, mas movimento ou abertura dos olhos à estimulação física	-4
Não despertável	Sem resposta à voz ou estimulação física	-5

GESTÃO

- Pacientes com RASS de -3 ou menos devem ter sua sedação diminuída ou modificada para atingir um RASS de -2 a 0.
- Pacientes com RASS de 2 a 4 não estão suficientemente sedados e devem ser avaliados quanto à dor, ansiedade ou delírio. A etiologia subjacente da agitação deve ser investigada e tratada adequadamente para atingir um RASS de -2 a 0.

AÇÕES CRÍTICAS

- Uma pontuação RASS deve ser obtida em todos os pacientes hospitalizados e em intervalos regulares em todos os pacientes ventilados mecanicamente.
- A menos que o paciente atenda à indicação de sedação profunda, deve ser utilizado um protocolo para sedação mínima (RASS -2 a 0).

Fonte: <https://calculadorasmedicas.com.br/calculadora/richmond-agitation-sedation-scale>

Anexo 2 - Escala de dor Behavioral Pain Scale (BPS)

INDICADOR	ITEM	PONTUAÇÃO
 EXPRESSÃO FACIAL	RELAXADA	1
	PARCIALMENTE CONTRAÍDA = SOBRANCELHAS FRANZIDAS	2
	COMPLETAMENTE CONTRAÍDA = PÁLPEBRAS FECHADAS	3
	CARETA = ESGAR FACIAL	4
MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIORES (EM REPOUSO: VERIFIQUE O TÔNUS MUSCULAR)	SEM MOVIMENTO	1
	PARCIALMENTE FLETIDOS	2
	MUITO FLETIDOS COM FLEXÃO DOS DEDOS	3
	RETRAÍDO, RESISTÊNCIA AOS CUIDADOS	4
ADAPTAÇÃO AO VENTILADOR	TOLERA A VENTILAÇÃO	1
	TOSSE MAS TOLERA A VENTILAÇÃO A MAIOR PARTE DO TEMPO	2
	LUTA CONTRA O VENTILADOR MAS A VENTILAÇÃO AINDA É POSSÍVEL ALGUMAS VEZES	3
	INCAPAZ DE CONTROLAR A VENTILAÇÃO	4

VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BPS - IP

Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Pontuação:	
3 e 4	Sem dor
≥ 5	Dor moderada
12	Dor máxima

Check-List de verificação do cumprimento da norma			
Instrumento e Auditoria Clínica			
Norma: "Boa prática no cuidado à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência"			
Serviço: Urgência Geral			
Data: ____/____/____		Equipa	auditora:
CrITÉRIOS	Sim	Não	N/A
1. Existe evidência de que em cada utente é monitorizado o nível de sedação e é privilegiada sedação ligeira, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento e documentado em processo clínico			
2. Existe evidência de que é realizada prova de ventilação espontânea ao doente candidato a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida (PA) e avaliada a possibilidade de extubação para VNI com documentação em processo clínico			
3. Existe evidência de que em cada utente é monitorizado o nível de posicionamento da cama, mantendo a cabeceira elevada a aproximadamente 30°, e documentado no processo clínico			
4. Existe evidência de que, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, é mantida pressão adequada e constante no balão do tubo/cânula endotraqueal, monitorizada no mínimo, 3 vezes/dia, e documentado em processo clínico			
5. Existe evidência que o tubo endotraqueal é fixado adequadamente e o seu nível registado, ficando documentado em processo clínico			
6. Existe evidência de que os circuitos do ventilador são trocados sempre que estão sujos ou danificados e documentado em processo clínico			
7. Existe evidência que a aspiração orotraqueal é realizada apenas quando necessário e não por rotina, cumprindo as recomendações descritas nesta norma e documentado em processo clínico			
8. Existe evidência que sempre que se preveja ventilação invasiva prolongada é realizada higiene oral com clorhexidina e documentado em processo clínico			
9. Existe evidência que quando ocorre um alarme prioritário ou dessincronia entre utente/ventilador este é resolvido atempadamente e documentado em processo clínico			
Subtotal			
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%		
Avaliação de cada elemento (linha): $\times = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 =$ (IQ) de%			

Anexos

Anexo I – Planta do SU



Anexo II – Parecer da Comissão de Ética

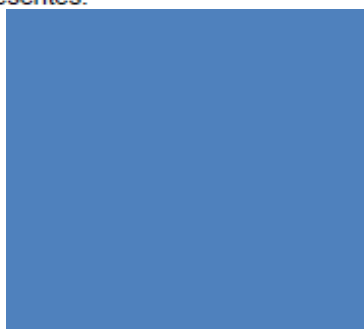


Santarém, 23 de Novembro de 2023

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido do estudo GI_TI_30.23: “Boas Práticas de Enfermagem no Cuidado à Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço” Investigador principal: Manuel Malacas”

O processo, após tidas por verificadas as condições apostas no parecer aprovado na reunião de 20/11/2023, foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do  presentes.



RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do 



Anexo III – Questionário de avaliação - formandos



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO - FORMANDOS

Designação da Ação: _____

Foi com grande prazer que a nossa equipa o acolheu neste curso/ação. Gostaríamos que esta experiência se tivesse revelado não apenas útil como também agradável.
Porque a sua opinião é de grande importância para nós, agradecemos que preencha este breve questionário.

Ao longo do questionário, utilize a seguinte escala de resposta:

1- Discordo plenamente

3- Concordo com reserva

5- Concordo plenamente

2- Discordo moderadamente

4- Concordo moderadamente

O FORMADOR

Apresentou a informação de forma clara

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Respondeu satisfatoriamente às questões que lhe foram colocadas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Criou boas oportunidades para a participação ao longo da formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Demonstrou um sólido conhecimento das matérias lecionadas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Revelou verdadeiro interesse e entusiasmo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Atingiu os objetivos da formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OS MATERIAIS PEDAGÓGICOS FORNECIDOS

Terão utilidade como futura referência

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Permitiram acompanhar eficazmente as sessões de formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Têm um aspecto atrativo e profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O CONTEÚDO DA FORMAÇÃO

O nível de detalhe foi o mais correto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Permitirá aumentar a minha produtividade no trabalho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O aprofundamento da matéria foi adequado à minha experiência

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Contém exemplos apropriados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tem aplicação direta no meu trabalho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Foi de encontro às minhas expectativas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O RITMO DA FORMAÇÃO

☐

Lento

☐

Correto

☐

Rápido

A ORGANIZAÇÃO

Recebe e encaminha correctamente os formandos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Disponibiliza equipamento adequado às exigências da formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Disponibiliza instalações e condições ambientais adequadas à formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIAÇÃO GERAL

Adquiri conhecimentos práticos que utilizarei no meu trabalho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O tempo que dediquei à formação foi bem investido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gostei de frequentar esta acção de formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Recomendarei esta formação a outros

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

GRAU DE SATISFAÇÃO GLOBAL

☐

Muito Mau

☐

Fraco

☐

Satisfatório

☐

Bom

☐

Muito Bom

Caso considere pertinente, comente outros aspectos desta formação (sugestões, observações ou recomendações).

Anexo IV – Declaração de publicação do artigo científico numa revista internacional

Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE



DECLARAÇÃO

A *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, com ISSN 2675-3375 e Qualis B3, declara para os devidos fins que, o artigo intitulado: “CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA SCOPING REVIEW” de **Manuel Sabino Malacas, Dânia Patrícia Meia Onça Martins e Maria Dulce dos Santos Santiago** foi publicado no v. 10, n. 3, pp. 2471-2490.

doi.org/10.51891/rease.v10i3.13390.

A Revista REASE é uma publicação digital, e o artigo poderá ser encontrado ao acessar o link:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13390/6489>

Por expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São Paulo, 27 de março de 2024.

Prof.ª Patrícia S. Ribeiro
Editora-chefe

Anexo V – Certificado de presença nas VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva do Centro hospitalar Universitário de Lisboa



Anexo VI – Certificado de apresentação de comunicação livre em formato Poster



Anexo VII – Certificado do curso “*Basic Life Support*”



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

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

Manuel Sabino MALACAS

31/10/1980

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

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
lead instructor



Date last course: 14/04/2023

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-743-949468

Anexo VIII – Certificado do curso "*Advanced Cardiovascular Life Support*"

CERTIFICADO DE
FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Portaria nº 474/2010 de 8 de julho



Certifica-se que **Manuel Sabino Malacas**, nascido(a) em 31/10/1980, com o número de identificação civil ****2729, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

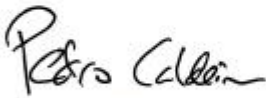
// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 22/04/2023 a 23/04/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 23 de abril de 2023

O coordenador pedagógico


Pedro Caldeira



**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**



ENTIDADE
ACREDITADA
CONFORME O
RECONHECIDO POR
A A. 04. 04. 2023



ASSOCIAÇÃO
PROFISSIONAL
CERTIFICADA



Certificado nº 23034411
Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR.

169

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

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



ESTRUTURA CURRICULAR

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

Blue Ocean Medical, Lda.
 Tagusperk, Edifício Qualidade CI, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
 Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 068 CRC Ponta Delgada
 ✉ info@ocean-medical.com 🌐 www.ocean-medical.com

OM-Q45-23/MR21

Anexo IX – Certificado do curso "*International Trauma Life Support*"

	ITLS International Trauma Life Support	ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
Certificate of Participation Manuel Sabino Malacas, RN has completed the Advanced Provider Course		
date 5/21/2023	course site Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL (International)	
course director		
course coordinator Luis Figueiredo RN		

	ITLS International Trauma Life Support	<i>Improving Trauma Care Worldwide</i>
---	---	--

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/CertificateTroubleIndex>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0028)

_____ Card Holder's Signature Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts. International Trauma Life Support 2001 Butterfield Road, Suite 320 Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org	 ITLS 370159-51506 International Trauma Life Support Manuel Sabino Malacas, 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 5/21/2023 Expiration Date 05/2026 Course Number 51506 Course Location Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL (International)
---	--

Anexo X – Certificado do seminário “Controlo de hemorragia em trauma”



Certifica-se que **Manuel Sabino Malacas**, nascido(a) em 31/10/1980, com o número de identificação civil ****2729, concluiu com aproveitamento o seminário

// CONTROLO DE HEMORRAGIA EM TRAUMA

que decorreu em 11/03/2024, com a duração de 3 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de março de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 240619267

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



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Controlo de hemorragias em cuidados pré-hospitalares civis	60 min.
// Controlo de hemorragias no campo de batalha	60 min.
// Controlo de hemorragia em Israel - Experiências no contexto militar e no serviço de emergência médica	60 min.
Total:	3 horas

Blue Ocean Medical, Lda.

Taguspark, Edifício Qualidade Cl, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal

Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada

✉ info@ocean-medical.com www.ocean-medical.com

Anexo XI – Certificado do curso de Formação Básica em Prevenção e Controlo de IACS e RAM

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que MANUEL SABINO MALACAS natural de Santarém nascido em 31/10/1980, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 11662729 válido até 02/03/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Formação Básica em Prevenção e Controlo de IACS e Resistência Antimicrobiana, em 14/03/2023, com a duração de 7:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Formação Básica em Prevenção e Controlo de IACS e Resistência Antimicrobiana	7:00	-

Santarém, 30 de março de 2023

Coordenadora do Gabinete de Formação

O(A) Responsável pelo(a) Hospital Distrital

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 156/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo XII – Certificado de frequência de formação profissional sobre "Gestão de Resíduos Hospitalares"

[illegible]

SUCH
SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO
COMUM DOS HOSPITAIS
PARQUE DE SAÚDE DE LISBOA
C.A. 33-A
Av. do Brasil, 53
Tel. 217 923 406 - Fax 217 923 814
1749-003 LISBOA



PROGRAMA:

1. O SUCH Ambiente
2. Prestação de Serviços.
3. CIVTRI
4. Triagem e Acondicionamento de Resíduos - Legislação
5. Apresentação dos Resultados da Auditoria Realizada aos Serviços
6. Debate Final e Colocação de Dúvidas



Certificado DGERT nº. 2372/2023

Página 2 de 2

Anexo XIII – Certificado de participação na Palestra “Efeitos Pós-Terapêuticos dos Antibióticos e Circulação Global das Resistências”

