



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**

# **Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade**

**Marta Cristina dos Prazeres Ferreira**

Orientação: Professora Doutora Alice Ruivo

**Mestrado em Enfermagem**

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

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



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**

# **Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade**

**Marta Cristina dos Prazeres Ferreira**


Orientação: Professora Doutora Alice Ruivo

**Mestrado em Enfermagem**

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

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



**Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade**

**Marta Cristina dos Prazeres Ferreira**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica**

**Júri:**

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

**Arguente:** Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

**Orientador:** Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Data: 14/10/2020

“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos  
é o primeiro passo para a conquista da sabedoria.”

Sócrates

## AGRADECIMENTOS

Quase a terminar esta etapa não podemos de deixar de agradecer a quem nos motivou e nos ajudou ao longo deste percurso.

À professora Doutora Alice Ruivo por toda a disponibilidade, empenho e orientação.

À enfermeira Élia Chambel por todo o apoio, empenho, amizade e oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional.

À enfermeira Maria José Catalão pelas oportunidades proporcionadas, tempo e empenho.

Ao meu companheiro Carlos e à minha filha Sara por compreenderem a minha ausência e pelo apoio.

Às colegas e amigas, Ana Júlia e Daniela, que nos ajudaram a ultrapassar mais uma etapa. O seu apoio e encorajamento foram fundamentais.

A todos os outros que contribuíram das mais variadas formas e que não mencionamos aqui o seu nome, mas não estão esquecidos.

O nosso muito Obrigado

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do terceiro Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização na vertente Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

No decurso do estágio final que teve como finalidade desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências, verificámos que no serviço de urgência apesar de existir o protocolo da Via Verde Sepsis, o mesmo não era acionado. Perante esta situação e segundo a metodologia do projeto delineámos o projeto de intervenção no serviço com o objetivo major de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados com a operacionalização da Via Verde Sepsis.

Com recurso a uma *Scoping Review* que nos deu como estratégias prioritárias a formação e implementação de protocolos/*guidelines*, lembrámos à equipa de enfermagem a importância do reconhecimento precoce da sepsis.

Foi também efetuada uma análise reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como as de mestre adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso com o intuito de consolidar o presente relatório.

**Palavras-chave:** Via Verde Sepsis, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Qualidade dos Cuidados

## **ABSTRACT**

This report appears in the scope of the third Master in Nursing in Association with Specialization in the Medical-Surgical aspect: the person in a critical situation.

During the final stage that aimed to develop and reinforce knowledge and skills, we found that in the emergency department, despite the Via Verde Sépsis protocol, it was not activated. In view of this situation and according to the project's methodology, we outlined the intervention project in the service with the major objective of improving the quality of nursing care provided with the operationalization of Via Verde Sépsis.

Using a Scoping Review that gave us as priority strategies the formation and implementation of protocols / guidelines, we reminded the nursing team of the importance of early recognition of sepsis.

A reflexive analysis was also carried out of the common and specific skills of the specialist nurse, as well as those of the master acquired and developed along the way in order to consolidate this report.

**Keywords:** “Via Verde Sépsis”, Medical-Surgical Nursing, Quality of Care

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AO** – Assistentes Operacionais

**APA** – American Psychological Association

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BO** – Bloco Operatório

**CRREU** – Comissão para a Reavaliação de Rede Nacional de Emergência e Urgência

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio

**ECD's** – Exames Complementares de Diagnóstico

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**ENQS** – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

**ESICM** – European Society of Intensive Care Medicine

**FC** – Frequência Cardíaca

**FR** – Frequência Respiratória

**GIF** – Gabinete de Informação à Família

**HDJMG** – Hospital Doutor José Maria Grande

**IACS** – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**ICC** – Insuficiência Cardíaca Congestiva

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

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**ITLS** – International Trauma Life Support

**MMPBE** – Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

**MS** – Ministério da Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PAM** – Pressão Arterial Média

**PBE** – Prática Baseada em Evidências

**PIS** – Projeto de Intervenção no Serviço

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**s.d.** – sem data

**SIV** – Suporte Imediato de Vida

**SSC** – Surviving Sepsis Campaign

**SSCM** – Society of Critical Care Medicine

**SPCI** – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

**SU** – Serviço de Urgência

**SUB** – Serviço de Urgência Básico

**SUMC** – Serviço de Urgência Médico- Cirúrgica

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada

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

**TDC** – Transporte do Doente Crítico

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIDEM** – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

**UCINT** – Unidade de Cuidados Intermédios

**ULSNA** – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**VVAVC** – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

**VVS** – Via Verde Sepsis

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	16
1.1 – TEORIA DE JUNE LARRABEE : A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA.....	16
1.2 – QUALIDADE DOS CUIDADOS .....	20
1.3 – VIA VERDE SÉPSIS .....	23
<b>2 – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL</b> .....	30
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICA-CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL REGIONAL .....	30
2.1.1 – <b>Principais atividades desenvolvidas no SUMC</b> .....	35
2.1.2 – <b>Projeto de Intervenção em Serviço</b> .....	38
2.1.2.1 – Diagnóstico da Situação .....	39
2.1.2.2 – Planejamento .....	43
2.1.2.3 – Execução.....	46
2.1.2.4 – Avaliação e Divulgação de Resultados .....	50
2.2 – CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DOUTOR EMILIO MOREIRA .....	53
2.2.1 – <b>Principais atividades desenvolvidas na UCIDEM</b> .....	55
2.2.2 - <b>Elaboração das listas de conteúdo das malas intra e inter-hospitalar</b> .....	57
<b>3 – ANÁLISE E RELEXÃO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS</b> .....	59
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM .....	60
3.2 - COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM .....	69
<b>4 – CONCLUSÃO</b> .....	76
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	79

**APÊNDICES**

Apêndice I – <b>Projeto de Estágio</b> .....	89
Apêndice II – <b>Carta para Exmo senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar</b> .....	93
Apêndice III – <b>Questões da Entrevista Semi-estruturada</b> .....	95
Apêndice IV – <b>Resumo das Entrevistas aos chefes de equipa</b> .....	97
Apêndice V – <b>Cronograma de Atividades</b> .....	100
Apêndice VI – <b>Planeamento do Projecto</b> .....	102
Apêndice VII – <b>Resumo e Abstract da <i>Scoping Review</i></b> .....	105
Apêndice VIII – <b>PowerPoint da Formação</b> .....	108
Apêndice IX – <b>Plano da Sessão de Formação</b> .....	113
Apêndice X - <b>Cartão de Bolso com Critérios de Ativação</b> .....	115
Apêndice XI – <b>Questionário para Avaliação da Formação</b> .....	117
Apêndice XII – <b>Poster Via Verde Sepsis</b> .....	119
Apêndice XIII – <b>Protocolo Via Verde Sepsis</b> .....	121
Apêndice XIV – <b>Folha de Ativação Via Verde Sepsis</b> .....	143
Apêndice XV – <b>Lista de Conteúdo/Verificação da Mala de Transferência Inter-Hospitalar: SAV</b> .....	146
Apêndice XVI - <b>Lista de Conteúdo/Verificação da Mala de Transferência Intra-Hospitalar</b> .....	149
Apêndice XVII – <b>Procedimento de Qualidade (PQ-01-UCIDEM) Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM</b> .....	151
Apêndice XVIII – <b>Registo de Abertura da Mala de Transferência Inter-Hospitalar: SAV</b> .....	160
Apêndice XIX - <b>Registo de Abertura da Mala de Transferência Intra-Hospitalar</b> .....	162
Apêndice XX – <b>Folheto sobre : Programa de Notificação de Incidentes: Porquê Notificar?</b> .....	164
Apêndice XXI – <b>Cartaz sobre a Higienização das Mãos</b> .....	167

**ANEXOS**

<b>Anexo I – Quadro de ativação da Via Verde Sepsis dos anos 2018 e 2019 .....</b>	<b>170</b>
<b>Anexo II – Certificado de Participação: “1º Encontro Nacional SIV: Da necessidade à realidade” .....</b>	<b>172</b>
<b>Anexo III – Certificado de Participação no Curso: “Transporte de Doente Crítico”, inserido no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva .....</b>	<b>174</b>
<b>Anexo IV - Certificado de Participação no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva .....</b>	<b>176</b>

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma descritivo da *Scoping Review* ..... 48

**ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros da SUMC de acordo com os intervalos de idade ..... 34

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros da SUMC de acordo com o tempo de serviço total..... 34

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros da SUMC de acordo com o tempo de serviço no SUMC ..... 35

Tabela 4 – Análise SWOT..... 41

Tabela 5 – Avaliação das sessões de formação (opinião dos enfermeiros) ..... 51

## INTRODUÇÃO

Finda a Unidade Curricular do Estágio Final, torna-se imperioso refletir sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Assim, o presente relatório é o culminar de uma etapa que se iniciou em setembro de 2018, aquando do ingresso no 3º Mestrado em associação em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica [EMC - PSC] que decorre na Escola Superior de Saúde de Portalegre, em parceria com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Instituto Politécnico de Setúbal; criado pelo aviso nº5622/2016, publicado em Diário da República nº84/2016, Série II de 2 maio de 2016.

Os estágios realizados permitiram a criação de um espaço de aprendizagem com o intuito de proporcionar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC. Para auxiliar esta aquisição, foi desenvolvido um Projeto de Estágio e um Projeto de Intervenção em Serviço [PIS].

Os estágios com duração total de 18 semanas decorreram num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC] (14 semanas) onde foi desenvolvido o PIS e numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] (4 semanas onde foram desenvolvidas outras atividades).

Recorremos à Metodologia do Trabalho de Projeto que segundo Ruivo, Ferrito, Nunes, & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem é baseada “numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (2010:2)”. Com o uso desta metodologia, através de pesquisa, análise e resolução de problemas reais, promove-se uma prática fundamentada e baseada na evidência (2010).

O projeto desenvolvido para além de ser útil em termos académicos, foi vantajoso para o serviço com o objetivo major da promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados diariamente.

Nas primeiras semanas elaboramos o diagnóstico de situação sendo posteriormente delimitadas as estratégias, atividades e meios para a realização do PIS, que consistiu na operacionalização da Via Verde Sepsis.

Sabendo que o presente relatório tem um carácter avaliativo e reflexivo, definimos os seguintes objetivos:

- Refletir sobre as actividades desenvolvidas durante os estágios;
- Descrever a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto e resultados obtidos;
- Refletir e analisar criticamente as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e de mestre, adquiridas neste percurso;

O presente relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos. No capítulo 1 encontramos o Enquadramento Concetual onde desenvolvemos os conceitos pertinentes para a aquisição de conhecimentos inerentes às questões propostas. Primeiramente, abordamos a Teoria de June Larrabee: O Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidência, que foi a teoria adoptada para a realização deste trabalho. De seguida falamos sobre a Sepsis e o seu ónus, e a importância de existir protocolos/vias verdes para um rápido reconhecimento e tratamento. De modo a aprofundarmos a temática realizámos uma *Scoping Review* com o intuito de mapear as evidências existentes.

O capítulo 2 aborda as actividades desenvolvidas no Estágio Final em ambos os campos de estágio, após uma breve caracterização dos serviços, onde não nos podemos esquecer do PIS.

No capítulo 3, refletimos criticamente sobre a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem.

Na conclusão, o capítulo 4, a parte final deste relatório, apresentamos uma síntese do trabalho desenvolvido, analisámos os objetivos traçados, refletimos sobre os constrangimentos e perspetivamos os nossos desafios futuros.

O relatório foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico português, execto a bibliografia anterior ao mesmo e é apresentado de acordo com as normas de elaboração e

apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre que se baseia nas diretrizes da Norma de Apresentação Bibliográfica da American Psychological Association [APA], 6ª edição.

## 1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

**Para a realização deste relatório existem conceitos chaves** que precisamos definir e abordar de uma forma sucinta, para esse fim realizamos pesquisa bibliográfica e uma *Scoping Review*. Este enquadramento serve de alicerce para o trabalho desenvolvido. Como declara Vilelas (2017), o enquadramento conceitual é um momento em que o autor ordena e sistematiza os conhecimentos que constituem o seu ponto de partida, revendo e assimilando os dados que já existem relativos à problemática que se pretende estudar.

### 1.1 – TEORIA DE JUNE LARRABEE: A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

A enfermagem conseguiu-se consolidar como ciência e arte quando gerou uma linguagem específica que atribuiu significado aos elementos fundamentais da profissão. Esta linguagem específica pode ser retratada pelas teorias de enfermagem (Moreira, Dias e Fernandes, 2017).

Fawcett (2005) define teoria como um ou mais conceitos concretos e específicos que tem como objetivo especificar o fenómeno associado ao modelo conceitual. Segundo Fortin (2009: 15) teoria é “um conjunto coerente de conceitos, de proposições e de definições, visando descrever, explicar ou prever fenómenos.” Também para Tomey & Alligood, teoria é “um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática (2002: 7)” e para as mesmas autoras teoria de enfermagem é um conjunto de conceitos interrelacionados tendo origem nos modelos de enfermagem, mas também em outras disciplinas ou áreas de conhecimento.

“As teorias representam um dos elementos que compõem a linguagem específica, objetivando consolidar a enfermagem como ciência e arte na área da saúde (Alcântara, Gudes-Silva, Freiburger & Coelho, 2011:115)”. Assim o uso de teorias de enfermagem auxilia os enfermeiros na definição dos seus papéis, na aproximação da realidade e consequente adequação e qualidade do desempenho profissional, bem como na produção de conhecimento (Alcântara *et al.*, 2011).

O conhecimento das teorias de enfermagem permite ao profissional obter a sua essência, fortalecer cientificamente a sua prática e assim reconhecê-las como orientadoras do trabalho (Merino *et al.*, 2018).

A aplicação de teorias é fundamental para a prática de enfermagem, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados dos utentes. A Prática Baseada em Evidências [PBE] é uma teoria cada vez mais defendida, uma vez que conjuga a prática clínica com a melhor evidência clínica que provém da pesquisa sistemática, guiando assim a nossa decisão (Larrabee, 2011), esta teoria encaixa-se no modelo de June Larrabee, sendo por este motivo a nossa escolha de suporte teórico seguir neste relatório.

As áreas de interesse de June Larrabee, durante o seu percurso profissional foram a Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] e a prática baseada em evidência, destacando a influência da qualidade nos cuidados de saúde, nos resultados nos doentes que cuidava. Ficou responsável pela gestão da qualidade em saúde, e nos últimos anos de exercício profissional direcionou a sua área de interesse para a satisfação no trabalho e a relação entre a fadiga dos enfermeiros e a segurança dos doentes. June Larrabee descreveu dois modelos teóricos: o Modelo Teórico da Qualidade e o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE].

Em 1999, foi proposto por Larrabee & Rosswun, o MMPBE, que surge após várias revisões teóricas. Segundo o mesmo, é imprescindível saber integrar a melhor evidência da pesquisa disponível, aos dados obtidos pelos doentes combinando também a observação clínica. O MMPBE quer mudar o paradigma da prática tradicional que baseada na intuição, para uma PBE, através do desenvolvimento da investigação clínica e acessibilidade aos resultados da investigação. Logo não podemos apenas basearmo-nos na experiência, na opinião, no raciocínio fisiopatológico, mas sim integrar um pensamento crítico, questionar constantemente, justificando as nossas ações em pesquisas científicas, em investigação e nos resultados obtidos da mesma (Larrabee, 2011).

O MMPBE propõe seis etapas: “1. Avaliar a necessidade de mudança da prática; 2. Localizar as melhores evidências; 3. Fazer uma análise crítica das evidências; 4. Projetar a mudança da prática; 5. Implementar e avaliar a mudança da prática; 6. Integrar e manter a mudança da prática (Larrabee, 2011: 35).”

A seguir descrevemos as etapas estabelecidas por Larrabee no MMPBE (2011):

- **Etapa 1:** comporta a identificação dos intervenientes, do problema da prática, colher dados internos sobre a mesma, comparar os dados internos com os externos para assegurar a necessidade de mudança da prática. Deve efectuar-se a identificação do problema fazendo a ligação do mesmo com as intervenções e os resultados;
- **Etapa 2:** consiste em identificar as fontes de evidência, rever os conceitos das pesquisas, planear a pesquisa e conduzi-la. “Estão incluídos os instrumentos para avaliação crítica de estudos qualitativos e quantitativos, guidelines de prática clínica e revisões sistemáticas (Larrabee, 2011: 35). “ Também se pode incluir as tabelas de evidências ou matrizes para organizar os dados sobre os estudos;
- **Etapa 3:** abrange a realização de uma análise crítica dos estudos e avaliar a força das evidências, sintetizando as melhores evidências disponíveis e avaliar a viabilidade, os benefícios e os riscos da nova prática;
- **Etapa 4:** inclui a definição da mudança proposta, identificação dos recursos necessários, planear a avaliação e a implementação das mesmas mudanças;
- **Etapa 5:** “As principais atividades incluem implementar o estudo-piloto, avaliar o processo, os resultados e os custos; e desenvolver conclusões e recomendações.” (Larrabee, 2011, p. 36);
- **Etapa 6:** consiste na comunicação da mudança, integrar a nova prática e fazer monitorizações constantes. Deve também incluir a disseminação dos resultados do projeto.

As etapas propostas por Larrabee não precisam de ser seguidas de forma linear, podendo sempre que necessário retomar a etapas anteriores. Como refere Larrabee “as atividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa (2011: 36).”

O modelo foi testado com a criação de um programa sistemático de utilização da pesquisa para melhorar a qualidade do cuidado ao doente, em 1998. Foram realizados 19 projetos que levaram à mudança, sendo alguns na **área do doente crítico**, como por exemplo: a utilização da solução salina antes da aspiração traqueal, avaliação da sedação do doente adulto que se encontra entubado e ventilado, avaliação da higiene oral. O programa de pesquisa em enfermagem instituído, refere que a pesquisa é fundamental para a busca do cuidado de excelência e de qualidade, que possa levar aos melhores resultados nos doentes, que a integração em atividades de pesquisa permite o desenvolvimento pessoal, profissional e estimula as melhores

práticas. As suas funções são: identificar oportunidades para melhorar a prática utilizando fontes de informação, criar e aperfeiçoar os processos de tomada de decisão, conduzir pesquisas clinicamente revelantes, alterar os padrões de cuidados e melhorar a prática (Larrabee, 2011).

A PBE de acordo com Pedrolo *et al.* (2009) “requer a capacitação do enfermeiro em buscar estratégias para desenvolvimento e a utilização de pesquisas na prática, a fim de transpor a dicotomia entre teoria e prática-pesquisar e cuidar.”

A utilização desta metodologia tem, como refere Domenic & Ide (2003: 117)” como condição imediata de aplicabilidade, os movimentos de acreditação da prática instituída, cada vez mais alicerçados no pensamento crítico e na competência clínica dos enfermeiros, enquanto requisitos para a coordenação de processos de cuidar, sustentados pelas melhores evidências científicas.”

A sinopse dos resultados de pesquisas significativas e reconhecidas mundialmente facilita a incorporação de evidências, ou seja, agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Esta teoria é uma teoria de médio alcance pelo que não apresenta conceitos meta-paradigmáticos, assim iremos utilizar os referenciados pela Ordem dos Enfermeiros [OE]: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem aquando da publicação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em 2001 (OE, 2001). Utilizámos os do ano de 2001, uma vez que na publicação de 2017 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, são estes os conceitos que são recordados. Segundo Fawcett (2005) um meta-paradigma é definido como os conceitos globais que identificam os fenómenos de interesse central de uma disciplina, as proposições globais que descrevem os conceitos e as proposições globais que afirmam as relações entre os conceitos. De seguida apresentamos a descrição dos conceitos:

- **Saúde:** “ é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. (OE, 2001: 8).” Sendo uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença (2001).

- **Pessoa:** “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (OE, 2001: 8)”. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente que a envolve e com o qual interage (2001).
- **Ambiente:** é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde, no qual as pessoas vivem e se desenvolvem. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de salientar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2001).
- **Cuidados de Enfermagem:** “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) (OE; 2001: 10). O enfermeiro e o doente a quem se presta cuidados de enfermagem têm os seus quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual que resultam da sua interação com o ambiente. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro identifica-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa prisma multicultural, procurando-se abster de juízos de valor relativamente ao doente. A relação terapêutica estabelecida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria criada com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se tendo por base um processo dinâmico, que objetiva ajudar o doente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde, os enfermeiros sabem que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, no seu exercício profissional usam a sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes (OE, 2001).

No presente trabalho, apesar de ser referenciado como meta-paradigma o conceito de pessoa, iremos utilizá-lo com foco no termo doente.

## 1.2 – QUALIDADE DOS CUIDADOS

Qualidade é definida pelo Ministério da Saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e

consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Ministério da Saúde [MS], 2015b: 13551).” O MS refere ainda que a qualidade dos cuidados “não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade da saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado (MS, 2015a: 3882).”

A Qualidade também é reconhecida pela OE como um elemento fundamental na prática dos cuidados, pois tem “como desígnio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão (OE: 2015: 8060).”

Para a melhoria da qualidade de cuidados em Saúde foi criado em 2015 a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que pretende colaborar para o reforço da equidade como dimensão fundamental do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições apropriadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de integrarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição (MS, 2015b).

A ENQS 2015-2020 obriga ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde, apresentadas por ordem de prioridade: melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes; monitorização permanente da qualidade e segurança; reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (MS, 2015).

De acordo com Dias, “as organizações preocupam-se com a melhoria da prestação de cuidados de saúde, baseadas em estratégias de gestão de qualidade (2014: 39).” Este mesmo autor afirma ainda que “assume-se que a excelência do exercício profissional, nunca é acidental. Exige compromisso e dedicação dos profissionais (Enfermeiros) associados ao esforço e compromisso das organizações prestadoras de cuidados de saúde (2014: 40).”

Como já foi abordado, a OE também se preocupa com a qualidade dos cuidados e em 2017 republicou o Regulamento nº361/2015 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, com o intuito de serem norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2017). Neste regulamento encontrámos os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em PSC, que visam esclarecer a natureza e abranger os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Os enunciados descritivos são os que passamos a descrever:

- **A satisfação do cliente**, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação do doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; quer através da intervenção precisa, eficiente, eficaz, em tempo útil e de forma holística. Como também através do seu empenho para minimizar o impacto negativo causado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (OE, 2017).
- **A promoção da saúde**, o enfermeiro especialista através do fornecimento de informação produtora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e posteriormente com a avaliação dos ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação do doente/família para a gestão de processos complexos resultantes da situação crítica, promove a saúde do doente crítico (OE, 2017).
- **A prevenção de complicações**, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde do doente crítico através da rápida identificação de potenciais problemas e define intervenções com base nos problemas identificados, para evitar ou minimizar os efeitos indesejáveis e quando necessário referencia para outros enfermeiros especialistas de acordo com o foco identificado (OE, 2017).
- **O Bem-estar e o Autocuidado**, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar e complementa as atividades de vida em que o doente é dependente através da implementação de intervenções de enfermagem especializadas, da referenciação quando necessário e da gestão da relação terapêutica entre outros elementos (OE, 2017).
- **A readaptação funcional**, o enfermeiro especialista em conjunto com o doente e família desenvolve métodos eficazes de adaptação aos problemas de saúde com a continuidade dos cuidados de enfermagem especializados, com o planeamento da alta e

com recursos ao ensino e treino de acordo com as necessidades identificadas (OE, 2017).

- **A organização dos cuidados de Enfermagem**, o enfermeiro especialista assevera a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados com recurso a um quadro de referências para o exercício profissional, com a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade, com a existência de uma política de formação contínua promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada entre outros factores (OE, 2017).
- **A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados**, o enfermeiro especialista através da evidência científica participa na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção (OE, 2017).

Em Portugal, como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados e garantir um acesso rápido e tratamento imediato em situações que foram identificadas previamente, foram criadas as vias verdes, onde constam as últimas recomendações científicas que permitem diminuir a morbi/mortalidade. As mais conhecidas são a Via Verde AVC, Via Verde Coronária e a Via Verde Sepsis.

### 1.3 – VIA VERDE SÉPSIS

Singer *et al.* fazendo parte de uma *task-force*, definiram Sepsis como uma disfunção orgânica com risco de vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção (2016), sendo esta definição denominada de Sepsis 3.

A Organização Mundial de Saúde [OMS], refere ser impossível estimar com precisão a carga epidemiológica global da Sepsis, e que segundo estimativas de incidência brutas extrapoladas a partir de dados coletados nos Estados Unidos da América pode haver de 15 a 19 milhões de casos de Sepsis por ano em todo o mundo (OMS), 2017).

Em Portugal encontramos poucos estudos sobre a Sepsis, mas no estudo conduzido por Póvoa, Carneiro, Ribeiro & Pereira (2009) 22% dos doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos são devido a Sepsis adquirida na comunidade. Num outro estudo português chegaram à conclusão que a presença de infeção quer na admissão ou adquirida no interna-

mento foi associada a um aumento da mortalidade hospitalar (38,2% e 33,1% versus 26,1%) (Gonçalves-Pereira *et al.*, 2014).

De acordo com um relatório da OMS, a Sepsis é frequentemente subdiagnosticada num estágio inicial quando ainda é potencialmente reversível, o seu diagnóstico precoce e o tratamento clínico oportuno e adequado são cruciais para aumentar a probabilidade de sobrevivência (OMS, 2017).

Em 2017, a OMS considerou a Sepsis como uma questão fundamental para a saúde global reconhecendo a necessidade de priorizar ações que aumentem a conscientização sobre as manifestações clínicas da Sepsis entre os profissionais de saúde visando melhorar o diagnóstico precoce e a gestão clínica adequada (OMS, 2017). O que vai de encontro às recomendações emitidas pela Surviving Sepsis Campaign [SSC] em 2016 quando emitiu as directrizes internacionais para a gestão de Sepsis e choque séptico, onde é recomendado que haja nas instituições um programa de melhoria de desempenho para a sepsis, incluindo a triagem de sepsis (Rhodes, 2017). A triagem de sepsis recomendada pela SSC vai contribuir para um diagnóstico precoce, que como refere OMS, é crucial para aumentar a probabilidade de sobrevivência, juntamente com um tratamento clínico oportuno e adequado da Sepsis. (OMS, 2017).

A SSC, que foi criada em 2002, com o apoio da Society of Critical Care Medicine [SSCM] e da European Society of Intensive Care Medicine [ESICM], descreve no seu historial que a iniciativa teve 4 fases:

- **Fase I: Desenvolvimento da consciência do âmbito do problema:** verificaram a necessidade de existir linhas orientadoras, que se pudessem utilizar em todo o mundo – *Guidelines*;
- **Fase II: Desenvolvimento e Publicação de *Guidelines*:** representantes de 11 sociedades internacionais reuniram-se para debater sobre quais as melhores práticas. Em março de 2004 foram publicadas as primeiras *guidelines* para o tratamento da Sepsis;
- **Fase III: Implementação de *Guidelines*, Mudança de Comportamento e Coleta de Dados:** o comité reuniu para determinar a direção das atividades de coleta de dados. O SSC foi apresentado a clínicos europeus na Mediterranean Critical Care School e a representantes internacionais reunidos para iniciar o desenvolvimento de *bundles*. As

*guidelines* e pósteres de bolso foram desenvolvidos e distribuídos pela SCCM na América do Norte e pela ESICM na Europa. Foi iniciado um desenvolvimento de uma ferramenta de coleta de dados. Durante esta fase foram ainda publicadas a segunda edição (2008) e a terceira edição (2012) das *Guidelines*. Em 2010 uma publicação mostrou a associação da utilização de bundles, com uma redução de 20% no risco relativo.

- **Fase IV: Revigoração da Campanha:** a SSC começou a incorporar os novos dados nas revisões das *guidelines* à medida que vão sendo publicados. No ano de 2018 publicaram a *Bundle* da 1ª hora para incentivar intervenções mais rápidas em pacientes adultos com sépsis e choque séptico. (SSC, s.d.)

A SSC desenvolve iniciativas com o objetivo de elaboração de *guidelines* baseadas em evidências, implementação de programas de melhoria do desempenho e análise e publicação de dados colectados por todo o mundo (SSC, s.d.). A SSC desenvolve uma PBE, procurando as melhores evidências nos dados recolhidos, analisando-os e mais tarde publicando/actualizando as *guidelines*. Esta prática vai de encontro ao que a nossa teórica defende: uma prática baseada nas melhores evidências disponíveis.

Em 2018 foi publicado a *bundle* da 1ª hora da Sepsis, para que cada vez mais o atendimento de doentes com Sepsis seja uma prioridade (Levy, Evans & Rhodes, 2018). Esta *bundle* foi construída com a intenção explícita de iniciar rapidamente o tratamento, sendo composta por 5 etapas:

- **Medir os níveis de lactatos**, reavaliar se lactatos iniciais > 2mmol/L: o seu aumento pode representar hipóxia tecidual;
- **Efetuar colheitas sanguíneas antes da administração de antibióticos:** para otimizar a identificação de microorganismos patogénicos;
- **Administrar antibióticos de largo espectro**, no início, sendo direccionada logo que haja uma identificação;
- **Administração precoce de 30ml/Kg de cristalóides para hipotensão ou lactatos  $\geq$  4mmol/L:** para a estabilização da hipoperfusão tecidual;
- **Iniciar vasopressores;** se doente hipotenso durante ou após ressuscitação com fluídos para manter PAM  $\geq$  65mmHg. (Levy *et al.*, 2018)

Numa reunião de especialistas promovida pela OMS, Reinhart conclui que a Sepsis é uma das principais causas de mortes evitáveis em hospitais, mas a sua gestão só pode ser aprimorada se a conscientização do problema for aumentada. A Aliança Global para a Sepsis revela que existe uma grande lacuna no conhecimento da Sepsis em todos os níveis, havendo por esse motivo a necessidade de melhorar o reconhecimento e o tratamento precoces (Reinhart, 2018). Este especialista refere ainda que a Sepsis tem também um impacto económico, uma vez que é uma das principais causas do aumento dos custos médicos.

Na mesma reunião outro especialista refere que foi demonstrado que pacotes de cuidados (de intervenções: *Bundles*) podem reduzir a mortalidade por Sepsis em 20% (Antonelli, 2018).

Em Portugal, em 2010, a Direção Geral de Saúde emitiu uma norma para que a nível nacional fossem criadas e implementadas Vias Verdes de Sepsis para uma intervenção precoce de forma a melhorar a qualidade dos cuidados (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010). Posteriormente em 2016, foi emitida a norma para a Via Verde Sepsis no adulto que foi actualizada em 2017 (DGS, 2017).

Nesta norma podemos encontrar os critérios de ativação da via verde, que auxiliam os enfermeiros aquando da realização da triagem. Os mesmos são divididos em 2 tipos de critérios: critérios de presunção de infeção e critérios de inflamação sistémica e a VVS deve ser ativada quando existe pelo menos 1 critério de cada tipo (DGS, 2017).

Estamos perante os critérios de presunção de infeção quando existe uma alteração da temperatura ( $>38,3^{\circ}\text{C}$  ou  $<36^{\circ}\text{C}$ ) associada a:

- ✓ Cefaleia;
- ✓ Confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência;
- ✓ Dispneia ou tosse;
- ✓ Icterícia;
- ✓ Dor abdominal (distensão ou diarreia);
- ✓ Disúria ou polaquiúria;
- ✓ Dor lombar;
- ✓ Sinais inflamatórios cutâneos extensos (DGS, 2017).

Os critérios de inflamação sistémica são:

- ✓ Confusão e/ou alteração do estado de consciência;
- ✓ FC > 90 com tempo de preenchimento capilar aumentado;
- ✓ FR > 22 ciclos por minuto (DGS, 2017).

Ainda nessa norma encontramos descritos os critérios de exclusão da VVS, sendo eles:

- ✓ Gravidez;
- ✓ ICC descompensada / Síndrome coronário agudo;
- ✓ Doença cerebrovascular aguda;
- ✓ Hemorragia digestiva ativa;
- ✓ Estado de mal asmático;
- ✓ Politrauma / Grandes queimados;
- ✓ Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico (situação para limitação de cuidados) (DGS, 2017).

Estas situações previstas também carecem de atendimento precoce, mas a VVS não será a melhor via de obterem o tratamento diferenciado que necessitam.

Kumar *et al.* (2006) afirma que como para o acidente vascular cerebral e para o enfarte agudo do miocárdio, existe para a Sepsis um conjunto de atitudes que quando realizados numa fase precoce reduzem a morbi-mortalidade. Nestas atitudes estão incluídas a identificação e estratificação rápidas de doentes, o uso adequado de antibióticos e de estratégias de ressuscitação hemodinâmica orientada por objetivos. (Kumar *et al.*, 2006).

Similarmente Carneiro, Andrade-Gomes & Póvoa (2016) reconhecem que actualmente existem três prioridades na abordagem da sepsis, que reduzem a mortalidade:

1. O seu reconhecimento precoce, incluindo a estratificação de gravidade e activação do tratamento;
2. A prevenção e suporte da disfunção de órgãos fundamentada na optimização do fornecimento de oxigénio;
3. Controlo da causa com base na estabelecimento precoce da antibioterapia adequada e controlo do foco sempre que apropriado.

A dinâmica da SSC afectou fortemente a prática clínica em todo o mundo, deixando claro que para salvar vidas dos doentes com sepsis grave tem de ser feito um forte investimento na

qualificação dos profissionais e na melhoria das organizações centralizada no reconhecimento precoce da sépsis e no seu tratamento imediato (Carneiro *et al.*, 2016).

Os enfermeiros dos serviços de urgência encontram-se numa posição privilegiada para reconhecer e avaliar os sinais, sintomas e factores de risco da sépsis e contribuir para um encaminhamento eficiente baseado em evidências (Storozuk, MacLeod, Freeman, & Banner, 2019).

Como referimos, realizámos uma *Scoping Review* para conhecermos as melhores estratégias utilizadas para reconhecer a Sepsis. **A formação é apontada como a principal estratégia para melhorar o conhecimento**, sendo referida em todos os artigos (Almeida, Belchior, Lima & Sousa, 2013; Harley *et al.*, 2019; van den Hengel, Visseren, Rood, Schuit & Meima-Cramer, 2016; Metelman *et al.*, 2018; Nucera, Esposito, Tagliani, Baticos & Marino, 2018).

No artigo de Almeida *et al.* (2013), as estratégias apontadas pelos autores são **a formação contínua e a implementação de bundles**.

Harley *et al.* (2019) também referem **a formação como estratégia e desenvolvimento de vias de encaminhamento** que podemos perceber como protocolos. No estudo de Goulart *et al.* (2019) é aludido similarmente **a criação de protocolos ou vias de encaminhamento para a Sepsis**. Esta estratégia também é empregada em Portugal, através das normas emanadas pela DGS que visam a criação da Via Verde Sepsis nas instituições, dando força a esta estratégia.

Os autores van den Hengel *et al.* (2016) e Metelman *et al.* (2018) indicam como **principal estratégia a formação para que ocorra uma detecção mais precoce e início rápido de tratamento**.

As estratégias delineadas no artigo de Nucera *et al.* (2018) são uma vez mais **a formação**, onde é enunciado que a mesma deve ser atualizada e baseada nas directrizes da SSC e **o uso de protocolos**.

Com a realização da *Scoping Review*, chegamos à conclusão que de uma forma geral as estratégias mais mencionadas pelos autores são **a formação, o uso de protocolos e a implementação de bundles**. Estas estratégias vão de encontro às directrizes emanadas pela SSC e às prioridades definidas pela OMS.

Após a apresentação do suporte teórico que serve de alicerce a este trabalho iremos abordar o desenvolvimento do estágio final, através da caracterização dos campos de estágio e das principais atividades desenvolvidas

## **2 – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL**

A Unidade Curricular do Estágio Final é a penúltima etapa para a conclusão do 3º Mestrado em Associação. De seguida iremos descrever o nosso trajeto durante o estágio apresentando algumas das nossas experiências que nos ajudaram a adquirir as novas competências de enfermeiro especialista.

### **2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICA-CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL REGIONAL**

A primeira etapa do estágio final decorreu num Centro Hospitalar, que procedeu a uma reorganização do seu departamento de Urgência em março de 2012, para dar resposta às recomendações da Comissão para a Reavaliação de Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRREU). A instituição era constituída por 3 serviços de urgência, e com a sua reformulação foram criados dois Serviços de Urgência Básica (SUB) em duas das unidades e na outra unidade centraram o SUMC.

O SUMC, desde 2012, tem sofrido várias alterações na sua estrutura física e organizativa, com a visão de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e ao mesmo tempo melhorar as condições de trabalho dos funcionários, otimizando o seu funcionamento.

Este serviço localiza-se no piso 2, piso comum com o Bloco Operatório (BO) e o Serviço de Imagiologia, mas encontra-se longe da UCI que se encontra no piso 6, sendo necessária a utilização de um elevador, que é exclusivo do SUMC e do BO para a transferência intra-hospitalar de doentes.

Atualmente, o SUMC está estruturado em quatro grandes áreas: Triagem, Críticos, Sala de Decisão Clínica, Unidade de Observação Médica e Unidade de Observação Cirúrgica e Traumatológica.

É na Triage que o enfermeiro faz o primeiro contacto com o doente, onde a seguir faz o encaminhamento do doente de acordo com a queixa e gravidade.

No Centro Hospitalar está implementado o sistema de triagem de Manchester, sendo utilizado nas SUB e no SUMC, fazendo cumprir o que emana o artigo 12º do Despacho n.º10319/2014, de 11 de agosto, em que “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU (MS, 2014: 20675).”

**Caso o doente seja do foro Cirúrgico ou Traumatológico e não apresente sinais de gravidade é encaminhado para o 7º Piso**, local onde se encontra a Unidade de Observação Cirúrgica e Traumatológica. Esta zona de serviço é constituída por: 1 sala de espera, 1 gabinete de cirurgia, 1 gabinete de ortopedia, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de trabalho de enfermagem, 2 salas de observação de ortopedia, 2 salas de observação de cirurgia, 1 armazém de material de consumo clínico e 1 zona denominada de sujos.

Na zona da Triage são observados os doentes menos urgentes, que normalmente não necessitam de observação pelas especialidades. Aqui os doentes realizam os ECD's e executam tratamentos de acordo com a sua situação clínica, sendo que a maioria das situações têm alta. Existem nesta zona 2 médicos de Medicina Geral e Familiar.

Quando a situação clínica dos doentes não permite a alta, transitam para a sala de Decisão Clínica, de modo a serem observados pela especialidade que mais se adequa à sua situação clínica. Nesta zona são prestados os cuidados necessários, tratamentos, monitorização cardíaca, oxigenioterapia, inaloterapia, ventilação não invasiva e realização de procedimentos mais ou menos invasivos, que sejam necessários para o diagnóstico do doente.

A Sala de Decisão Clínica, no último ano, foi sujeita a obras, tendo sido definido como lotação 14 doentes, o que nem sempre se verifica, pois devido à grande afluência de doentes, na maioria das vezes a lotação é largamente ultrapassada. O que está recomendado no serviço é que os doentes permaneçam no máximo 6 horas nesta zona, sendo posteriormente transferidos para as Unidades de Observação ou têm alta para o domicílio. Este tempo de permanência nesta zona também é em muitas situações ultrapassado.

A zona de críticos é a área do SUMC, onde são estabilizados todos os doentes que necessitam de cuidados emergentes, esta zona abrange a Sala de Emergência e a zona denominada de laranja que é onde ficam os doentes que pela situação clínica e devido a alterações hemodinâmicas necessitam de uma maior vigilância e monitorização.

As Unidades de Observação são áreas do serviço onde os **doentes da especialidade médica, cirúrgica e ortopédica** ficam em observação por um período que se pretendia que não fosse superior a 24 horas, têm uma lotação para 24 utentes, no entanto esta lotação é quase sempre **ultrapassada**.

Frequentemente os serviços de internamento não disponibilizam vagas em número suficiente para os doentes do SUMC, sendo habitual que esses doentes permaneçam no serviço por períodos superiores a 3 dias.

Sempre que um doente recorre ao SUMC, tem direito a um acompanhante, como está previsto na Lei n.º15/2014 de 21 de março, havendo um conjunto de exceções previstas no artigo 14º da mesma (Assembleia da República, 2014).

**No SUMC existe ainda um Gabinete de Informação à Família (GIF)**, cujo horário de funcionamento é das 10 horas às 22 horas e consta como um área de trabalho, em que o enfermeiro é o elo de ligação entre o doente/família com a restante equipa multidisciplinar. A sua criação emergiu da observação por parte da equipa acerca das informações telefónicas solicitadas por familiares e amigos, somando a necessidade imperiosa da proteção de dados e sigilo profissional. Existia uma insatisfação por parte das famílias em relação ao horário de atendimento telefónico, aos horários de visitas não cumpridos e dificuldade da equipa de enfermagem em dar resposta a todos os pedidos. As famílias manifestaram a sua insatisfação de forma informal e formal (através do Livro de Reclamações e Sugestões), e a própria equipa de saúde nutria insatisfação e dificuldade em responder com eficiência aos pedidos. Antes da criação do GIF existiam diariamente 3 períodos de visita, e as informações telefónicas eram fornecidas através de vários telefones e por áreas de trabalho.

É o enfermeiro responsável pelo GIF que observa a necessidade de intervenção de outros profissionais (assistente social) com o enfermeiro responsável pelo doente e assiste as visitas, cooperando para uma maior organização do serviço.

No intervalo das 22 horas às 10 horas é o enfermeiro Chefe de Equipa que assegura a seguimento do processo de informação ao familiar ou pessoa de referência.

A equipa médica é composta por vários especialistas de medicina interna, cardiologia, cirurgia, ortopedia, gastroenterologia e clínica geral, que a garantem os cuidados médicos do SUMC.

Desde o dia 3 de janeiro de 2020, um médico intensivista, no período das 9h às 15h, passou a estar de presença física na sala de emergência.

À data de início do estágio, a equipa de enfermagem era constituída por 86 enfermeiros, e a equipa de Assistentes Operacionais (AO) por 44 elementos, estando agrupados em cinco equipas.

Cada uma das equipas tem um enfermeiro chefe de equipa, que desempenha as funções de gestão, dá apoio à sala de emergência e sempre que necessário fica responsável pelos doentes que se encontrem em corredor.

A distribuição pelas várias zonas do SUMC, para assegurar a prestação de cuidados é efetuada pelos diferentes turnos da seguinte forma:

- Turno da noite, são escalados 12 enfermeiros e 7 AO;
- Turno da manhã e tarde são escalados 16 enfermeiros e 9 AO.

A nível de gestão de cuidados do SUMC é usado o método de trabalho em equipa, sendo que a enfermeira chefe, ou um dos responsáveis, faz a planificação diária da distribuição dos enfermeiros e AO por postos de trabalho e o chefe de equipa organiza a equipa de enfermagem e de AO durante o turno.

Na planificação diária, em todos os turnos está assinalado qual é o enfermeiro destinado ao transporte inter-hospitalar do doente crítico.

No final cada turno, a passagem de informação, para manter a continuidade dos cuidados, é realizada junto dos doentes, em cada uma das áreas de trabalho.

Os registos de enfermagem são feitos em suporte informático através do programa Sclenic®, sendo que ainda se utilizam algumas requisições em papel.

### Equipa de Enfermagem

Para uma melhor caracterização da mesma procedemos a uma análise de dados de uma base existente no SUMC. Como já foi referido, a equipa de enfermagem é composta por 86 enfermeiros.

Intervalo de idades	Número de profissionais
21 - 27	7
27 - 33	31
33 - 39	28
39 - 45	11
45 - 51	3
51 - 57	4
57- 63	4

Fonte: Base de Dados da SUMC

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros da SUMC de acordo com os intervalos de idade

Podemos observar que se trata de uma equipa jovem, sendo que a maioria se encontra distribuída nas faixas etárias entre os 27 e 39 anos.

Intervalo de Tempo	Número de profissionais
0 - 5	27
5 - 10	19
10 - 15	25
15 - 20	7
20 - 25	3
25 - 30	1
30 - 35	2
35 - 40	4

Fonte: Base de Dados da SUMC

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros da SUMC de acordo com o tempo de serviço total

Sendo esta uma equipa jovem observamos que a maioria dos enfermeiros desempenha funções há menos de 15 anos. Encontrando-se a maior percentagem no intervalo dos 0 aos 5 anos.

Intervalo de Tempo	Número de profissionais
0 – 5	52
5 – 10	15
10 – 15	12
15 – 20	1
20 – 25	2
25 – 30	3
30 – 35	3

Fonte: Base de Dados da SUMC

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros da SUMC de acordo com o tempo de serviço no SUMC

Ao analisarmos a tabela observamos que a maioria dos enfermeiros se encontram a desempenhar funções no SUMC há menos de 5 anos.

Relativamente à sua formação, a maioria da equipa, ou seja, 73 enfermeiros possuem licenciatura, 11 são detentores de mestrado e 2 têm o bacharelato.

Quanto à especialização 12% são especialistas, sendo na sua maioria em Enfermagem Médico Cirúrgica e os restantes em Saúde Comunitária.

Noutras áreas de formação observamos que 42% possuem formação em Suporte Avançado de Vida [SAV], 70% em Suporte Imediato de Vida [SIV], 29% em Transporte de Doente Crítico [TDC] e 25% em VVS.

A equipa médica e de enfermagem dos SU devem ter formação em: SAV, Suporte Avançado em Trauma, Ventilação e Controle Hemodinâmico, TDC, Vias Verdes, Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e Conflitos, Comunicação do risco e “transmissão de más notícias”, para dar resposta ao disposto no artigo 21º do Despacho 10319/2014, de 11 de agosto. Este mesmo artigo refere ainda que os enfermeiros devem possuir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, atribuída pela OE.

### 2.1.1 – Principais atividades desenvolvidas no SUMC

O estágio final teve início no dia 16 de setembro de 2019, com duração de 14 semanas no SUMC. Apresentamo-nos ao SU num turno da manhã, onde fomos recebidas pelo Enfermeiro Responsável que estava a substituir a Enfermeira Chefe, e que colabora na gestão do serviço.

Mesmo com a Enfermeira Chefe de férias, a nossa vinda estava programada e o Enfermeiro Responsável apresentou-nos o serviço e a equipa que estava a prestar cuidados nesse turno. Ficámos a conhecer a nossa enfermeira orientadora, especialista na área Médico-Cirúrgica com vertente na PSC. Durante este turno através de uma conversa informal, houve trocas de ideias sobre o estágio, quais os objetivos a atingir, as nossas expectativas com a finalidade de adquirir as competências necessárias.

Para delinear o nosso projeto de estágio (Apêndice I) foi necessário conhecer a realidade do serviço, para que os objetivos definidos conseguissem ser executados, por este motivo os primeiros turnos de estágio serviram para integrar e conhecer a equipa.

O nosso processo de integração neste SUMC iniciou-se com a exploração do espaço físico, a análise da dinâmica dos cuidados, da metodologia de trabalho e da organização da equipa multidisciplinar. A consulta da documentação existente, particularmente instruções de trabalho, protocolos institucionais e projetos em fase de desenvolvimento, foram fundamentais para uma boa integração no serviço. Estes documentos também foram consultados sempre que tínhamos dúvidas ou queríamos relembrar algum aspecto específico.

Durante o estágio, a prestação de cuidados foi dividida entre doentes com emergências do foro médico-cirúrgico e traumático.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] define doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (2008: 9).” A mesma ideia está presente na definição apresentada pela OE, no Regulamento nº429 onde é referido que “a 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 terapêutica (2018: 362).”

No âmbito das emergências médicas, prevaleceu a prestação de cuidados de enfermagem a doentes com EAM, disritmias e AVC. O abdómen agudo foi a emergência cirúrgica mais presenciada durante o estágio e a nível de trauma participamos na prestação de cuidados a vítimas de acidentes rodoviários, queda de cavalos e uma tentativa de suicídio (de uma ponte).

As situações mais frequentes a que prestamos cuidados aos doentes críticos foram a doentes com AVC e Síndromes Coronárias. O que vai de encontro às conclusões do Instituto Nacional de Estatística [INE] que refere que no ano de 2015, “as doenças do aparelho circulatório continuaram a ser a principal causa de morte em Portugal, com 29,8% dos óbitos registados, em 2015, mais 0,5% do que no ano anterior (INE, 2017: 1)” Ao estratificar a ocorrência desses eventos o INE afirma os AVC’s representaram 10,8% do total de mortes no país, a doença isquémica do coração com 6,7%, e o enfarte agudo do miocárdio com 4,0% (INE, 2017).

Neste SU, existe o protocolo da Via Verde AVC, em que quando há critérios e após a realização de um TAC ou AngioTAc é seguido o protocolo de fibrinólise.

A primeira situação em que prestamos cuidados foi uma VVAVC, em que o doente chegou com a equipe da VMER, com alterações hemodinâmicas graves e na sala de emergência foi sedado e entubado por não se conseguir assegurar a via aérea de outra forma. Devido à hipertensão presente encontrava-se com epistáxis e vômitos e com um estado de consciência quase comatoso, mas com agitação motora.

O estado deste doente agravou rapidamente e quando tivemos a via aérea assegurada e alguma estabilidade hemodinâmica, a prioridade era a realização de angioTAc para confirmar diagnóstico. Verificamos o doente segundo a metodologia ABDCE, sempre presente em cursos de SAV e ITLS, colocámos a mala de transporte intra-hospitalar na maca do doente e seguimos para a realização do ECD’s. Após a confirmação de AVC hemorrágico extenso e doente foi preparado para seguir para a UCI e com o médico fomos falar com a família.

O médico forneceu à família as informações clínicas e o prognóstico, nós em conjunto com a enfermeira orientadora, a seguir colocamos a família num sítio mais reservado (apesar de não existir um espaço delimitado para este feito) e ouvimos os seus receios e angústias. Para esta família, tivemos de ter em atenção a situação do doente, de modo a não levantar falsas esperanças e garantir que iria receber cuidados de qualidade. Foi dado algum tempo à família para assimilar toda a informação e de seguida explicamos como funcionava as visitas e informações na UCI.

Nesta situação e noutras vivenciadas, tivemos o cuidado em seguir os protocolos e normas existentes no serviço, assim como em observar e ter atenção às orientações da enfermeira

orientadora. Após estas situações, que causam maior stress, analisávamos o que ocorreu, como foi a nossa postura e o que poderíamos melhorar.

Quando os doentes críticos ficavam internados quer na sala de Decisão Clínica ou nas Unidades de Observação mobilizávamos os recursos existentes no serviço, como a entrega do guia de acolhimento ao doente e às famílias, assim como o guia de visitas.

Relativamente aos doentes do foro traumático, estes foram doentes vítimas de acidente de viação, quedas de altura (tentativa de suicídio) e queda de cavalos. Sendo esta área mais específica tivemos inicialmente uma sensação de insegurança. Este sentimento foi ultrapassado com a mobilização do conhecimento adquirido com a experiência profissional e com conhecimento adquirido na parte teórica do Mestrado, com o auxílio da enfermeira orientadora e com recursos protocolos existentes no SUMC. Para as situações de trauma recorremos várias vezes ao protocolo de analgesia, também conversámos com os doentes com a intenção de recolher informações e de tentar distraí-los da dor.

Num turno ficamos a observar e auxiliar sempre que possível, o enfermeiro responsável na gestão do SUMC. O enfermeiro responsável no início do turno deu algumas indicações gerais à equipa e depois iniciou a gestão de stocks do serviço. Apreendemos que a reposição de material clínico é efectuada às segundas, quartas e sextas-feiras, a do material dos armazéns avançados é na terça, sendo os níveis definidos por quem faz o pedido. A medicação é verificada e repostada pelas técnicas de farmácia.

Durante este estágio realizámos dois turnos em áreas específicas: no Serviço de Esterilização, para conhecimento de todo o seu circuito e no Gabinete de Prevenção e Controlo de Infecção.

### 2.1.2 – Projeto de Intervenção em Serviço

Para realização do PIS que propusemos, tivemos por base a Metodologia de Projeto. De acordo com Ruivo *et al.* (2010) a metodologia do projeto é baseada numa investigação concentrada, num problema real identificado e na utilização de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.

A metodologia é formada por cinco etapas, sendo elas, diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e a última delas a divulgação de resultados. (Ruivo *et al.*, 2010)

A Metodologia de Projeto tem como objetivo principal focar-se na resolução de problemas, e adquirindo através dela capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e execução de projetos numa situação real. A metodologia estabelece assim uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. (Ruivo *et al.*, 2010)

#### 2.1.2.1 – Diagnóstico da Situação

Ruivo *et al.*, (2010:10) o diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada”, sendo este um processo dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e constantemente atualizada.

Em qualquer processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que se tornará possível começar a atuação (Imperatori & Giraldes, 1993). Ainda de acordo com os mesmos autores, o diagnóstico de situação irá funcionar como padrão de comparação e justificam ação de atividades no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como refere Ruivo *et al.* (2010:16), para “identificar as necessidades de saúde alteradas, é fulcral o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário e a análise SWOT, entre outros.”

O PIS desenvolvido foi contextualizado num SUMC, que segundo o MS são o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, prestando apoio diferenciado à rede SUB e referenciado para o SUP casos necessitem de apoio mais diferenciado ou de especialidades não existentes na SUMC (MS, 2014). Com o serviço já caracterizado torna-se imperativo avançar com o diagnóstico de situação. Para definirmos o tema/problemática realizamos entrevistas semi-estruturadas.

Fortin (2009) refere que as entrevistas têm como função servir de método exploratório para examinar conceitos e compreender um fenómeno do ponto de vista dos participantes,

relações entre variáveis e estabelecer hipóteses, servir de complemento a outros métodos, tanto para explorar resultados não esperados como validar os resultados obtidos com outros métodos ou ainda para ir mais em profundidade. Para Vilelas (2017) a entrevista constitui uma forma específica de interação social com o intuito de recolher dados para uma investigação. As entrevistas podem ser estruturadas, não estruturadas ou sem estruturadas. Ainda de acordo com Vilelas (2017), as entrevistas semi-estruturadas conciliam perguntas abertas ou fechadas, onde o entrevistado tem a hipótese de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto.

Primeiramente, entrevistamos a enfermeira chefe que nos indicou algumas áreas que gostaria de desenvolver:

- Infecções associadas aos cuidados de Saúde [IACS] /Controlo de Infecção;
- Via Verde Sepsis [VVS]: operacionalização;
- Transporte Inter-Hospitalar;
- Gestão de Risco;
- Comunicação de Más Noticias na Urgência/Emergência.

Seguidamente entrevistámos a enfermeira orientadora, o elo de ligação ao Grupo Coordenador Local – PPCIRA (GCL-PPCIRA) e o elo de ligação ao Gabinete de Gestão de Risco com intenção de validar temas. Destas entrevistas sobressaíram os temas das IACS e a VVS.

Com base em todas as informações disponíveis e recolhidas recorreremos também à análise SWOT, que permite colher informações do ambiente interno (forças e fraquezas) e do ambiente externo (oportunidades e ameaças) e, através das informações recolhidas, fornece-nos uma visão mais ampla da instituição, facilitando a escolha da estratégia. (Santos & Fernandes, 2015).

Verificamos que os pontos positivos (oportunidades e forças) são superiores ao pontos negativos (fraquezas e ameaças), o que nos motivou a avançar com o PIS.

Interna (Organização)	<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de enfermagem jovem e dinâmica;</li> <li>• Boa articulação e cooperação dos serviços de apoio;</li> <li>• Envolvimento das chefias</li> <li>• Formação contabilizada como horas de serviço;</li> <li>• Protocolo existente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défice de conhecimento sobre o protocolo (apenas 25% da equipa fez formação);</li> <li>• Carência de profissionais (enfermeiros e assistentes operacionais);</li> <li>• Enfermeiros com sobrecarga de trabalho.</li> </ul>
Externa	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de normas e orientações técnicas providas da DGS para a implementação da VVS;</li> <li>• Contribuir para a redução das taxas de morbi-mortalidade do hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restrições organizacionais podem limitar o desenvolvimento do projeto.</li> </ul>

Tabela 4 – Análise Swot

Após a entrevista com o elo de ligação ao GCL-PPCIRA, soubemos que alguns dos temas relativos às IACS/Controlo de infeção iriam ser abordados por ela. Relativamente ao tema de gestão de risco e em virtude da grande sobrecarga de trabalho, o responsável pela gestão de risco apenas pediu a nossa colaboração noutra sentido que abordaremos mais à frente.

As outras temáticas, exceto a operacionalização da VVS, foram abordadas pelas colegas, que também desenvolveram na SUMC o seu PIS.

Para salvaguardar todas as questões éticas efetuámos um pedido ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar, com o intuito de dar a conhecer o PIS e pedir permissão para a realização do mesmo (Apêndice II).

Sabíamos que na instituição existia um Protocolo VVS, que foi elaborado na sequência da emissão da norma da DGS para que a nível nacional fossem criadas e implementadas Vias Verdes de Sepsis para uma intervenção precoce de forma a melhorar a qualidade dos cuidados (DGS, 2010). A última actualização deste protocolo ocorreu em dezembro de 2018, com as recomendações da norma para a Via Verde Sepsis no adulto que foi publicada em 2016 e posteriormente actualizada em 2017 (DGS, 2017), mas sem complementar as últimas recomendações internacionais como a *bundle* da 1ª hora da Sepsis.

Assim faltava-nos conhecer quais as causas da sua não activação, após termos consultado os dados do serviço (Anexo I). Para essa finalidade voltamos a recorrer às entrevistas semi-

estruturadas. Em virtude do grande número de enfermeiros e à nossa limitação temporal, optámos por realizar as entrevistas aos chefes de equipa. As questões das entrevistas encontram-se no Apêndice III.

Após a análise das respostas (Apêndice IV) ficou claro que grande parte da equipa não conhece o protocolo, e isto acontece na opinião dos chefes de equipa, porque é uma equipa jovem e com grande rotatividade de profissionais. Atualmente, como não existe divulgação ativa do mesmo, os elementos não reconhecem a sua importância e o porquê de um atendimento precoce. Outro factor para a sua não activação, prende-se com perspectiva dos profissionais que conhecem o protocolo consideraram os critérios de ativação muito amplos e abrangentes o que criou alguma resistência na equipa.

Quando questionados como poderíamos facilitar a sua implementação/operacionalização foi referido que talvez através da divulgação do protocolo na equipa, para relembrar a importância do reconhecimento precoce; ou através de formação para todos os elementos, ou se houvesse algo a relembrar na sala de triagem.

Tendo por base o diagnóstico de situação procedemos à definição de prioridades para posteriormente definirmos os objetivos para o PIS.

Para Imperatori & Giraldes (1993) a definição de prioridades é o obstáculo que se tem quando é necessário tomar decisões sobre matérias diferentes (prioridades) e sobre diferentes formas de resolver um mesmo assunto (escolha de técnicas, estratégias). Representa o mesmo que dizer o que deverá ser resolvido (prioridades) e como deverá ser resolvido (estratégias) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após análise de toda a informação disponível e recolhida e tendo como problema “o *deficit* na implementação do Protocolo Via Verde Sepsis”, definimos como prioridade:

- A necessidade de operacionalização do Protocolo VVS

Com o diagnóstico da situação efetuado e delineadas as prioridades, como refere Imperatori & Giraldes (1993) procede-se à definição de objetivos a atingir.

Imperatori & Giraldes (1993) definem objetivo como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente realizável de evolução de um problema que altera, em princípio, a ten-

dência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

Os objetivos, como referem Ruivo *et al.* (2010) devem ser enunciados tendo em atenção os conhecimentos e capacidades a obter, dizendo normalmente respeito a competências amplas e complexas. Além disso, permitem eleger conteúdos, seleccionar métodos e avaliar os progressos dos formandos, segundo as mesmas autoras. De acordo com Dias (2012:14) estes “devem ser claros, realistas, razoáveis, exequíveis e mensuráveis”.

Assim definimos como objetivo geral:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados com a operacionalização da Via Verde Sepsis.

Os objetivos específicos delineados foram:

- Elaborar uma Scoping Review sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência e UCI's para melhoram o conhecimento sobre a Sepsis;
- Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis;
- Elaborar um poster informativo sobre a Via Verde Sepsis para a sala de triagem;
- Atualizar o protocolo da Via Verde Sepsis segundo o *Bundle* da 1ª hora e atuais diretrizes internacionais.

#### 2.1.2.2 – Planeamento

Segundo Brissos (2004), nesta etapa, deve-se avaliar o contexto em que se opera, os múltiplos interesses e as relações de poder.

Ruivo *et al.* (2010: 20) indicam que: “ as actividades, meios e estratégias são parte integrante do planeamento,..”. No planeamento vamos eleger as melhores actividades e estratégias para colocar em prática o nosso PIS, decidir que recursos (humanos e materiais) utilizar para o agilizar.

Imperatori & Giraldes (1993) referem que a selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento, pretendendo-se com ela gerar o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.

Brissos (2004) afirma que uma estratégia pode ser entendida como um conjunto de comportamentos a adotar, com consistência interna que represente, primeiramente, uma atitude face a um futuro possível, devendo resultar de uma ação conjunta em que os diversos protagonistas aprendam conjuntamente.

A principal estratégia para a implementação da VVS é a formação, como refere Brissos (2004: 49) “ A formação como investimento imaterial deve integrar as estratégias a implementar e ser encarada como o reforço do saber-fazer, visando mais competitividade e inovação face aos parceiros.” Na formação iremos utilizar o método o expositivo, que reside “na transmissão oral de um determinado saber, informações ou conteúdos, que pode ser seguida de questões colocadas pelos formandos ou pelo próprio formador (IEFP, s.d.: 26)”.

Os recursos humanos a utilizar para a execução deste plano seríamos nós, com o envolvimento da Enfermeira Chefe e da enfermeira orientadora. Como assinala Brissos (2004: 51) “Sendo os recursos humanos reconhecidos na sociedade actual como o capital mais importante no seio de uma organização, devem as instituições de saúde estar dotadas de profissionais qualificados, o que passa por um bom nível de informação, adequada às funções, formação contínua e *empowerment*.”

De forma a alcançar cada um dos objetivos traçados delineámos as seguintes atividades/estratégias.

**1. Elaborar uma *Scoping Review* sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência e UCI's para melhoram o conhecimento sobre a Sepsis**

- Definição da pergunta de partida;
- Pesquisa nas bases de dados indexadas à B-on;
- Seleção dos artigos;
- Análise Crítica dos resultados obtidos;
- Elaboração de um artigo.

O indicador de avaliação para este objetivo será a entrega de um artigo (PDF) à professora orientadora.

**2. Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis:**

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática para reforçar os conhecimentos;
- Visita a um SU com o protocolo implementado para perceber o seu funcionamento;
- Agendamento de sessões de formação para todos os enfermeiros da SUMC, especialmente para os que têm a formação de Triagem de Manchester e a realizam;
- Reunião com a Enfermeira Chefe e com a Diretora do Serviço de forma a dar conhecimento do conteúdo da formação.

Para este objetivo definimos como indicador de avaliação a frequência nas ações de formação de pelo menos um terço dos enfermeiros que realizam a triagem, pois é neste momento que a VVS deve ser ativada.

### **3. Elaborar um poster informativo sobre a Via Verde Sépsis para a sala de triagem:**

- Realização de pesquisa bibliográfica, de forma a utilizar as últimas evidências na elaboração do poster;
- Elaboração do poster com os critérios de ativação;
- Apresentação do poster à equipe de enfermagem.

O indicador de avaliação delineado é a entrega do poster imprimido e a sua afixação na sala de triagem.

### **4. Atualizar o protocolo da Via Verde Sépsis segundo o *Bundle* da 1ª hora e atuais diretrizes internacionais:**

- Realização de pesquisa bibliográfica, de forma a utilizar as últimas evidências na atualização do protocolo;
- Atualização do protocolo com a *bundle* da 1ª hora;
- Reunião com a Enfermeira Chefe e com a Diretora do Serviço de forma a dar conhecimento do conteúdo da atualização do protocolo e debater ideias.
- Apresentação do protocolo à equipa, através das passagens de turno e por email.

Delineámos como indicador de avaliação a entrega do protocolo actualizado à Enfermeira Chefe e à Diretora do Serviço em formato editável e em PDF. Também seria pedido para enviar o protocolo por email à equipa de enfermagem e durante as passagens de turnos, com protocolos impressos, falaríamos sobre o mesmo.

Como **indicador final de avaliação do projeto** traçamos um número de ativações da VVS após 6 meses da realização da formação, que seja de 80%.

Como em qualquer projeto, previmos a ocorrência de alguns constrangimentos durante a sua implementação/execução. Para que a sua aplicação não seja colocada em causa devemos desenvolver estratégias para os ultrapassar. Alguns dos constrangimentos que pensamos ir encontrar são:

- Dificuldade na articulação dos horários para a formação, como estratégia a enfermeira chefe colocou as horas de formação como horas efectivas de trabalho.
- Resistência da equipa à mudança, por assumirem que os critérios são muito abrangentes, o que levará a uma sobrecarga de trabalho. A enfermeira chefe e a diretora do serviço mostraram empenho para auxiliar a operacionalização.

No cronograma (Apêndice VI) podemos consultar todo o planeamento do projeto.

#### 2.1.2.3 - Execução

De acordo com Ruivo *et al.* (2010), esta etapa concretiza a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.

A seguir abordamos a execução relativamente a cada objetivo traçado para uma melhor perceção.

- **Elaborar uma *Scoping Review* sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência e UCI's para melhoram o conhecimento sobre a Sepsis**

Para escolhermos as melhores estratégias a utilizar neste PIS, realizámos uma *Scoping Review*, sabendo que ela possibilita a inserção de estudos com diferentes tipos de metodologias, com o objetivo de resumir e analisar o conhecimento produzido por diversos autores sobre uma determinada temática e assim, integrar novas evidências que promovam a melhoria na prática clínica diária (Davis, Drey & Gould, 2009; Peters et al., 2017). As principais forças de uma *Scoping Review* assentam na capacidade de extrair a essência de um conjunto diversificado de evidências, dando-lhe sentido e significado (Davis et al., 2009). Este tipo de revisão, como refere Peters et al. (2017), permite mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, compor um

exercício preliminar que justifique e indique a necessidade da realização de uma revisão sistemática da literatura.

Ao efetuarmos uma Scoping Review pretendíamos **mapear as evidências existentes**, que nos ajudasse a implementar a VVS, que como refere Camargo et al., “a implementação de modelos para prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar visa promover a melhoria da qualidade do cuidado, por aumentar a confiabilidade das intervenções (2017: 10).”

Esta revisão seguiu um conjunto de etapas e critérios bem definidos para a sua constituição propostos pelo Joanna Briggs Institute [JBI] (Peters et al., 2017; Apóstolo, 2017), nomeadamente: Identificação de um problema e formulação de uma questão de revisão com base na metodologia PCC; definição clara dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, estudos e/ou guidelines; seleção e identificação dos estudos pretendidos com base na problemática inicial; organização dos estudos selecionados; análise e discussão dos resultados obtidos nos diversos estudos; resumo e exposição dos resultados obtidos.

O reconhecimento precoce da Sepsis é considerado importante em vários estudos analisados, mas existe ainda uma grande falta de conhecimento sobre este problema por parte dos enfermeiros que exercem funções em SU e em UCI's, (Goulart et al., 2019; Melech & Paganini, 2016; Silva, Rodrigues, Amaral & Júnior, 2017; Storozuk, MacLeod, Freeman & Banner, 2019).

É de facto referido também a necessidade de criação de protocolos ou vias de encaminhamento para a Sepsis para um rápido reconhecimento e início precoce de tratamento, sendo estes acompanhados por sessões de sensibilização e capacitação dos profissionais (Goulart *et al*, 2019).

Conhecendo a problemática inicial e de forma a responder ao objetivo desta revisão, enunciamos a questão de revisão de acordo com a metodologia PCC - População - Enfermeiros; Conceito - Conhecimento; Contexto – Serviço de Urgência e UCI; delineando a seguinte pergunta final: **Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência e UCI's para melhoram o conhecimento sobre a Sepsis?**

Após a elaboração da questão de revisão de acordo com a PCC, iniciamos a pesquisa com os descritores “sepsis”, “nurses” e “knowledge”, acompanhados com o caracter booleano “and”. Estes foram aferidos segundo os descritores em ciências da saúde DeCS e MeSH. O levantamento bibliográfico decorreu entre outubro e dezembro de 2019 nas seguintes bases de dados indexadas na B-on: DOAJ, ScienceDirect, Complementary Index, SupplementalII Index, SciELO, CINAHL Plus with Full Text e Academic Search Complete. Antes de iniciarmos a pesquisa eliminamos os expansores “Pesquisar também no texto Integral dos artigos” e “Aplicar assuntos equivalentes”, seguidamente com as palavras-chave descritas acima foram obtidos 475 artigos, tendo sido feita uma seleção posterior. Com utilização do limitador “Texto Integral” ficamos com 273 artigos que foram reduzidos para 230 com o limitador “Analisado por pares”. Posteriormente foram eliminados 86 artigos por não se encaixarem no espaço temporal definido (2013-2019) e por se encontrarem duplicados, chegando ao total de 78 artigos.

Depois de efetuada a seleção e triagem dos artigos foram determinados os seguintes critérios de inclusão: Adultos, idosos e conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência e da unidade de cuidados intensivos acerca da Sepsis. E foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: artigos só sobre médicos, trauma, doentes obstétricos, doentes pediátricos.

Da nossa estratégia de pesquisa escolhida 14 artigos foram eliminados pelos critérios de exclusão, 58 foram eliminados pelo título, tendo sido incluídos para análise 6 artigos. Com a leitura do resumo foi excluído 1 artigo, por termos apenas acesso ao abstract, sendo assim incluídos nesta Scoping Review 5 estudos (Figura 1).

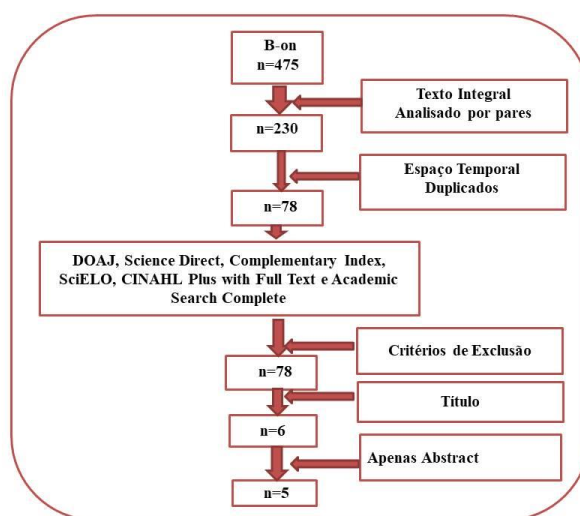


Figura 1 – Fluxograma descritivo da Scoping Review. Fonte adaptado de Botelho Cunha e Macedo (2011)

Ao elaborarmos esta revisão tivemos em consideração as questões éticas dos artigos referenciados, sendo a pesquisa bibliográfica conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia.

No Apêndice VII encontramos o resumo da *Scoping Review*.

▪ **Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis:**

Após a realização da pesquisa bibliográfica, elaborámos o PowerPoint® para a formação, plano da sessão e um cartão com os critérios de ativação para distribuir pelos enfermeiros (Apêndices VIII, IX e X). O conteúdo da formação foi aprovado pela enfermeira chefe, pela diretora clínica, pela enfermeira orientadora e pela professora orientadora. Também foi elaborado um pequeno questionário para avaliar a pertinência da formação (Apêndice XI).

Como o plano de formação para o ano 2019 estava bastante preenchido, a enfermeira chefe perguntou-nos se a mesma poderia decorrer no início de 2020, com o que concordamos. Por conveniência do serviço foram marcadas 2 datas: 5 e 11 de fevereiro. Apesar, da formação ocorrer fora do tempo de estágio e do nosso cronograma, consideramos importante ministrá-la, uma vez que o projeto era importante para o serviço. Não foi necessário divulgar as sessões de formação, uma vez que a enfermeira chefe as colocou de carácter obrigatório, contabilizando a sua duração como horas efetivas de serviço. À formação compareceram não só grande parte da equipa de enfermagem da SUMC, mas também os enfermeiros que desenvolvem funções nas duas SUB pertencentes ao Centro Hospitalar.

Aquando da realização do 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, conseguimos visitar o SU dessa instituição e com o seu consentimento realizámos uma entrevista semi-estruturada ao enfermeiro chefe. De acordo com a entrevista, o serviço tem um protocolo de VVS, mas com a grande afluência de doentes torna-se complexo cumprir e registar todos os passos do protocolo. Apesar do enfermeiro chefe reconhecer a importância da VVS e pretender que esta seja ativada na presença dos critérios definidos, ele também reconhece a sobrecarga de trabalho sentida pela equipa de enfermagem nos momentos de grande afluência. Perante esta situação podemos prever que a sobrecarga de trabalho para os enfermeiros será um dos grandes entraves. Na sala de triagem daquele SU existia um pequeno cartaz a relembrar os critérios de ativação. Esta estratégia também foi pensada por nós e referenciada pelos chefes de equipa.

▪ **Elaborar um poster informativo sobre a Via Verde Sépsis para a sala de triagem:**

Enquanto decorria o estágio, realizamos diversas pesquisas bibliográficas, para recolhermos as melhores evidências, para a elaboração do poster (Apêndice XII). Reunimos com a enfermeira chefe para mostrar o nosso progresso e saber a sua opinião. Todo o material desenvolvido foi com o consentimento da enfermeira orientadora, da professora orientadora e da enfermeira chefe. Posteriormente o poster foi mostrado à equipe e afixado na sala de triagem.

▪ **Atualizar o protocolo da Via Verde Sépsis segundo o *Bundle* da 1ª hora e atuais diretrizes internacionais:**

Também atualizámos o protocolo VVS, de acordo com a *bundle* da 1ª hora (Apêndice XIII), foi entregue à enfermeira chefe e diretora do serviço e de momento aguardamos algum feedback. O protocolo também foi mostrado, impresso, à equipe de enfermagem e teve boa aceitação. Mas devido à situação actual que o país e o mundo enfrentam sabemos que estas avaliações estão pendentes. Como serviço existia uma folha de ativação da VVS, também esta foi actualizada (Apêndice XIV), porque em tempo útil não conseguimos reunir com a informática para saber se a ativação da VVS poderia ser efetuado no programa de triagem.

#### 2.1.2.4 – Avaliação e Divulgação de Resultados

Para Ruivo *et al.* (2010), a avaliação de um projeto, pode ser constituída por vários momentos de avaliação, a intermédia/depuração realizada em paralelo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do projeto.

Imperatori & Giraldes (1993) mencionam que o objetivo da avaliação é determinar a importância de uma intervenção naquilo que nos leva a uma decisão. Desta forma, os progressos alcançados com as atividades serão comparados concomitantemente com a situação inicial e com os objectivos e metas traçadas, de acordo com os mesmos autores.

Deve ser baseada em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter, incluídas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Delineámos que neste PIS, a avaliação será feita por etapas tendo por base os objetivos traçados.

- **Elaborar uma *Scoping Review* sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência e UCI's para melhoram o conhecimento sobre a Sepsis**

Tínhamos definido como indicador de avaliação deste objetivo a entrega de um artigo à professora orientadora e o mesmo foi entregue e temos a intenção de o publicar. O artigo entregue contabilizou para a nota do estágio.

- **Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis:**

As ações de formação foram avaliadas pela sua pertinência e após a sua realização. Esperávamos que pelo menos 1/3 dos enfermeiros que realizam triagem frequentassem estas ações. Sabendo que nas duas ações de formação estiveram presentes no total 95 enfermeiros, sem contabilizar a enfermeira chefe e a nossa enfermeira orientadora. Destes, 73 enfermeiros prestavam cuidados no SUMC e que durante a nossa permanência, vários foram frequentar a formação de Triagem e ficaram aptos a realizá-la, pelo que podemos afirmar que o nosso indicador de avaliação foi atingido. Conjuntamente as ações de formação foram bem aceites e serviram para tirar dúvidas, especialmente sobre os critérios de ativação.

No final de cada formação foi aplicado um pequeno questionário para avaliar a pertinência da mesma (Apêndice XI). Fortin (2009) menciona que os questionários permitem a recolha de informações junto dos intervenientes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. A seguir apresentamos os resultados da formação.

PERGUNTAS	RESPOSTAS				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não Discordo, Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
O tema abordado é pertinente para o seu local de trabalho?			5	20	70
A formação estava bem estruturada e foi de fácil compreensão?			4	7	84
Os conteúdos estavam organizados e foi fácil de acompanhar?			3	9	83
As competências adquiridas vão ter impacto na sua actividade profissional?			1	23	71
A duração da formação foi adequada?			1	30	64
No geral, a formação correspondeu às suas expectativas?			3	12	80

Tabela 5 – Avaliação das sessões de formação (opinião dos enfermeiros)

- **Elaborar um poster informativo sobre a Via Verde Sépsis para a sala de triagem:**

O poster foi elaborado, entregue e afixado na sala de triagem, pelo que também atingimos este indicador de avaliação.

- **Atualizar o protocolo da Via Verde Sépsis segundo o *Bundle* da 1ª hora e atuais diretrizes internacionais:**

Após a pesquisa bibliográfica atualizámos o protocolo com o *bundle* da 1ª hora e este foi entregue à enfermeira chefe e à diretora do serviço. A equipe da enfermagem também tomou conhecimento do seu conteúdo, pelo que podemos afirmar ter atingido este indicador de avaliação.

Como **indicador final de avaliação** iríamos ter o número de ativações da Via Verde Sépsis após a realização da formação, que ao fim de 6 meses que pretendemos ser de 80%. Não conseguimos avaliar este indicador final, uma vez que foi fora do nosso tempo de estágio, mas seria interessante, algum colega pegar neste PIS e dar-lhe continuidade, considerando o envolvimento pessoal da enfermeira chefe.

Segundo Ruivo *et al.* (2010), a divulgação dos resultados obtidos após a execução de um projeto é uma fase importante, uma vez que dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto.

Na área da saúde o recurso à metodologia do projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade assume um papel relevante para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados (Ruivo *et al.*, 2010).

**A divulgação dos resultados deste projeto, nomeadamente da avaliação final, seria agendada para o final das atividades** ocorrendo esta através de um documento escrito afixado na sala de passagem de turno e que poderia ser facilitado por *e-mail* a todos os elementos do serviço. Recorremos ao email para enviar o protocolo atualizado e utilizámos as passagens de turno, para a divulgação dos resultados dos outros indicadores, verbalmente, exceto sobre o indicador final de avaliação que só será avaliado ao fim de 6 meses.

Durante a formação, a enfermeira chefe anunciou que ao fim de 1 ano voltariam a reunir, para verificar como estaria a decorrer esta implementação da VVS e para apresentar propostas de melhoria, se fosse necessário. A implementação da VVS arrancou a 12 de fevereiro de 2020.

Não realizamos a divulgação de resultados sobre a formação, uma vez que foi realizada fora da nossa calendarização. Este trabalho contribuirá também para a divulgação do realizado.

## 2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DOUTOR EMÍLIO MOREIRA

O Dr. Emílio Moreira fundou em 1977 a UCI do Hospital Doutor José Maria Grande, primeiramente no 4º piso, com a função de receber doentes críticos e agudizados do hospital. Recebeu a designação de UCI polivalente no ano de 1993 sendo denominada com o nome do seu fundador. Mas apenas 2 anos mais tarde seria reconhecida como tal com a permanência médica 24 horas por dia.

Em 2004 o serviço foi transferido para o 2º piso, onde foram criadas umas instalações de raiz e em julho do mesmo ano nasce a Unidade de Cuidados Intermédios [UCINT]. A UCINT partilha o espaço envolvente funcionando na sala anexa a sala de intensivos. A equipa multidisciplinar, o material técnico e recursos são partilhados pela UCI e pela UCINT.

A UCIDEM acolhe doentes das mais diversas especialidades médicas, vítimas de trauma e doentes de recobro do bloco operatório. A proveniência destes doentes passa pelos restantes serviços do HDJMG, e de outros Hospitais a nível nacional. São excluídos os doentes de serviços de Neonatologia e Pediatria, uma vez que não existem nem recursos humanos nem materiais para fornecer a assistência adequada.

Os doentes são transferidos da UCIDEM, sempre que se verifica que a unidade não dispõe de meios adequados para responder e providenciar o melhor tratamento, ou quando os doentes em causa, já não necessitam de cuidados intensivos/intermédios.

A lotação total da UCIDEM é de 10 doentes, sendo que existem 5 unidades de doentes na UCI e 5 na UCINT. Na UCI, uma das unidades é um quarto de isolamento com antecâmara e uma das unidades encontra-se ocupada com uma doente crónica ventilada. Na UCINT, uma unidade está dedicada exclusivamente para as técnicas de tratamento de substituição renal (hemodiafiltração), para utentes que se encontrem internados na ULSNA e que o seu estado clínico não permita a deslocação às clínicas de diálise.

Cada unidade da UCI é constituída por uma cama, uma calha de aparelhagem de bombas e seringas infusoras, monitorização cardíaca com telemetria, rampa de vácuo, rampa de oxi-

gênio e de ar e um ventilador. Na UCINT a composição das unidades é semelhante, a principal diferença é que apenas duas possuem ventilador. Assim por vezes, a UCINT também recebe doentes críticos ventilados.

Quer a UCI, quer a UCINT têm um carro de emergência com desfibrilhador, uma bancada de trabalho e posto de enfermagem com computador e central de telemetria. Existe uma mala médica de transporte para todo o serviço.

Os registos de Enfermagem são realizados em papel, em impressos próprios para o efeito, sendo o utilizado o sistema informático de apoio à terapêutica do Sclinic®.

As estruturas físicas da UCIDEM são compostas por:

- Um posto administrativo;
- Dois vestiários por género, com casa de banho, para uso exclusivo dos funcionários;
- Um armazém, onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico;
- Uma sala de trabalho, onde se realiza a passagem de turno da equipa de Enfermagem, com bancadas e armários, consumíveis clínicos e de farmácia, frigorífico de medicação, um gasómetro e os dossiês com as normas de serviço;
- Uma sala de cuidados intensivos
- Uma sala de cuidados intermédios;
- Uma sala de coordenação de enfermagem;
- Um gabinete médico;
- Um corredor principal de acesso a todas estas salas, onde existem armários com kits previamente formados;
- Entrada de familiares com zona de higienização e lavagem das mãos e área de equipamentos de proteção individual.

A equipa de enfermagem é composta por 26 elementos, sendo uma delas a enfermeira responsável que gere o serviço e outra enfermeira que se encontra de horário fixo. Os restantes elementos fazem o horário de roulement.

A distribuição dos enfermeiros pelos turnos é efetuada da seguinte forma:

- Turno da manhã : 6 enfermeiros (UCI: 4, UCINT: 2);
- Turno da tarde e noite: 4 enfermeiros (UCI: 2, UCINT:2).

A distribuição pode sofrer alterações em função da taxa de ocupação do serviço, mas sempre mantendo as dotações seguras.

A UCIDEM utiliza o Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) que permite avaliar o índice de gravidade dos doentes internados e a carga de trabalho de enfermagem. O TISS-28 é um sistema de medida de gravidade da doença crítica e da carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos e tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo despendido pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos na pessoa em estado crítico (Reyes, Parellada, García & Martinez, 2015).

No serviço existem 5 enfermeiros com Curso de Especialização em EMC, 2 enfermeiros com Curso de Especialização em Reabilitação e 2 enfermeiros com Curso de Especialização em Saúde Comunitária. De momento encontram-se 4 enfermeiros em formação no Mestrado em Enfermagem e 2 enfermeiras na especialização de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Os restantes elementos são enfermeiros de cuidados gerais.

A equipa médica é constituída por um médico com funções de diretor que pertence ao quadro do hospital e por médicos, em regime de prestação de serviços. Estão em presença física 2 médicos durante as 24 horas que se dividem pelas salas de Cuidados Intermédios e Cuidados Intensivos. Os restantes técnicos que compõem a equipa multidisciplinar são chamados quando necessário.

A UCIDEM é considerada uma UCI de nível II. O nível II tem competência de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (OE, 2019b).

### **2.2.1 – Principais atividades desenvolvidas na UCIDEM**

Neste serviço, o Estágio teve início no dia 6 de janeiro de 2020 com a duração de 4 semanas. Como era um estágio com curta duração, o objetivo principal foi a mobilização dos conhecimentos adquiridos para a prestação de cuidados ao doente crítico e o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC.

Iniciámos o estágio na UCIDEM num turno da tarde onde contactámos com a Enfermeira Responsável, e a Enfermeira Orientadora. Nesta situação e como já tínhamos alguma experiência profissional nesta UCI, não foi necessário a apresentação do serviço e de toda a sua dinâmica, mas aproveitamos para relembrar procedimentos e mobilizar os conhecimentos.

A metodologia de trabalho utilizada é a do enfermeiro responsável, mas num espírito de interajuda entre a equipa. Esta metodologia é caracterizada pela responsabilidade individual do enfermeiro nas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus doentes, refletindo-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência (Silva, 2017). O plano de distribuição dos doentes por enfermeiro é efetuado pelo Enfermeiro Responsável de turno, através do TISS-28 e de acordo com o enfermeiro responsável pelo doente.

A passagem de turno é concretizada na presença de toda a equipa de Enfermagem, possibilitando uma perspetiva global da situação clínica de cada doente, facilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem aos mesmos.

Durante o estágio, os doentes admitidos eram maioritariamente do foro médico-cirúrgico com grandes alterações hemodinâmicas. A admissão destes doentes é um processo planeado com a finalidade de estabilizar e manter as funções vitais do doente.

Ao sermos informados que iria dar entrada um doente, íamos preparar e verificar a unidade do doente. Quando não se conhecia a situação clínica, o ventilador era programado com parâmetros gerais, sendo mais tarde alterados pelo médico. À chegada o doente era monitorizado e se necessário colocava-se cateter central e linha arterial.

Durante o estágio fomos responsáveis pela monitorização do doente crítico, para o suporte e manutenção dos parâmetros vitais. Como enfermeiros é da nossa responsabilidade vigiar, prevenir, detetar essas alterações da estabilidade do doente, e comunicá-las ao médico de serviço, instituindo o mais precocemente possível, as medidas necessárias para a sua estabilização. Assim durante o estágio existiu um planeamento dos cuidados personalizados e a sua validação junto da enfermeira orientadora, assim como a vigilância contínua da monitorização electrocardiográfica e hemodinâmica, com o intuito de detetar situações precoces.

Recordamos concretamente um doente com hemorragia digestiva, com grande instabilidade hemodinâmica e com falência renal, sendo necessário recorrer às técnicas de substituição renal numa tentativa de melhorar o seu prognóstico.

Perante este caso mobilizámos os conhecimentos adquiridos com a nossa experiência profissional de diálise, com os adquiridos durante o mestrado e com os adquiridos anteriormente na UCI. Desde 2006 que prestamos cuidados diferenciados a insuficientes renais crónicos em programa de diálise. A dificuldade que encontramos foi a montagem da máquina de técnicas de substituição renal, mas com o apoio da enfermeira orientadora, foi facilmente ultrapassado. A técnica de substituição foi a hemodifusão veno-venosa contínua.

Aos doentes ventilados prestamos os cuidados para a manutenção da permeabilidade da via aérea e otimização do tubo endotraqueal, para uma boa adaptação ao ventilador.

Houve a oportunidade de ver o funcionamento do Volume View® com o Flo Trac® que nos permite uma vigilância hemodinâmica avançada.

Colhemos sangue das linhas arteriais para a realização de gasometrias, que nos ajudam a vigiar o estado hemodinâmico do doente.

Em serviços com tanta especificidade é necessário, a constante atualização de conhecimentos, para que os cuidados prestados sejam de qualidade.

### **2.2.2 – Elaboração das listas de conteúdo malas de transporte intra e inter-hospitalar**

No início do estágio na UCIDEM, a nossa enfermeira orientadora, solicitou a nossa colaboração para a elaboração de 2 malas de transporte: uma para o intra-hospitalar e outra para o inter-hospital. Aceitámos o desafio proposto e iniciamos uma revisão bibliográfica sobre o tema.

A SPCI afirma que o transporte do doente crítico comporta alguns riscos, mas justifica-se a sua execução entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de conceder um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado (SPCI, 2008). Também refere que para além de todo o equipamento necessário deverá existir uma mala de transporte para estas situações.

Teles *et al.* (2018) afirmam que o transporte de doentes críticos pode gerar instabilidade e grandes riscos para o doente e mencionam a necessidade da mala de transporte, apresentando uma lista do seu conteúdo.

Com base nestas noções elaborámos as listas com a carga necessária para a Mala de Transferência Inter-Hospitalar (SAV) (Apêndice XV) e para a Mala de Transferência Intra-Hospitalar (Apêndice XVI). Para este efeito também consultámos as listas de outros hospitais, com a devida adaptação à realidade da UCIDEM.

Elaboramos ainda o Procedimento de Qualidade: Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM (Apêndice XVII), com algumas ideias da enfermeira orientadora e com resultado da revisão bibliográfica.

Para garantir o bom funcionamento das malas foi adaptado o modelo 15.UGR.02 da instituição, para registo de abertura de malas (Apêndice XVIII e XIX).

Todo o material desenvolvido foi encaminhado para o director do serviço e com a enfermeira orientadora e no penúltimo dia de estágio reunimos para esclarecimento de dúvidas e pequenas alterações nas listas. Após as alterações, o diretor aprovou todo o material desenvolvido.

Com a realização destas atividades pensamos ter desenvolvido e adquirido as competências de enfermeiro especialista preconizadas que iremos analisar no próximo capítulo.

### **3 – ANÁLISE E REFLEXÃO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

Quando iniciamos o estágio, foi-nos proposto a elaboração de um projeto de aquisição e desenvolvimento de competências, pelo que este capítulo é dedicado à análise e reflexão das competências desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso, nomeadamente, as competências de Mestre, as competências comuns de Enfermeiro Especialista e as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

O Mestrado em Enfermagem com especialização em EMC-PSC contempla que o Enfermeiro adquira para além das competências comuns de especialista e específicas da PSC, as seguintes competências de mestre:

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 intersetoriais;
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 (A3ES, 2014).

### 3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Para a OE, “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem (2019a, 4755).”

A OE define competências comuns como :

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (2019b, 4745)”.

**Sendo estas divididas em quatro domínios:** Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria da Qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

#### **A-Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

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

**A2-Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;**

**Competência de Mestre 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.**

Como enfermeiros, a preocupação com a ética profissional e o respeito pelos direitos humanos inicia-se no curso base: a Licenciatura em Enfermagem.

Durante o Mestrado recordámos e consolidamos os conhecimentos na disciplina de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, que fortaleceu as nossas bases para uma prática profissional responsável.

Na nossa prática profissional somos confrontados com dilemas perante os quais temos de decidir, baseando-nos na ética profissional presente no Código Deontológico, com especial relevo os artigos referentes aos Princípios gerais da profissão, os Dos direitos à vida e à qualidade de vida, os Do dever de informação e o Do dever de sigilo (OE, 2015).

No decorrer do estágio, concebemos algumas reflexões sobre situações presenciadas e sobre situações hipotéticas, juntamente com a enfermeira orientadora. Lembramo-nos especificamente de uma situação, em que perante um doente em fase terminal (acamado há vários anos), ou como ouvimos recorrentemente “com muito mau prognóstico”, a médica assistente decidiu em conjunto com os filhos e equipa de enfermagem, por um tratamento paliativo de forma a avaliar a dor e a não prolongar o sofrimento. Na nossa opinião e perante a situação descrita seria uma decisão acertada, tendo em conta que se tomaram todas as medidas possíveis, foram auscultados os filhos, apesar de não existir uma opinião expressa do doente. Mas a nossa enfermeira orientadora apesar de concordar, pois o que iria ser feito era tendo em conta o que seria melhor para o doente, referiu que quando os médicos trocassem o turno, aquela decisão seria ignorada e se necessário iria iniciar antibiótico e outras medidas de suporte avançado. Ficámos indignados com essa premissa, que ocorre com mais frequência do que julgamos ser possível, e serviu para reflectirmos em conjunto sobre a obstinação terapêutica que presenciamos nos nossos dias. Como refere Gersávio, Ribeiro, Neto, Boechat & Cabral “a cada dia o progresso tecnocientífico tem facultado a obstinação terapêutica ou a distanásia – a tentativa de prolongamento da vida humana por um prazo cada vez maior, adotando-se meios ineficazes ou mesmo fúteis (2018:197)”. Lima (2020) reforça esta ideia quando afirma que a prática da obstinação terapêutica é rotineira, a morte tornou-se um desafio a ser vencido.

Em ambos os campos de estágio (SUMC e UCI), refletimos e ponderamos sobre as nossas ações, as nossas escolhas de opções de cuidados com base na ética e deontologia profissional, em conjunto com a enfermeira orientador e equipa de enfermagem. Estes momentos de reflexão fortalecem a equipa e servem para tirar dúvidas, com o objetivo de prestarmos sempre os melhores cuidados ao doente e família.

Outra grande questão debatida foi sobre os doentes inconscientes, fosse pela sua patologia ou por sedação, será que estamos a decidir realmente o que eles queriam, seria esta a sua vontade? Em situações de urgência/emergência torna-se difícil decidir, especialmente na ausência de familiares diretos para nos fornecer algumas pistas, e na falta do testamento vital, a nossa prática rege-se pelos princípios da beneficência e da não-maleficência.

Em forma de conclusão ao longo, deste estágio e do nosso percurso profissional procurámos sempre respeitar os direitos dos doentes, como é referido na declaração universal dos

direitos humanos, o Código Deontológico e a legislação em vigor, tendo por base os princípios já mencionados: beneficência e não-maleficência.

Perante o exposto, pensamos ter desenvolvido estas competências.

## **B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

**B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;**

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

**Competência de Mestre nº 5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais.**

O ingresso neste Mestrado permitiu-nos a aquisição e o desenvolvimento de ferramentas essenciais para alcançar estas competências, através da frequência da Unidade Curricular de EMC 5, onde aprendemos a elaborar um PIS segundo a Metodologia do Projeto.

Também o desenvolvimento e implementação do PIS com recurso à formação ministrada, possibilitou obter as capacitações destas competências, com a mobilização dos conhecimentos com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados.

No estágio tivemos conhecimento e contactamos com os diversos protocolos existentes em ambas as instituições onde o mesmo decorreu, estes permitem organizar o serviço e orientar o trabalho da equipa multidisciplinar. A consulta dos mesmos ajudou-nos a desenvolver a nossa prática e a fomentar conhecimentos.

Os protocolos surgem baseados nas boas práticas que criaram evidências, como é defendido por Larrabee (2011).

Também em ambos os serviços existem *Kits* preparados com diversas funcionalidades desde um *kit* de algáliação até para a colocação de cateteres venosos centrais, para serem utilizados em situações de emergência de forma a diminuir o tempo de resposta da equipa.

Na SUMC existem enfermeiros responsáveis por áreas, isto é, um elemento é responsável pela sala de emergência, outro pelo Carro de VNI, outro pelos Carros de Urgência. Todos estes fatores contribuem para a melhoria dos cuidados prestados.

Após o contato com os protocolos e procedimentos existentes na SUMC e reflexão com a enfermeira orientadora, pensamos que alguns podem ser transformados e adaptados à realidade e dimensão do serviço onde desempenhamos funções com a finalidade máxima de melhorar a qualidade dos cuidados.

Para se conseguir garantir a melhoria contínua da qualidade é necessário estarmos atualizados, sendo a formação contínua um meio para adquirir novos conhecimentos, fortalecer os existentes e a sua aplicação.

Após esta reflexão pensamos que foram atingidas as competências em questão.

### **B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro**

Para garantir um ambiente terapêutico e seguro a SUMC tenta envolver ao máximo a família, até mesmo para conhecer a ideologia religiosa ou questões culturais que possam direccionar o tratamento.

Como referimos anteriormente, na SUMC, existe o GIF, que coordena as informações e as visitas, que neste tipo de serviço são curtas, mas permitem algum contato e tirar algumas dúvidas.

Sempre que possível e aquando da admissão na sala de emergência ou sala aberta, é permitido uma curta visita a um familiar/cuidador, para dar e recolher alguma informação. Ao conversarmos com a enfermeira orientadora chegamos à conclusão que, desta forma, as famílias ficam com a noção de que se faz o possível para cuidar dos seus entes queridos e o próprio doente quando consciente fica mais calmo, o que auxilia a manter o ambiente terapêutico. As próprias passagens de turno contribuem para manter um ambiente seguro e terapêutico, além de permitirem dar continuidade aos cuidados prestados.

Na SUMC e atendendo à grande afluência de doentes, cada enfermeiro apenas recebe os doentes afetos à sua zona de distribuição; apenas no início do turno da manhã, todos se reúnem na sala de enfermagem com a enfermeira chefe ou o seu substituto para algumas informações/indicações em especial.

Após entrevista com o elemento responsável pela gestão de risco do serviço, criámos um cartão a incentivar ao registo de notificações no programa existentes: HER+ (Apêndice XX). Foi referido pelo elemento responsável pela gestão de risco que apesar de ter conhecimento de incidentes, quer clínicos ou não clínicos, existia pouca notificação por parte da equipa de enfermagem, não sabendo se por medo de represálias ou por desconhecimento do programa, uma vez que existe uma grande rotatividade na equipa. Colocámos de lado a hipótese de realizar uma formação, porque o plano de formação do serviço estava bastante preenchido, pelo que optámos por elaborar um cartão (tipo A5), onde se explica como notificar e que esta notificação pode ser anónima. Ao distribuir o cartão aproveitávamos para lembrar a importância da notificação. Para além de contribuir para alcançar esta competência, vai ao encontro do Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020, que com objectivo estratégico 8 pretende assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de Incidentes (MS, 2015a). Neste mesmo plano é pretendido o desenvolvimento de sistemas de notificação que “promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam ainda que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada (MS, 2015a:3882).”

Uma área fundamental no Controlo de infeção é a esterilização e para percebermos a sua dinâmica reunimos com a enfermeira chefe do serviço de esterilização. Nesta reunião ficamos a conhecer o circuito do material que se processa da seguinte forma:

- O material chega ao serviço em contentores que são identificados segundo o serviço de origem;
- Na zona de descontaminação onde existe uma pressão negativa, é lavado e posteriormente descontaminado;
- A seguir o material o material é inspeccionado, procurando-se defeitos, zonas de ferrugem, tudo o que possa impedir a esterilização e bom funcionamento do material. Nesta área a pressão é positiva;
- Depois de inspeccionado o material é embalado estando pronto para a esterilização:

- Após a esterilização é expedido para os serviços.

Antes da primeira carga no esterilizador é efetuado um teste biológico para garantir o sucesso do procedimento. Todos os procedimentos são registados e arquivados, existindo a possibilidade de rastrear o material e os dispositivos médicos.

Na UCI foi um serviço ao qual nos adaptamos bem, porque já o conhecíamos, uma vez que faz parte do nosso percurso profissional e tínhamos alguma segurança a realizar certos procedimentos. Ainda assim fizemos questão de consultar as normas e protocolos e de tirar dúvidas com a enfermeira orientadora e recorrendo à pesquisa bibliográfica.

Atualmente as práticas e procedimentos de saúde devem basear-se na melhor evidência disponível sendo esta premissa enfatizada no meio académico. A PBE surge como um movimento para o uso ciente de pesquisas científicas na tomada de decisão clínica (Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017)

Com esta análise, podemos concluir que estas competências foram alcançadas na sua totalidade.

## **C – Domínio da Gestão de Cuidados**

**C1 – Gere cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde**

**C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**

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

No decorrer do 1º semestre do Mestrado em associação, as Unidades Curriculares Gestão em Saúde e Governação Clínica e a de Políticas e Modelos de Cuidados em Saúde, forneceram algum do suporte teórico para este domínio.

Na SUMC, para além da enfermeira chefe, existem 2 enfermeiros responsáveis, ambos detentores da especialidade Médico-Cirúrgica, que a auxiliam na gestão do serviço.

Durante este estágio conseguimos acompanhar 1 enfermeiro responsável durante 1 dia e verificámos que articulados entre eles, fazem o pedido de material clínico e não clínico, elaboram a distribuição diário e por turnos dos enfermeiros e assistentes técnicos e o horário mensal.

Na distribuição diária por turno, existe um enfermeiro que fica com o cargo de coordenação das ocorrências do serviço: saber quantas vagas existem e onde, transferências planeadas intra e inter-hospitalar, faltas de medicação e gestão da equipe presente no turno. Nessa distribuição é logo identificado o elemento responsável pelas transferências inter-hospitalares. A distribuição é realizada de acordo com as competências de cada elemento, por exemplo, quem não possui o curso de triagem ministrado pelo Grupo Português de Triagem não pode ser colocado nos postos de triagem.

Como refere Fradique & Mendes (2013: 45), “as chefias/lideranças dos vários serviços têm o desafio de gerir e coordenar as capacidades e os conhecimentos de todos os colaboradores de modo a que sejam alcançados os objectivos estabelecidos para os respectivos serviços,…”.

Como a nossa orientadora era chefe de equipa, ficou vários turnos com a função de coordenação, tivemos assim a oportunidade de auxiliar e participar nalgumas ocorrências. Numa delas havia um transporte programado para o turno da manhã de um doente crítico mas pertencente à Cardiologia. Só se encontrava na sala aberta por falta de vaga, mas sabendo que a própria Cardiologia tem 1 enfermeiro destinado para o transporte inter-hospitalar de doentes, o serviço foi contactado e perante a nossa argumentação, o transporte inter-hospitalar ficou a cargo desse elemento.

Com a operacionalização da VVS também adequamos a resposta e os recursos existentes na SUMC.

Assim podemos afirmar que as competências acima mencionadas foram alcançadas na sua totalidade.

## **D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

### **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**

**Competência de Mestre 4 - Realiza desenvolvimento autônomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;**

Como se encontra patente no regulamento nº140 de 2019, a capacidade de autoconhecimento é central na prática de enfermagem uma vez que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019a).

Não nos podemos esquecer que apesar de sermos enfermeiros, somos seres humanos com uma individualidade própria, com crenças e valores que moldam a nossa prática, a nossa forma de cuidar. Enquanto enfermeiros temos que nos conhecer e saber o que podemos utilizar na nossa prática e o que pode ser prejudicial, perante situações difíceis é necessário o nosso auto conhecimento e a assertividade. Como refere Veloso (2016), a assertividade é a capacidade para lidar com situações interpessoais difíceis com recurso a comportamentos que respeitam os valores e direitos próprios e os demais. Esta capacidade pode ser desenvolvida através de uma PBE, procurando a melhor evidência disponível e posteriormente saber aplicá-la, como defende Larrabee.

Perante algumas situações temos que gerir os nossos sentimentos e emoções e saber trabalhar sob a pressão constante que existe num serviço de urgência. Refletimos em conjunto com a equipe de enfermagem sobre situações que envolvem emoções fortes, como a violência doméstica. É uma situação amplamente falada e difunda, mas possui uma grande envolvimento emocional quando se apresenta. Aqui neste relatório, não iremos aprofundar o tema uma vez que será trabalhado por outro colega do Mestrado.

**D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica**

**Competência de Mestre 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

**Competência de Mestre 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.**

Esta caminhada iniciou-se devido ao nosso gosto de aprender e querer saber mais, de forma a podermos justificar as nossas escolhas na prática profissional, sempre baseadas em evidências científica.

O 1º ano do Mestrado forneceu-nos algumas bases para o Estágio Final e para o nosso dia-a-dia enquanto enfermeiros. Com a Unidade Curricular Investigação em Enfermagem aprendemos a pesquisar e analisar as últimas evidências, de forma a aplicá-las na prática sabendo o porquê da sua aplicação. Na Unidade Curricular Formação e Supervisão em Enfermagem, aprendemos a realizar um plano de formação. Também durante o estágio com a realização da *Scoping Review* estas competências foram reforçadas e obtivemos as melhores estratégias para que o desenvolvimento do nosso PIS fosse bem-sucedido. Com sua realização foi elaborado um artigo científico que era um dos critérios de avaliação do Estágio Final. A sua redação contribuiu para incrementar o conhecimento sobre a Sepsis pelo mundo e a utilidade do uso de protocolos e da aplicação de *Bundles*.

**Para complementar o trabalho desenvolvido, recorreremos à pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas, fidedignas e atualizadas para a elaboração do PIS. Foi no decorrer desta caminhada que aprendemos a trabalhar e a pesquisar nestas bases, permitindo-nos desenvolver competências nesta área.**

Também no Código Deontológico, existe a preocupação com a actualização dos conhecimentos, estando obrigados enquanto membros da OE a “ Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (OE, 2015: 8078).” Silva, Finamore, Silva & Barbosa (2015) reforçam esta ideia quando afirmam que a educação permanente é um processo que se desenvolve a partir das demandas da prática profissional e deve ser realizada na própria instituição levando à reflexão e à procura da melhoria profissional, pessoal e no cuidado.

Enquanto alunos, fomos questionados e levados a refletir sobre as nossas acções perante as enfermeiras orientadoras, e por vezes pela equipa multidisciplinar. Como tentamos sempre utilizar uma prática baseada na evidência, as nossas análises foram sempre bem-sucedidas.

Durante o Estágio Final frequentamos as seguintes formações:

- 1º Encontro Nacional SIV “Da necessidade à realidade”, realizada a 16 de outubro (Anexo II);

- VNI, no âmbito da formação em serviço a 24 de outubro de 2019, na SUMC, onde foi abordado quais as suas indicações, tipo de material e principais causas da não adesão (como alunos, o serviço de formação, não foi possível obter certificado);
- Curso de Transporte de Doente Crítico, que decorreu a 2 de novembro de 2019, inserido no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva (Anexo III );
- 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, realizado a 23 de novembro de 2019 (Anexo IV);
- A comunicação com o doente ventilado, realizada na UCIDEM a 17 de janeiro de 2020;
- Extubação Oro-traqueal, realizada na UCIDEM a 29 janeiro de 2020.

Em virtude de tudo o que foi escrito e analisado anteriormente, podemos afirmar que conseguimos atingir em pleno as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências de mestre. A própria elaboração do PIS contribuiu para que todas estas competências fossem desenvolvidas e atingidas.

### 3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

“ Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018: 19362).”

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

Todas as Unidades Curriculares do 1ºano contribuíram para o desenvolvimento desta competência, mas temos de salientar a EMC2 e a Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em

Enfermagem Especializada que lembraram conceitos fundamentais para uma prática de qualidade e os aprofundaram.

Durante todo o Estágio Final (na SUMC e na UCI) estivemos perante doentes críticos e na maioria das vezes com falência orgânica.

Na SUMC, o responsável pela distribuição teve o cuidado de nos atribuir na maioria dos turnos, a sala de emergência e a zona laranja da sala aberta, para que houvesse a maior probabilidade de contatar com a prestação de cuidados aos doentes críticos.

Como já referenciado anteriormente neste relatório, na sala de emergência dão entrada doentes com as mais diversas patologias acompanhados de descompensações orgânicas graves desde referenciados para a VV AVC a vítimas de trauma, sendo da nossa competência a aplicação dos protocolos terapêuticos existentes, suportados pela nossa componente teórica. Tínhamos de saber o que fazer e o porquê de o fazer daquela forma.

Mas ao aplicarmos estes protocolos, tínhamos de antever as possíveis complicações e como as solucionar. Nos doentes provenientes da VV AVC e após resultado da TAC CE para excluir a hipótese de AVC hemorrágico, quando iniciávamos o protocolo da fibrinólise, a sua monitorização hemodinâmica era apertada, seguindo a Abordagem ABCDE, com especial atenção para os efeitos adversos e a resposta do doente.

Numa das situações de ativação da VV AVC, em que tivemos oportunidade de prestar cuidados, a um doente que se encontrava na sala de emergência a realizar a fibrinólise, sendo necessário uma vigilância/monitorização adequada, observamos a disartria e parésia a reverter. Posteriormente e como não tinha indicação para trombectomia, foi encaminhado para a UCI do Hospital para continuar com uma monitorização apertada.

Atendendo ao facto de que temos uma população, no geral, envelhecida, tivemos em certas ocasiões de adaptar a nossa linguagem para que a mensagem que queríamos transmitir fosse compreensível. Como profissionais de saúde temos de saber comunicar corretamente com o doente/família para que algumas expressões locais não conduzam a erros de interpretação que possam prejudicar os cuidados a prestar.

A sala de emergência costuma ser uma zona de passagem, mas por breve que seja, tínhamos de iniciar uma relação terapêutica ou de ajuda, para que o doente pudesse confiar em nós e nos transmitisse as informações preciosas que nos iriam ajudar a cuidá-lo. Para que não houvesse quebra desta confiança, ao ser transferido, era apresentado ao enfermeiro que iria ficar responsável pela continuação dos seus cuidados. A família, no meio desta azáfama não era esquecida, assim que fosse possível, era chamada para receber uma actualização do doente e informações sobre o serviço de transferência.

No caso de doentes inconscientes e sempre que necessário, um elemento ia recolher dados junto à família e quando a situação clínica do doente o permitisse, um familiar era encaminhado para a sala de emergência, para receber informações sobre o que tinha sido realizado e plano terapêutico para o futuro próximo. Ao envolvermos a família, pensamos que estamos a diminuir a ansiedade e os medos dela e do doente.

Na UCI, os doentes pelos quais ficámos responsáveis eram doentes com processos complexos de doença crítica, pelo que se encontravam ventilados, sedados e por vezes curarizados. Para lhe prestar os cuidados necessários e especializados, mobilizámos os nossos conhecimentos recém-adquiridos e os provenientes de experiências anteriores.

Recordamos um doente ventilado que apresentava uma grande instabilidade hemodinâmica e para além de se encontrar ventilado, sedado e curarizado, tinha 2 drenos torácicos em drenagem ativa. Quando se tentava reduzir o nível de curarização, a sua instabilidade piorava e seu *fácis* levava-nos a pensar que teria dor. Após conversarmos com a enfermeira orientadora, que concordou com a nossa avaliação, tentámos primeiramente uma medida não farmacológica para aliar a dor: os posicionamentos. Descobrimos o decúbito em que apresentava menos instabilidade hemodinâmica e sempre que possível era assim posicionado. Mais tarde, a opção foi recorrer às medidas farmacológicas. Apesar de se estar a diminuir a curarização e sedação, o estado de consciência do doente não permitia o uso de escalas e a UCI não possui um protocolo para controlo da Dor, mas segue as indicações emanadas pela DGS. “O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008:2).”

Nesta situação mencionada e como a família do doente era de longe, de forma a gerir a ansiedade e o medo, estávamos sempre disponíveis para conversar, tentar compreender os seus receios e dar algum apoio.

Em caso de óbito na SUMC, se estivesse presente um familiar/cuidador, com a finalidade de facilitar o processo de luto, era permitido a esse familiar/cuidador, o contacto com o corpo do doente. Enquanto enfermeiros sabemos que por vezes é necessário visualizar, contactar para assimilar a informação de que um ente querido faleceu.

Face a esta análise, pensamos que esta competência específica foi atingida na sua totalidade.

## **2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação**

Atualmente todas as unidades hospitalares estão obrigadas a possuir um plano de catástrofe. Durante o nosso estágio não houve necessidade de activação do plano de catástrofe do serviço. Consultamos o plano que se encontra disponível na intranet do Centro Hospitalar, assim como todos os protocolos e normas da instituição. O plano elaborado encontra-se de acordo com o que foi lecionado durante a parte teórico do Mestrado.

A Unidade Curricular de EMC3 forneceu-nos algumas bases importantes para a aquisição desta competência, nomeadamente sobre as situações de catástrofe, acidentes multi-vítimas.

Ao analisarmos o plano com a enfermeira orientadora, percebemos que o mesmo já foi activado num dos seus turnos e foi detectada uma falha que ainda não foi corrigida. Não sabemos porque ainda não foi corrigida a falha, nem a nossa enfermeira orientadora tinha uma explicação para esse facto.

Ocorreu um acidente rodoviário com o potencial de ser uma situação multi-vítimas, numa auto-estrada; como tal os hospitais mais próximos foram contactados e informados da situação e accionaram os seus planos de catástrofe. No SU onde estagiámos, ao colocarem o plano em marcha, logo numa fase inicial não conseguiam contactar a Ortopedia, especialidade que numa situação destas seria crucial para o melhor atendimento das possíveis vítimas.

Do acidente, tirando uma vítima mortal logo no local de ocorrência, não se verificou mais nenhuma com trauma físico.

Ao analisarmos esta situação como futuros enfermeiros especialistas é preocupante, que uma falha encontrada logo no início da activação do plano, ainda não tenha sido corrigida, uma vez que este acidente ocorreu em abril de 2018. Sugerimos que toda a equipa multidisciplinar fosse auscultada, para todos participarem e perceberem que se falhar uma parte do plano, tudo o que se segue se encontra comprometido.

É importante também referir que após a concepção e aprovação do plano de catástrofe, o serviço sofreu remodelações estruturais que podem condicionar a aplicação dos circuitos previamente definidos e de momento não estava prevista nenhuma revisão. A enfermeira orientadora entendeu e concordou com as nossas preocupações, que estas falhas podem acarretar consequências graves.

Em virtude deste hospital se situar perto de auto-estradas, linhas férreas e um grande rio, abordamos hipoteticamente os tipos de catástrofes que poderiam acontecer e que tipo de vítimas chegariam à urgência. Concluímos que o principal tipo de vítimas seriam de trauma originados por acidentes de viação e se por vezes vítimas de afogamento.

Face ao exposto, pensamos ter atingido esta competência, mesmo não tendo presenciado nenhum evento de catástrofe ou multi-vítimas, mas sentimo-nos mais despertas para estas situações e capazes de liderar processos deste género.

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

Como já foi referido, na intranet de ambos os locais de estágio, encontrámos vários documentos (desde protocolos, normas e formas de atuação) sobre a prevenção e controlo de infeção. A grande fonte desta informação é a DGS através do PPCIRA. Esta documentação foi analisada por diversas vezes, sempre que surgia alguma questão ou dúvida sobre como atuar perante certas situações.

Também a disciplina de EMC5, para além de fornecer as bases para a elaboração do PIS, consolidou conhecimentos sobre as IACS, Precauções Básicas de Proteção e controlo de infeção.

Durante o estágio observamos algumas práticas menos correctas e em conjunto com a enfermeira orientadora e o elo de ligação ao GCL-PPCIRA analisámos essas práticas. Detetamos lacunas na higienização das mãos por parte de toda a equipe multidisciplinar, **a colocação de doentes, a dificuldade em selecionar os EPI's** consoante a via de transmissão entre outros. Estas questões são consideradas preocupantes, quer pela enfermeira chefe, quer pelo elo de ligação ao GCL-PPCIRA, que estavam a tentar solucionar a situação para uma eficaz prevenção das IACS. A enfermeira orientadora compreendeu a pertinência da nossa análise crítica, considerando que são estes pequenos gestos que ajudam a prevenir infecções.

Para reforçar a ideia emitida pela DGS que “Medidas simples salvam vidas”, elaborámos um cartaz informativo sobre a **Higienização das Mãos** (Apêndice XXI), que é uma das precauções básicas do controlo de infeção. Esta atividade foi realizada em conjunto com as colegas que se encontravam a estagiar no mesmo serviço.

Reunimos com a enfermeira responsável pelo Controlo de infeção do hospital, que pertence ao GCL-PPCIRA, com a finalidade de conhecer os projectos desenvolvidos e atividades programadas. Foi com alguma consternação que soubemos que o grupo teve de abandonar algumas atividades e monitorizações por falta de recursos humanos.

Este GCL-PPCIRA, que opera em todo o centro hospitalar, é constituído por 1 coordenador (Patologista), 2 enfermeiras com horário completo, 1 enfermeira que mensalmente lhe são reservadas 10% das suas horas para o grupo, 1 médico de Medicina Interna, 1 cirurgião, 1 farmacêutica, 1 técnica auxiliar de diagnóstico e apoio de secretariado.

O trabalho do grupo assentava em 4 pilares fundamentais: Formação, Vigilância, Apoio aos serviços e Emissão das orientações.

O serviço foi destruído, com a saída de uma secretária. Mantém-se apenas com o apoio de serviço de secretariado, não tendo conseguido introduzir todos os dados recolhidos no ano de 2018. Tendo em conta este aspeto, a equipa optou no ano de 2019 por não realizar auditorias nos serviços, nem introduzir dados. Mantém-se no entanto a tentar dar resposta a alguns projectos, nomeadamente, a **vigilância epidemiológica da Infeção nosocomial da**

**corrente sanguínea**, sendo esta realizada a nível internacional e em Portugal orientada pela DGS para o estudo das prevalências e a **vigilância de microorganismos epidemiologicamente importantes** tais como *Mycobacterium tuberculosis*. Quando na vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea é detetado algum microorganismo, é criado um alerta no processo clínico electrónico visível para todos os profissionais para que possam adotar precauções para uma prática segura através da **adequada utilização de EPI's**. O apoio aos serviços é realizado de uma forma mais informal, sem muitos registos, o que na nossa opinião não valoriza em nada o trabalho desenvolvido.

Ainda nesta área do Controlo de Infeção deveria também ser efetuada uma avaliação de risco de infeção na admissão do doente.

O Controlo de Infeção é uma área basilar para a prestação de cuidados seguros, é importante que enquanto enfermeiros tenhamos conhecimentos atualizados.

Ao longo do longo estágio final e no nosso percurso profissional, cumprimos sempre todos os procedimentos e normas das instituições e da DGS com o intuito de prevenir as IACS

Após esta reflexão julgamos ter atingido esta competência na sua totalidade.

### **Competência de Mestre 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade**

Todas as atividades desenvolvidas durante o Mestrado e reportadas neste relatório correspondem à presente competência, pelo que a podemos considerar atingida.

#### 4 – CONCLUSÃO

Para o culminar desta etapa torna-se imperioso efetuar uma sinopse das principais ideias e dos resultados alcançados, com o objetivo de perspetivar novos desafios.

Como enfermeiros temos a responsabilidade e o dever de proporcionar cuidados de saúde de qualidade, tendo que para esse fim atualizar conhecimentos, procurando as melhores evidências científicas e saber aplicá-las. O presente Mestrado munuiu-nos de ferramentas essenciais para o nosso percurso profissional, mas sabemos que não podemos parar a nossa formação, porque a nossa prática deve ser baseada em evidências e sendo necessário investigar, pesquisar e analisar.

Pensamos ter atingido os objetivos traçados inicialmente para este trabalho. O enquadramento concetual iniciou-se com a descrição do modelo teórico escolhido, a prática baseada em evidências, de June Larrabee, que atualmente é largamente reconhecido. Para a nossa prática profissional tentamos encontrar as melhores evidências de modo a prestar os melhores cuidados.

Sendo enfermeiros, queremos ter a qualidade presente na nossa prestação de cuidados, pelo que no presente trabalho relembámos algumas noções, não nos esquecendo dos padrões de qualidade da OE.

De seguida foi abordado **o tema da Sepsis e a importância do seu reconhecimento precoce para um início de tratamento atempado**. Vários autores mencionam a importância deste reconhecimento precoce, apesar de considerarem o conhecimento sobre a temática, fraco. Para culminar este achado, apontam a formação como principal estratégia e foi uma das estratégias escolhidas para nós para a realização do projeto de intervenção no serviço. Também recordámos algumas das principais atividades desenvolvidas durante o estágio, que nos permitiram o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC.

O projeto de intervenção no serviço foi baseado na metodologia do projeto e incidiu na implementação da VVS. Com a realização do diagnóstico da situação descobrimos a nossa problemática, a não ativação do protocolo Via Verde Sepsis e aplicamos as estratégias referenciadas nos estudos. O PIS teve como objetivo major melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Todo o percurso referenciado e a sua análise permitiram que adquiríssemos as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, assim como de mestre, destacando-se a competência comum do âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal nomeadamente “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019a: 4746).” A ética está presente em todos os aspectos da nossa prática profissional, em muitas ocasiões temos de reflectir e analisar qual a melhor solução para o dilema em questão, que pode até parecer simples, mas que levanta alguma discussão.

Nas competências específicas do enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica temos de salientar a primeira “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018: 19363).”

Relativamente às competências de Mestre remetemo-nos para a número 7, evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade; talvez porque seja uma síntese de todas.

Na nossa opinião, o presente trabalho pode enquadrar-se na área da satisfação do cliente, prevenção de complicações e na organização dos cuidados especializados, no que aos padrões de qualidade especializados diz respeito. Em relação às linhas de investigação do Mestrado em Enfermagem, assumimos o seu enquadramento na área da **segurança e qualidade de vida**.

**Uma das dificuldades sentida foi a falta de estudos realizados por enfermeiros sobre a temática**, sendo na sua maioria estudos baseados num modelo biomédico. Em Portugal os estudos são escassos, antigos e realizados por médicos. **Como futuros enfermeiros especialistas temos a responsabilidade de contribuir para inverter esta tendência.**

**O presente relatório é o culminar deste percurso. Consideramo-lo uma etapa importante para o nosso futuro, pelo que com as competências adquiridas pretendemos desenvolver projectos que permitam melhorar a qualidade dos cuidados no nosso local de trabalho.**

## BILIOGRAFIA

- Alcântara, M.R. (2011, maio-outubro). Teorias de Enfermagem: A importância para a implementação da sistematização da assistência de Enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente* 2, 115-132. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99>
- Almeida, A. P. S. R., Belchior, P. K., Lima, M. G. & Souza L. P. (2013, setembro-dezembro). Conhecimento do profissional enfermeiro a respeito da sepse. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 4 (4), 05-10. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20131102\\_1144092.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20131102_1144092.pdf)
- A3ES. (2014). NCE/14/01772 - Apresentação do pedido - Mestrado em Enfermagem (2º ciclo). Disponível em: [http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/\(id\)/3126/\(basenode\)/893](http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/(id)/3126/(basenode)/893)
- Antonelli, M. (2018, janeiro). *Overview of the Surviving Sepsis Campaign*. WHO Sepsis Technical Expert Meeting, Geneva, Suíça. Disponível em: [https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/sepsis\\_meeting-report-2018.pdf](https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/sepsis_meeting-report-2018.pdf)
- Arco, A.R., Arco, H.R., Lucindo, I.M.L. & Martins, M.O. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. (2ª versão). Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Assembleia da República (2014). Lei n.º15/2014 de 21 de março: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1ª série, nº57, 2127-2131.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5 (11), 121-136. Disponível em:

<http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-organizacionais/i/pt-br>

- Brissos, M. A. (2004, Janeiro-Junho). O planeamento no contexto de imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (1), 43-55.
- Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B., & Garcia, L. A. A. (2017). Modelos para a implementação da Prática Baseada em Evidências na Enfermagem Hospitalar: Revisão Narrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Carneiro, A.H., Andrade-Gomes, J. & Póvoa, P. (2016). Novidades na Sepsis com Implicações na Prática Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23 (1), 44-52. Disponível em: [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n1\\_2016\\_44\\_52.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_44_52.pdf)
- Danski, M.T.R., Oliveira, G.L.R., Pedrolo, E., Lind, J. & Johann, D.A. (2017, abril-junho). Importância da Prática Baseada em Evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16 (2), 1-6. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>
- Davis, K., Drey, N. & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud*, 46, 1386-1400. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>
- Dias, L.J. (2014). Sistemas de melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa N°11, Lisboa. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2010). *Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis*. Circular Normativa N° 1, Lisboa. Direção Geral da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-01dqsdcqco-de-06012010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Via Verde Sepsis no Adulto*. Circular Normativa Nº 10/2016, Lisboa. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Domenic, E. & Ide, C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 115-118. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100017>

Instituto do Emprego e Formação Profissional [IEFP] (s.d.). Métodos Pedagógicos. Disponível em: [https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/48095/mod\\_resource/content/0/2\\_Metodos\\_Pedagogicos.pdf](https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/48095/mod_resource/content/0/2_Metodos_Pedagogicos.pdf)

Fawcett, J. (2005, outubro). Middle Range Nursing Theories are necessary for the advancement of the discipline. *Revista Aquichan*, 5 (1), 32-43. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/57/119>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fradique, M.J & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, serIII* (10), 45-53. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>

Gervásio, R.D., Ribeiro, R.P., Neto, A.G., Boechat, I.T.& Cabral, H.L.T.B.(2018, janeiro/julho). A obstinação terapêutica e o prolongamento da vida para além da dor. *Revista Transformar*, 12 (1), 197-215. Disponível em: [www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/160/130](http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/160/130)

Gonçalves-Pereira, J., Pereira, J. M., Ribeiro, O., Baptista, J. P., Froes, F. & Paiva, J. A. (2014). Impact of infection on admission and of the process of care on mortality of patients admitted to the Intensive Care Unit: the INFAUCI study. *Clinical Microbiology and Infection*, 20 (12), 1308-1315. Doi: <https://dx.doi.org/10.1111/1469-0691.12738>

- Goulart L. S., Ferreira, J. M. A., Sarti, E. C. F. B., Sousa, A. F. L., Ferreira A. M. & Frota, O. P. (2019, agosto). Os enfermeiros estão atualizados para o manejo adequado do paciente com sepse?. *Esc. Anna Nery*, 23 (4). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0013>.
- Harley, A., Johnston, A. N. B., Denny, K. J., Keijzers, G., Crilly, J., & Massey, D. (2016, junho). Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study. *International. Emergency Nursing*, 43, 106–112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.005>
- van den Hengel, L. C., Visseren, T., Rood, P. P. M., Schuit, S. C. E., & Meima-Cramer, P. E.. (2016). Knowledge about systemic inflammatory response syndrome and sepsis: a survey among Dutch emergency department nurses. *International Journal of Emergency Medicine*, 9 (1). <https://doi.org/10.1186/s12245-016-0119-2>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017, maio). Causas de Morte 2015. *Destaque: informação à comunicação social*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=281091494&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=281091494&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K.E., Light, B., Parrillo, J.E., Sharma, S., ... Cheang, M. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med*. 34(6), 1589-1596. doi: <https://dx.doi.10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9>
- Larrabee, J. (2011). *Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Brasil: McGraw Hill.
- Levy, M. M., Evans, L.E. & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Critical Care Med*, 44, 925-928. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
- Lima, M.A. (2020). *Bioética de intervenção e cuidados paliativos: a libertação como ferramenta moral*. (Tese de Mestrado em Bioética). Universidade de Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Brasil.
- Melech C. S. & Paganini M. C. (2016). Avaliação do conhecimento de médicos e equipe de enfermagem nas ocorrências de sepse. *Revista Médica da UFPR*, 3 (3), 127-132. doi: <https://dx.doi.org/10.5380/rmu.v3i3.47544>

- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Merino, M.F.G.L., Silva, P.L.A.R., Carvalho, M.D.B., Pelloso, S.M., Baldissera, V.D.A. & Higarashi, I.H. (2018). Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Revista Rene*. 19, 1-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>
- Metelman, C., Metelmann, B., Scheer, C., Henkel, B., Hahnenkamp, K. & Brinkrolf, P. (2018, maio). Sepsis erkennen in Rettungsdienst: Ergebnisse einer interprofessionellen Befragung zur präklinischen und frühen innerklinischen Sepsiserkennung. *Der Anaesthesist*. 67. Doi: <https://doi.org/10.1007/s001-018-0456-z>
- Ministério da Saúde [MS] (2014). Despacho nº10319 de 11 de agosto. *Diário da República*, 2ª série, nº 153, 20673-20678.
- Ministério da Saúde [MS] (2015a). Despacho nº 140 de 10 de fevereiro: Plano Nacional a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, nº 28, 3882 (2)-3882(10).
- Ministério da Saúde [MS] (2015b). Despacho nº5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, nº102, 13550-13553.
- Moreira, L.A.B., Dias, D.S. & Fernandes, P.K.R.S. (2017). *Aplicabilidade das Teorias de Enfermagem na Assistência de Enfermagem*. V Encontro de Monitoria e Iniciação Científica: Processo de Cuidar. FAMETRO, Fortaleza, Brasil. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-53ace053f9e3592e9ec36fa51d8f2b6a2d495e04-arquivo.pdf>
- Nucera, G., Esposito, A., Tagliani, N., Baticos, C. J. & Marino, P. (2018, março). Physicians' and nurses' knowledge and attitudes in management of sepsis: An Italian study. *Journal of Health and Social Sciences*, 3 (1), 13–26. Doi: <https://doi.org/10.19204/2018/phys2>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Conselho de En-

fermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Lei nº156/2015 de 16 de Setembro: Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 181. 8059-8105.

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

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº429 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º135, 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019a). Regulamento nº140 de 6 de Fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º26, 4755-4750.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019b). Regulamento nº743 de 25 de setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, n.º184, 128-155.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2017). *Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis*. Relatório da Secretaria. Organização Mundial de Saúde.

Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M., & Crozeta, K. (2009). A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14 (4), 760-763. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>

Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini-Soares, C., Khalil, H. & Parker, D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Insti-*

- tute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Póvoa, P. R., Carneiro, A. H., Ribeiro, O. S. & Pereira, A. C. (2009). Influence of vasopressor agente in septic shock mortality. Results from Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACiUCI). *Critical Care Medicine*, 37(2), 410-416. Doi: <https://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181958b1c>
- Reinhart, K. (2018, janeiro). *Overview of the work of the Global Sepsis Alliance*. WHO Sepsis Technical Expert Meeting, Geneva, Suíça. Disponível em: [https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/sepsis\\_meeting-report-2018.pdf](https://www.who.int/service-delivery/safety/areas/sepsis_meeting-report-2018.pdf)
- Rhodes, A. (Res.) (março, 2017). Campanha Sobrevivendo à Sepse: Diretrizes internacionais para a gestão de sepse e choque séptico:2016. *Critical Care Medicine*, 45(3), 486-556. Disponível em <http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SurvivingSepsisCampaignInternationalPortuguese2018.pdf>
- Reyes, S.S.M., Parellada, B.J., García, V.M.E. & Martínez, V.N. (2015). Aplicación del sistema pronóstico TISS-28 en salas de atención al grave. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 14(1), 53-66. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2015/cie151g.pdf>
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Santos, M.C. & Fernandes, M.E.B.A. (2015). A Ferramenta Análise SWOT no processo de formulação das ações estratégicas nas pequenas empresas. Um estudo de caso na empresa empreiteira Magnu JD São Paulo Ltda. *Revista FATEC*, 2 (2), 111-126. Disponível em <http://revista.fatecsebrae.edu.br/index.php/em-debate/article/view/19/20>
- Surviving Sepsis Campaign [SSC]. (s.d.). History. *In Surviving Sepsis Campaign*. Disponível em: <https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/About-SSC/History>

- Silva, M.T.M.C. (2017). *Método de Trabalho por Enfermeiro Responsável- melhoria da Qualidade* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
- Silva, R.C., Finamore, E.C., Silva, E.P. & Barbosa, V.J. (2015, Julho-dezembro). O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. *Percurso Académico*. 4 (10), 417- 430. doi: <https://doi.org/10.5752/P.2236-0603.2015v0n0p417-430>
- Silva, T. T. S. C., Rodrigues, J. L. N., Amaral, G. P. & Júnior, A. A. P. J. (2017). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre sepse - estudo em um hospital universitário de Fortaleza/Ceará. *Revista de Medicina da UFC*, 57 (3), 24-29. Doi: <https://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n3p24-29>.
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M. & Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de pacientes críticos: recomendações 2008*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Antunes, A. V. (2017, novembro). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 17-16. Disponível em: [https://repositorio-ciencia.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa\\_RIE21\\_17-26.pdf](https://repositorio-ciencia.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf)
- Storozuk, S. A., MacLeod, M. L. P., Freeman, S. & Banner, D. (2019). A survey of sepsis knowledge among Canadian emergency department registered nurses. *Australasian Emergency Care*, 22, 119-125. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.01.007>
- Teles, M.A., Neto, J.S., Puster, R.A., Beltrão, B.A., Araújo, V.N., Farias, J.L.M.,... Junior, A.A.P. (2018). Protocolo para transporte intra-hospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Revista Medicina UFC*, 58(4), 83-89. doi: <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2018v58n4p83-89>

- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: (modelos e teorias de enfermagem). (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Universidade de Évora (2016). Aviso nº 5622/2016 de 2 de maio. *Diário da República*, 2ª série, nº84, 13881-13888.
- Veloso, C.L. (2016). *Desenvolvimento de um procedimento para avaliação da assertividade no contexto de trabalho* (Tese de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª edição). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

**APÊNDICES**

Apêndice I – Projeto de Estágio

Projeto de Estágio Final		
Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p><b>Prestar cuidados à PSC respeitando os direitos humanos de acordo com o Código Deontológico legislação em vigor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentar as intervenções e decisões clínicas nos princípios éticos e deontológicos;</li> <li>- Incentivar a discussão de casos práticos na vertente ética e deontológica no seio da equipa nas reuniões de serviço ou passagem de turno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;</li> <li>- Mobilização dos conhecimentos adquiridos no 1ºano em especial na disciplina de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem;</li> <li>- Identificação de potenciais dilemas éticos no SU, colaborando na sua resolução em conjunto com a equipa;</li> <li>- Reflexão em equipa sobre situações/decisões que exigem uma elevada avaliação ética e clínica;</li> <li>- Análise de um caso.</li> </ul>
<p><b>Desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar um projeto sobre a temática “Via verde: Sepsis”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, fazendo o levantamento dos projetos de melhoria contínua do serviço;</li> <li>- Identificação de áreas passíveis de serem melhoradas;</li> <li>- Participar nas atividades de melhoria da qualidade propostas à equipa;</li> <li>- Reflexão com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora sobre estratégias a adotar para que o ambiente da prestação de cuidados seja o mais seguro possível;</li> <li>- Promoção de um ambiente de segurança e proteção quer para os profissionais de saúde quer para o utente/família.</li> </ul>
<p><b>Analisar com a enfermeira chefe o estilo de gestão adotado no SU</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflectir sobre o estilo de gestão adotado no serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora de modo a conhecer a equipa e a organização dos cuidados adotada;</li> <li>- Observação do estilo de liderança adotado pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora, enquanto chefe de equipa e elemento da equipa de gestão do SU;</li> <li>- Identificação das principais dificuldades associadas ao processo de</li> </ul>

## Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade

	<ul style="list-style-type: none"><li>gestão do SU, das tarefas delegadas e da prestação de cuidados;</li><li>- Análise das estratégias implementadas, pela enfermeira chefe e pela enfermeira orientadora, para suplantar as dificuldades identificadas;</li><li>- Colaboração com a enfermeira chefe do SU na realização de actividades inerentes à gestão do serviço;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolver o auto conhecimento durante o Ensino Clínico, através da prática baseada na evidência;</li><li>- Conhecer o funcionamento/projetos do Gabinete de Gestão de Risco e do GCL-PPCIRA</li></ul> <p style="text-align: center;">▪</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reunião com o responsável do Gabinete de Gestão de Risco;</li><li>- Reunião com o responsável do GCL-PPCIRA;</li><li>- Elaboração de um artigo científico;</li><li>- Identificação das dificuldades profissionais e pessoais;</li><li>- Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora sobre o desempenho ao longo do Ensino Clínico.</li></ul>
<p><b>Desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e / ou falência orgânica</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Prestar cuidados à PSC segundo a prática baseada na evidência</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Integração na equipa multidisciplinar e serviço, conhecendo a sua estrutura, funcionamento e organização;</li><li>- Conhecimento do circuito do utente no SU e da sua articulação com outros serviços;</li><li>- Mobilização dos conhecimentos adquiridos para a prática clínica;</li><li>- Aplicação dos protocolos existentes no Serviço de Urgência;</li><li>- Identificação de prioridades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com o intento de prevenir riscos e complicações;</li><li>- Vigilância e monitorização do doente crítico com recurso à interpretação de ECD's e conhecimento de parâmetros vitais expectáveis, de modo a identificar focos de instabilidade para uma rápida intervenção;</li><li>- Cooperação e/ou realização nos procedimentos específicos, com o apoio da equipe;</li><li>- Gestão da dor na pessoa em situação crítica, de forma a promover o bem-estar físico, psíquico e espiritual, com base na visão holística da pessoa;</li><li>- Estabelecimento de uma relação terapêutica com o intuito de promover a partilha de sentimentos e emoções por parte do</li></ul>

## Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade

		<p>doente/família em situação crítica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão da comunicação com o doente/família em situação crítica, com recurso a técnicas de comunicação adaptadas à situação clínica;</li> <li>- Avaliação das intervenções executadas e sua discussão no seio da equipa.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a reflexão sobre o plano de catástrofe</li> <li>- Promover a reflexão sobre o plano de emergência interno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento do plano de catástrofe do CHMT;</li> <li>- Conhecimento plano de emergência interno do SU;</li> <li>- Reunião com o gestor de risco;</li> <li>- Refletir em conjunto com a enfermeira orientadora sobre os planos do serviço</li> </ul>
<p><b>Colaborar na intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e /ou falência multiorgânica de acordo com as boas práticas definidas pelo Plano Nacional de Controlo de Infeção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com a enfermeira chefe e o elo de ligação do PPCIRA, para identificar áreas passíveis de serem melhoradas;</li> <li>- Conhecimento dos projectos e protocolos institucionais, com aplicação prática no SU, no âmbito da prevenção e controlo de infeção;</li> <li>- Supervisionamento em conjunto com a enfermeira chefe e o elo a aplicação dos protocolos existentes;</li> <li>- Identificação de lacunas de formação sobre esta temática;</li> <li>- Adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;</li> <li>- Monitorização e avaliação das medidas adotadas juntamente com o elo de ligação ao GCL-PPCIRA</li> </ul>

**Apêndice II – Carta para Exmo senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar**

Exmo senhor Presidente do  
Conselho de Administração do CM

Assunto: Pedido de apreciação e parecer para desenvolvimento de um projeto de intervenção no âmbito do estágio do curso de Mestrado em Enfermagem; e utilização de diferentes instrumentos de colheita de dados (entrevista semi-estruturada e consulta de dados da instituição)

Eu, Marta Cristina dos Prazeres Ferreira, estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em situação Crítica, encontro-me a desenvolver o estágio final, que se iniciou a 16 de Setembro e terminará a 20 de Dezembro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sob a orientação da Enfermeira Especialista Élia Chambel e da Professora Doutora Alice Ruivo.

O presente estágio prevê a realização de um projeto de intervenção, cujo objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Após uma entrevista exploratória com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, foi focada a necessidade de intervir na área da implementação do Protocolo Via Verde Sepsis.

Pretendemos assim as devidas autorizações, nomeadamente para:

- Realizar entrevista semi-estruturada aos chefes de equipa com o intuito de afunilar o diagnóstico da situação e aprimorar esta intervenção (apêndice);
- Consultar dados institucionais (número de admissões de doentes na urgência e número de ativações das vias verdes sem recurso a dados clínicos de doentes), para apoiar a fundamentação desta necessidade de intervenção;
- Realizar formação aos profissionais para o desenvolvimento da temática (caso seja necessário).

Comprometo-me a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, informando os enfermeiros envolvidos desta condição, bem como na realização/divulgação do projeto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo. Comprometo-me ainda a cumprir as condições previstas na Declaração de Helsínquia.

Encontro-me disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Atenciosamente

Marta Cristina dos Prazeres Ferreira

Cédula Profissional nº

Email:

Tlm:

Apêndice III – **Questões da Entrevista Semi-estruturada**

Esta entrevista surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em situação Crítica com o desígnio de auxiliar no diagnóstico de situação na área da implementação do Protocolo Via Verde Sépsis. As questões serão efetuadas aos chefes de equipa enquanto representantes da mesma. Toda a informação recolhida é confidencial e anónima.

### **Questões para a entrevista semi-estruturada**

- 1- A sua equipa conhece o protocolo da Via Verde Sépsis? Se sim como decorreu esse conhecimento (consulta, feita apresentação)?
  
- 2- A equipa considera importante a via verde para aumentar a qualidade dos cuidados dos prestados?
  
- 3- Foi ministrada formação sobre a sua aplicabilidade?
  
- 4- Na sua opinião quais são os factores que contribuem para o mesmo não ser activado. E o que pensa de como os podemos minorar (formação, apresentação do protocolo)?
  
- 5- Neste tema, existe algum aspecto que pensa ser facilitador da implementação desta Via Verde?

Apêndice IV – **Resumo das Entrevistas aos chefes de equipa**

	1- A sua equipa conhece o protocolo da Via Verde Sepsis? Se sim como decorreu esse conhecimento (consulta, feita apresentação)?	2- A equipa considera importante a via verde para aumentar a qualidade dos cuidados prestados?	3-Foi ministrada formação sobre a sua aplicabilidade?	4-Na sua opinião quais são os factores que contribuem para o mesmo não ser activado. E o que pensa de como os podemos minorar (formação, apresentação do protocolo)?	5-Neste tema, existe algum aspecto que pensa ser facilitador da implementação desta Via Verde?
Chefe de Equipa 1	Alguns elementos sabem que existe. Alguns através da intranet, outros tiveram formação.	Nem todos reconhecem a sua importância.	Nem todos fizeram formação, as equipas têm sido muito fluctuantes	Os critérios são complexos e a equipa em geral criou alguma resistência. Quando surgiu, ainda se ativou algumas vezes o protocolo.	Se fosse realizada uma maior divulgação do mesmo e se houvesse algo que lembrasse a equipa da importância da sua activação.
Chefe de Equipa 2	Não, alguns elementos não conhecem. A equipa é jovem e não conhece o protocolo e como não tem sido utilizado, acabam por não entrar em contato com o mesmo.	A maior não conhece o protocolo e por esse motivo não reconhece a importância do mesmo.	Houve uma formação geral ao nível do CH logo no início e desde essa altura não houve mais nenhuma acção de sensibilização	Os critérios são muito amplos, por exemplo uma simples com odinofagia com febre ativa a via verde. Melhor divulgação, formação.	Se a equipa reconhecer a importância de uma rápida atuação nos casos suspeitos. Se o protocolo for divulgado na equipe também será um elemento facilitador.
Chefe de Equipa 3	Nem todos os elementos da equipa conhecem o protocolo.	Penso que não, como muitos elementos não o conhecem.	Houve formação a um nível geral do CH, mas no serviço não.	A equipa não vê a sua utilidade. Os critérios de activação são amplos. Falta de formação Atraso da triagem devido à sua activação	Via Verde? Melhor divulgação e formação. Reconhecimento da sua importância da sua aplicação
Chefe de Equipa 4	Nem todos os elementos da equipa conhecem.	Não reconhece uma vez que não há divulgação	Houve, mas foi de curta duração	Por não haver formação e não ser conhecido A equipa médica tam-	Mais formação e divulgação Revisão do protocolo

## Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade

<b>Chefe de Equipa 5</b>				bém não ajudou na sua implementação Aumento do volume de trabalho devido à transformação das outras 2 UMC do CH em SUB's.	Auditorias
	Nem todos conhecem, a equipa é jovem e tem existido grande rotatividade	Como a maioria não conhece o protocolo não conseguem reconhecer a sua importância	Quando saiu a primeira versão sim, mas de uma forma geral para todo o CH	Os critérios de activação são muito amplos. Como não é um protocolo muito conhecido, facilmente se esquecemos dos seus critérios. Aumenta o tempo de triagem.	Penso que passa essencialmente pela divulgação/formação Se houvesse algo, tipo uma cábula na sala de triagem, para nos recordar seria uma ajuda.

**Apêndice V – Cronograma de Atividades**

Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade

Atividades a desenvolver	setembro	outubro	novembro				dezembro				janeiro		julho
			1ºs	2ºs	3ºs	4ºs	1ºs	2ºs	3º	4ºs	1ºs	2ºs	
Pesquisa Bibliográfica													
Realização da Revisão Integrativa da Literatura													
Visita a SUMC com protocolo implementado													
Preparação da Formação													
Reformulação da folha de activação da VVS													
Atualização do Protocolo Via Verde Sepsis													
Elaboração do Poster Informativo													
Afixação do Poster Informativo													
Realização da Ação da Formação e sua Avaliação													
Avaliação Final													

Apêndice VI – **Planeamento do Projecto**

## Protocolo Via Verde Sepsis – Uma Prática de Qualidade

Objetivos Específicos	Atividades / Estratégias a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
<b>Elaborar uma <i>Scoping Review</i> sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos Serviços de Urgência e UCI's para melhoram o conhecimento sobre a Sepsis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição da pergunta de partida;</li> <li>▪ Pesquisa nas bases de dados indexadas à B-on;</li> <li>▪ Seleção dos artigos;</li> <li>▪ Análise Crítica dos resultados obtidos;</li> <li>▪ Elaboração de um artigo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dinamizador do projeto</li> <li>. Professora orientadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Papel</li> <li>. Suporte Informático</li> </ul>	Entrega do artigo
<b>Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, para reforçar os conhecimentos;</li> <li>▪ Agendamento de sessões de formação para todos os enfermeiros da SUMC, especialmente para os que têm a formação de Triage de Manchester e a realizam;</li> <li>▪ Reunião com a Enfermeira Chefe e com a Diretora do Serviço de forma a dar conhecimento do conteúdo da formação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dinamizador do projeto</li> <li>. Enfermeira orientadora</li> <li>. Professora orientadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Suporte Informático (PowerPoint).</li> <li>Papel (cartões sobre a sepsis)</li> </ul>	Atingir uma taxa de adesão à formação de 1/3 dos enfermeiros que realizam triagem
<b>Elaborar um poster informativo sobre a Via Verde Sepsis para a sala de triagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de pesquisa bibliográfica, de forma a utilizar as últimas evidências na elaboração do poster;</li> <li>▪ Elaboração do poster com os critérios de ativação;</li> <li>▪ Apresentação do poster à equipe de enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dinamizador do projeto</li> <li>. Enfermeira orientadora</li> <li>. Professora orientadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Papel</li> <li>. Suporte Informático</li> </ul>	Afixação do poster na sala de triagem

## Protocolo Via Verde Sépsis – Uma Prática de Qualidade

<b>Atualizar o protocolo da Via Verde Sépsis segundo o Bundle da 1ª hora e atuais diretrizes internacionais:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Realização de pesquisa bibliográfica, de forma a utilizar as últimas evidências na atualização do protocolo;</li><li>▪ Atualização do protocolo com a bundle da 1ª hora;</li><li>▪ Reunião com a Enfermeira Chefe e com a Diretora do Serviço de forma a dar conhecimento do conteúdo da atualização do protocolo e debater ideias.</li><li>▪ Apresentação do protocolo à equipa, através das passagens de turno e por email.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Dinamizador do projeto</li><li>. Enfermeira Chefe</li><li>. Diretora do serviço</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>. Papel</li><li>. Suporte In-formático (PDF)</li></ul>	Entrega do protocolo à Enfermeira chefe e Diretora do serviço
--	---	---	--	---

Apêndice VII – **Resumo e Abstract da *Scoping Review***

## RESUMO

**Contexto:** A Sepsis foi declarada prioridade global pela OMS, pela sua incidência. Os enfermeiros devem ter conhecimentos para saber reconhecê-la para um rápido encaminhamento e tratamento precoce.

**Objectivo:** Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos serviços de urgência e UCI's para melhorar o conhecimento sobre a Sepsis.

**Método:** Efectuou-se uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute, sendo incluídos para análise 5 artigos de investigação publicados e indexados à plataforma B-on.

**Resultados:** Nos estudos encontrados evidenciou-se alguma disparidade e falta de conhecimento dos enfermeiros em relação à Sepsis. Estes reconhecem a sua falta de conhecimento apesar de considerarem importante o reconhecimento precoce e rápida actuação. O reconhecimento precoce pode ser conseguido através da aplicação de protocolos e bundles. No entanto existe consciencialização por parte dos enfermeiros da necessidade de melhorarem o seu conhecimento nesta temática.

**Conclusões:** Torna-se cada vez mais importante identificar precocemente sinais e sintomas de Sepsis para um início de tratamento rápido. Programas de formação em serviço focados em melhorar a capacidade dos enfermeiros em reconhecer e actuar perante doentes com sepsis são importantes.

**Descritores:** Sepsis; Enfermeiros; Conhecimento; Serviços de Urgências e Unidades de Cuidados Intensivos.

## ABSTRACT

**Context:** Sepsis was declared a global priority by WHO, due to its impact. Nurses should have the knowledge to know how to recognize it for a quick referral and early treatment.

**Objective:** To identify the strategies used by nurses in emergency services and ICU's to improve knowledge about sepsis.

**Method:** A Scoping Review was carried out according to the methodology of the Joanna Briggs Institute, being included for analysis 5 research articles published and indexed to the B-on platform.

**Results:** In the studies found, there was some disparity and lack of knowledge among nurses in relation to sepsis. They recognize their lack of knowledge despite the fact that early recognition and rapid action were considered important. Early recognition can be achieved through the application of protocols and bundles. However, nurses are aware of the need to improve their knowledge on this subject.

**Conclusions:** It is becoming increasingly important to identify sepsis signs and symptoms early for a quick start of treatment. In-service training programs focused on improving nurses' ability to recognize and act before patients with sepsis are important.

**Descriptors:** Sepsis; Nurses; Knowledge; Emergency Services and Intensive Care Units.

Apêndice VIII – **PowerPoint da Formação**

## PROCOLO: VIA VERDE SÉPSIS



Elaborado por:  
Élia Chambel  
Marta Ferreira



## PROCOLO: VIA VERDE SÉPSIS

- o **Sumário**
  - o Definição de Sepsis
  - o Dados sobre a Sepsis
  - o Protocolo Via Verde Sepsis
  - o Critérios de ativação
  - o Via Verde na SUB
  - o *Bundle* da 1ª hora da Sepsis



## PROCOLO: VIA VERDE SÉPSIS

### OBJETIVOS:

- o Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados com a operacionalização da Via Verde Sepsis;
- o Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis;



## SÉPSIS

- o **Definida como:** uma disfunção de órgãos, com risco de vida causada pela resposta desregulada à infeção (Singer *et al*, 2016).
- o **Choque Séptico:** um subgrupo da sepsis com alterações circulatórias, celulares e metabólicas particularmente profundas com risco de morte maior do que o da Sepsis (Singer *et al*, 2016).

## DADOS SOBRE A SÉPSIS

- o OMS encara a sepsis como uma questão fundamental para a saúde global.
- o A sepsis é frequentemente subdiagnosticada no estágio inicial, quando ainda é potencialmente reversível. O seu diagnóstico precoce e tratamento atempado são fundamentais para aumentar a probabilidade de sobrevivência. (OMS, 2017).

## DADOS SOBRE A SÉPSIS

- o É impossível estimar com precisão a carga epidemiológica global da Sepsis:
  - ♦ A nível mundial: 15 a 19 milhões de casos de Sepsis por ano (estimativas brutas). (OMS, 2017)
  - ♦ Estados Unidos da América: 1,1 milhão de utentes hospitalizados com Sepsis em 2008 (OMS, 2017)
  - ♦ Suécia: 687 casos de Sepsis grave por 100.000 habitantes (Reinhart, 2018)



### DADOS SOBRE A SÉPSIS

**Portugal:**

- 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidos a Sepsis. (Póvoa *et al* citado pela DGS, 2010)
- Estudo INFAUCI:
  - 43,9% dos utentes infetados na admissão na UCI
  - A presença de infeção quer na admissão ou adquirida no internamento foi associada a um aumento da mortalidade hospitalar (38,2% e 33,1% versus 26,1% ) (Gonçalves-Pereira *et al*, 2015)

### SÉPSIS


**Abordagem da sepsis grave**

- O reconhecimento precoce;
- A prevenção e suporte da disfunção de órgãos alicerçada na otimização do fornecimento de O2;
- Controlo da causa com base na instituição precoce da antibioterapia adequada e controlo do foco.

Carneiro, Andrade-Gomes & Póvoa (2016)

### DIRETRIZES INTERNACIONAIS: SÉPSIS (SSC)

- É recomendado que os hospitais e sistemas hospitalares tenham um programa de melhoria do desempenho para a sepsis, incluindo a triagem de sepsis para utentes com doença aguda grave e alto risco (BPS)



Rhodes *et al*, 2016

### VIA VERDE SÉPSIS

- 2010: DGS → Norma 01/DQS/DQCO : "Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS)"
- 2016: DGS → Norma 010/2016: "Via Verde Sepsis no Adulto"

### PROTOCOLO: VIA VERDE SÉPSIS

- Na instituição existe o Protocolo Via Verde Sepsis (doc nº PT.GRL.117.00 atualizado a 03/12/2018) mas:



	Ativações	
Protocolos	2018	2019 (até Outubro)
VV AVC	124	126
Dor Torácica	54	5
Monotrauma	2209	1675
VV Sepsis	0	1
Dor moderada	3	1

### PROTOCOLO: VIA VERDE SÉPSIS Como ativar?

- Durante a triagem:

**CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO**

**Alteração da temperatura (> 38,3° ou < 36°C) associada a:**

- Cefaleia
- Confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência
- Dispneia ou tosse
- Icterícia
- Dor abdominal (distensão ou diarreia)
- Disúria ou polaquiúria
- Dor lombar
- Sinais inflamatórios cutâneos extensos



### PROCOLO: VIA VERDE SÉPSIS Como ativar?



#### CRITÉRIOS DE INFLAMAÇÃO SISTÊMICA

Confusão e/ou alteração do estado de consciência  
FC > 90 com tempo de preenchimento capilar aumentado  
FR > 22 ciclos por minuto



### PROCOLO: VIA VERDE SÉPSIS Como ativar?



- ❖ O enfermeiro da triagem deve:
  - Ativar a Via Verde Sepsis
  - Informar o Chefe de Equipa de Medicina
  - Encaminhar o doente para a área laranja na UMC

### PROCOLO: VIA VERDE SÉPSIS

- O Processo VVS define 4 passos sequenciais
  - 1º Identificação precoce de caso suspeito;
  - 2º Identificação de caso confirmado;
  - 3º Cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica;
  - 4º Cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica.

### PROCOLO: VIA VERDE SÉPSIS

- Na SUB:
  - Quando a Via Verde Sepsis for ativada, o médico responsável deve proceder à transferência do doente para o SUMC → transporte prioritário;
  - O enfermeiro contacta o enfermeiro da triagem da UMC a informar que a via verde foi accionada e informa a hora da transferência.

### BUNDLE 1ª HORA SÉPSIS



- O que é uma *Bundle*?
  - Conjunto de intervenções práticas que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um melhor resultado, sendo que cada um dos elementos individuais deve ser baseado em evidências de alto grau.

### BUNDLE 1ª HORA SÉPSIS

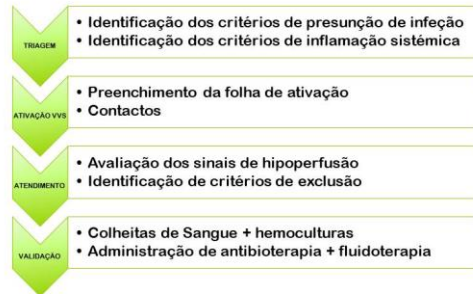
- Medir o nível de lactatos:
  - Um aumento pode representar hipóxia tecidual
- Efetuar colheitas sanguíneas antes da administração de antibióticos
- Administrar antibióticos de largo espectro, no início



### BUNDLE 1ª HORA SÉPSIS

- Administração precoce de 30ml/Kg de cristalóides para hipotensão ou lactatos  $\geq$  4mmol/L
- Iniciar vasopressores se doente hipotenso durante ou após ressuscitação com fluidos para manter PAM  $\geq$  65mmHg

### RESUMO



### DESAFIOS

- A OMS definiu como prioridade futura, priorizar ações que aumentem a conscientização sobre as manifestações clínicas da Sepsis entre os profissionais de saúde, para facilitar os esforços relacionados com a qualidade dos cuidados, com o objetivo de melhorar o diagnóstico precoce e uma gestão clínica apropriada.

OMS, 2017

### DESAFIOS

- A sepsis pode ser vista como “espelho da qualidade dos cuidados de saúde”, pois a taxa de sepsis é um indicador muito bom dos sistemas de saúde. (Yamamoto, 2018)
- Foi demonstrado que pacotes de cuidados (de intervenções : *bundles*) podem reduzir a mortalidade devido à Sepsis em 20%.(Antonelli, 2018)



Apêndice IX – **Plano da Sessão de Formação**



**Formação:** Via Verde Sepsis

**Data:** 05 e 11/02/2020

**Localização:** Biblioteca do Hospital Dr Manoel Constâncio

**Horário:** 14h

**Público-Alvo/Destinatários:** Enfermeiros do SUMC da SUB Torres Novas e da SUB Tomar

**Sessão n.º 1 e n.º2**

**Preletor:** Marta Ferreira

**Duração:** 120 min

**Objetivos**

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados com a operacionalização da Via Verde;
- Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis

	Objetivos	Conteúdos/Estratégias	Metodologias e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados com a operacionalização da Via Verde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Apresentação dos preletores;</li> <li>o Apresentação do tema;</li> <li>o Objetivos do trabalho.</li> </ul>	<p>Método Expositivo:</p> <p>Projeção de diapositivos e exposição oral</p>	Videoprojector	20min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar a importância do reconhecimento precoce da Sepsis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Definição de Sepsis</li> <li>o Dados sobre a Sepsis</li> <li>o Protocolo Via Verde Sepsis</li> <li>o Critérios de ativação</li> <li>o Via Verde na SUB</li> <li>o Bundle da 1ª hora da Sepsis</li> </ul>	<p>Método Expositivo:</p> <p>Projeção de diapositivos e exposição oral</p>	Videoprojector	70min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o - Resumo de Ideias;</li> <li>o - Clarificação de dúvidas;</li> <li>o Avaliação da Formação</li> </ul>	<p>Método Expositivo:</p> <p>Projeção de diapositivos e exposição oral</p>	Videoprojector Cartões resumo Questionário	20min

Apêndice X - **Cartão de Bolso com Critérios de Ativação**



**Apêndice XI – Questionário para Avaliação da Formação**



### AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

O presente questionário pretende avaliar a formação: “Protocolo – Via Verde Sepsis”, inserida no Projeto de Intervenção que visa a sua operacionalização. Este projeto foi desenvolvido no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica. Todas as respostas são anónimas e confidenciais.

Sabendo que 1=Discordo Totalmente; 2=Discordo; 3=Não Discordo, nem Concordo; 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente, responda às seguintes questões:

	1	2	3	4	5
<b>O tema abordado é pertinente para o seu local de trabalho?</b>					
<b>A formação estava bem estruturada e foi de fácil compreensão?</b>					
<b>Os conteúdos estavam organizados e foi fácil de acompanhar?</b>					
<b>As competências adquiridas vão ter impacto na sua actividade profissional?</b>					
<b>A duração da formação foi adequada?</b>					
<b>No geral, a formação correspondeu às suas expectativas?</b>					

#### Sugestões/Comentários

---



---

Obrigada pela sua participação

Marta Ferreira

Apêndice XII – **Poster Via Verde S epsis**

# VIA VERDE SÉPSIS

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Serviço de Urologia Médico-Cirúrgica, Alentejo

Elaborado por: Enfermeira Maria Ferreira  
Enfermeira Especialista Élia Chambel  
Professora Doutora Alice Ruivo

A Sépsis é uma disfunção de órgãos, com risco de vida causada pela resposta desregulada do hospedeiro à infeção<sup>(1)</sup>.

É impossível estimar com precisão a carga epidemiológica global da Sépsis:

- A nível mundial: 15 a 19 milhões de casos de Sépsis por ano (estimativas brutas)<sup>(2)</sup>
- Portugal:
  - 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidos a Sépsis<sup>(3)</sup>
  - 43,9% dos utentes infetados na admissão na UCI<sup>(4)</sup>

## CRITÉRIOS PARA ACTIVAÇÃO DA VIA VERDE SÉPSIS

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO	
Alteração da temperatura (> 38,3º ou < 36º C) associada a:	Cefaleia
	Confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência
	Dispneia ou tosse
	Icterícia
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)
	Disúria ou polaquiúria
	Dor lombar
	Sinais inflamatórios cutâneos extensos

Pelo menos 1 de cada

CRITÉRIOS DE INFLAMAÇÃO SISTÊMICA
Confusão e/ou alteração do estado de consciência
FC > 90 com tempo de preenchimento capilar aumentado
FR > 22 ciclos por minuto



O enfermeiro da triagem deve:

- Ativar a Via Verde
- Informar o Chefe de Equipa de Medicina
- Encaminhar o doente para a área laranja na UMC

A sépsis pode ser vista como “espelho da qualidade dos cuidados de saúde”, pois a taxa de sépsis é um indicador muito bom dos sistemas de saúde<sup>(5)</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA:

1- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hui, M., Annane, D., Bauer, M. & Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801-810. <https://doi.org/10.1093/jama.2016.0887>. 2- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2017). Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis. Relatório da Secretária. Organização Mundial de Saúde. 3- Pivova, P. R., Carneiro, A. H., Ribeiro, O. S. & Pereira, A. C. (2009). Influence of vancomycin agent in septic shock mortality. Results from Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACAS). *Critical Care Medicine*, 37(2), 430-436. Doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819f58b3c>. 4- Gonçalves Pereira, J., Pereira, J. M., Ribeiro, O., Baptista, J. P., Fomes, F. & Pavia, J. A. (2014). Impact of infection on admission and of the process of care on mortality of patients admitted to the intensive care unit: the INHAUCI study. *Clinical Microbiology and Infection*, 20 (12), 1308-1315. Doi: <https://doi.org/10.1111/1365-0609.12718>. 5- Tansman, N. (2018, janeiro). Closing WHO Sepsis Technical Expert Meeting. Geneva, Suíça. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/infodiv/files/sepsis\\_meeting\\_report\\_2018.pdf](https://www.who.int/news-room/infodiv/files/sepsis_meeting_report_2018.pdf)

Apêndice XIII – **Protocolo Via Verde S epsis**



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

**1. Objetivo**

Definir, sistematizar e uniformizar a abordagem inicial dos doentes com sepsis

**2. Âmbito**

Aplica-se aos serviços de Urgência Básica, Urgência Médico-Cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do CHMT.

**3. Siglas e abreviaturas**

**ABT:** Antibioterapia

**ATB:** Antibiótico

**CVC:** Cateter Venoso Central

**ERI:** Equipa de Reanimação Intra-hospitalar

**FC:** Frequência Cardíaca

**FR:** Frequência Respiratória

**ICC:** Insuficiência Cardíaca Congestiva

**PCR:** Proteína C Reactiva

**PVC:** Pressão Venosa Central

**SGQ:** Serviço de Gestão da Qualidade

**SUB:** Serviço de Urgência Básica

**SUMC:** Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

**TA:** Tensão Arterial

**TAM:** Tensão Arterial Média

**UCIP:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

**VVS:** Via Verde Sepsis

**4. Definições**

**Bundle:** Conjunto de intervenções práticas que quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem um melhor resultado, sendo que cada um dos elementos individuais deve ser baseado em evidências de alto grau.

**Sepsis:** disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta imune desregulada a uma infecção. O diagnóstico é feito pela conjugação de critérios clínicos: Infecção suspeita/documentada + qSOFA (2+) ou aumento do SOFA>2.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº

**PROTOCOLO  
VIA VERDE SÉPSIS**

**Quick SOFA (qSOFA):** Indicador constituído por 3 variáveis. A presença de 2 destes 3 critérios em doentes com suspeita de sepsis é fortemente preditivo de evolução desfavorável.

- Hipotensão – TA Sistólica <100mmHg-,
- Alteração do estado de consciência – GCS < ou = 14;
- Taquipneia – FR > ou = 22 cpm

**SOFA score - Sequential Organ Failure Assessment score:** Quantifica a gravidade da disfunção de órgão, caracterizando clinicamente um doente com sepsis através da avaliação de 6 sistemas: Cardiovascular, Respiratório, Hepático, Renal, neurológico (SNC) e Coagulação. Um score de SOFA > 2 associa-se a um risco de mortalidade geral de 10%.

Score					
Sistema	0	1	2	3	4
<b>Respiratório</b>					
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> mmHg	≥400	<400	<300	<200 com suporte respiratório	<100 com suporte respiratório
<b>Coagulação</b>					
Plaquetas, x10 <sup>3</sup> /uL	≥150	<150	<100	<50	<20
<b>Hepático</b>					
Bilirrubina, mg/dl	<1.2	1.2 – 1.9	2.0 – 5.9	6.0 – 12.0	>12.0
<b>Cardiovascular</b>					
	PAM ≥70mmHg	PAM <70mmHg	Dopamina <5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina 5.1 – 15 ou epinefrina <0.1 ou noraepinefrina < 0,1	Dopamina ≥15 ou epinefrina >0.1 ou noraepinefrina > 0,1
<b>Neurológico (SNC)</b>					
Score de Glasgow	15	14 – 13	12 – 10	9 – 6	< 6
<b>Renal</b>					
Creatinina, mg/dl	< 1.2	1.2 – 2	2.0 – 3.4	3.5 – 4.9	> 5.0
Débito Urinário, mL/d				<500	< 200

**Choque Séptico:** sepsis acompanhada por profundas anormalidades circulatórias e celulares/metabólicas capazes de aumentar substancialmente a mortalidade. São identificados 3 critérios clínicos:

- Sepsis;
- Hipotensão persistente necessitando de agentes vasotivos para manter PAM > 65 mmHg;

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

<b>PROTÓCOLO</b>
<b>VIA VERDE SÉPSIS</b>

- Nível de lactato > 2 mmol/L apesar da reposição de volume adequada.

Choque Séptico Refratário: necessidade de noradrenalina > 0,25µg/min para manter TAM > 60 mmHg (ou TAM > 80mmHg de HTA prévia).

**5. Descrição**

A sépsis é uma doença de grande complexidade e gravidade, é um problema de saúde pública causando elevados níveis de morbidade e mortalidade. A implementação de um protocolo terapêutico de sépsis permite não só diminuir a mortalidade, mas, também uma redução substancial dos custos para as instituições.

**5.1. Responsável(eis) pela execução**

Médicos e enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência e na UCIP, sendo da sua responsabilidade a implementação destas recomendações o mais precocemente possível de acordo com o *bundle de 1 hora*, após o reconhecimento do quadro de Sepsis.

O enfermeiro da triagem de prioridades.

Equipas de Sepsis:

- Na UMC – Enfermeiro, Médico de Medicina Interna e Médico da ERI;
- Na SUB – Enfermeiro e Médico de Serviço.

**5.2. Horário**

Sempre que se verifique esta situação.

**5.3. Orientações quanto à execução**

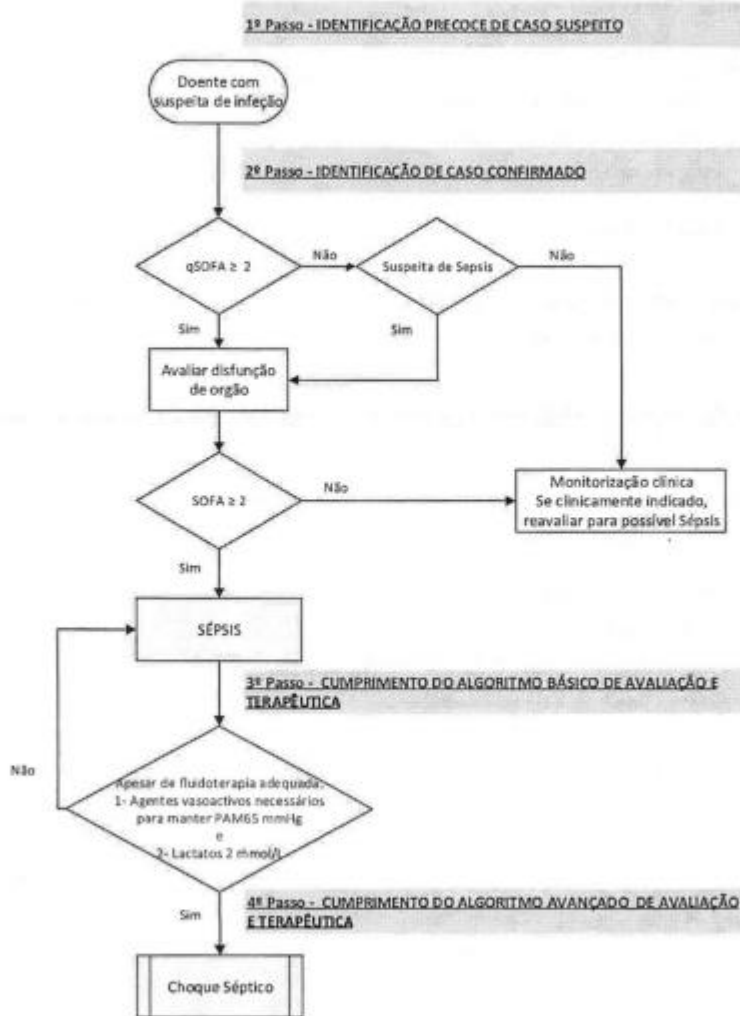
O processo VVS define quatro passos sequenciais:

- Passo 1: Identificação precoce de caso suspeito VVS na SE/SU;
- Passo 2: Identificação de caso confirmado VVS;
- Passo 3: Cumprimento do algoritmo básico de avaliação e terapêutica;
- Passo 4: cumprimento do algoritmo avançado de avaliação e terapêutica.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº

**PROTOCOLO**  
**VIA VERDE SÉPSIS**

**. Primeira hora**



Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

<b>PROTOCOLO</b>
<b>VIA VERDE SÉPSIS</b>

**1º Passo – IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO**

1- No âmbito da Triagem de Manchester, o enfermeiro deve reconhecer precocemente um caso suspeito de Sepsis. **Na presença de pelo menos 1 critério de presunção de infeção e pelo menos 1 critério associado a inflamação sistémica, o enfermeiro da triagem é responsável por:**

- Ativar no aplicativo a Via Verde Sepsis;
- Informar a equipa de sepsis do Serviço de Urgência;
- Encaminhar o doente para a área laranja na UMC

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO	
Alteração da temperatura (> 38,3° ou < 36°C) associada a :	Cefaleia
	Confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência
	Dispneia ou tosse
	Icterícia
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)
	Disúria ou polaquiúria
	Dor lombar
	Sinais inflamatórios cutâneos extensos

CRITÉRIOS DE INFLAMAÇÃO SISTÉMICA
Confusão e/ou alteração do estado de consciência
FC > 90 com tempo de preenchimento capilar aumentado
FR > 22 ciclos por minuto

- De modo a facilitar o reconhecimento dos critérios de activação, o Enfermeiro da Triagem deve:
  - Nos fluxogramas: Cefaleia, Comportamento Estranho, Estado de Inconsciência/Síncope, Dispneia, Dor Abdominal, Problemas Urinários, Dor Lombar e Infeções Locais e/ou Abscessos, avaliar obrigatoriamente a temperatura, independentemente do discriminador e da prioridade atribuída.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

- Se temperatura < 36°C ou > 38,3°C, avaliar obrigatoriamente a frequência cardíaca, a frequência respiratória e alteração do estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow).

2- A equipa de sepsis procede ao reconhecimento e estratificação do quadro de sepsis; através da história clínica e da colheita de sangue para estudo complementar – hemograma completo, glicemia, PCR/pró-calcitonina, ureia, creatinina, ionograma, enzimas hepáticas bilirrubinas e gasimetria arterial;

3- O(s) Médico(s) e o(s) Enfermeiro(s) do SU são responsáveis por:

➤ Identificar potencial história sugestiva de infeção, valorizando particularmente os seguintes sinais e sintomas

- Febre (temperatura central >38,3°C) ou Hipotermia (temperatura central <36°C)
- Taquicardia, FC > 90/min;
- Taquipneia >20 ciclos/min;
- Edemas significativos ou BH + (> 20mL/Kg em 24h);
- Alteração do estado de consciência de novo;
- Hiperglicemia (glicemia > 140mg/dL) na ausência de diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus

➤ Identificar a existência de Marcadores Inflamatórios:

- Leucocitose (> 12,000/UL) ou Leucopénia (< 4000/uL) ou >10% de formas imaturas com leucócitos normais;
- PCR/ pró-calcitonina acima do valor de referência.

➤ Realizar estratificação da gravidade da hipóxia tecidual:

- Lactatos >2 mmol/L;
- TPC (tempo de preenchimento capilar) > 2”;
- Pele marmórea;
- Sinais de má perfusão periférica.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

<b>PROTOCOLO</b>
<b>VIA VERDE SÉPSIS</b>

**2º Passo – IDENTIFICAÇÃO DE CASO CONFIRMADO**

- A equipa de sepsis:
  - Aplica o algoritmo qSOFA ou SOFA, com o objetivo de confirmar suspeita clínica de infeção;
  - Verifica a existência de critérios de exclusão:

Critérios Exclusão da VVS	
a)	Gravidez
b)	ICC descompensada / Síndrome coronário agudo
c)	Doença cerebrovascular aguda
d)	Hemorragia digestiva ativa
e)	Estado de mal asmático
f)	Politrauma / Grandes queimados
g)	Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico (situação para limitação de cuidados)

Os doentes com confirmação médica de suspeita clínica de infeção (infeção suspeita/documentada + qSOFA (2+) ou aumento SOFA >2), não havendo critérios de exclusão, passam para o 3º Passo.

- No caso da VV Sepsis ser activada nas SUB, o medico responsável deve proceder à transferência do doente para o SUMC, devendo ser dada a máxima prioridade ao transporte destes doentes, contactando o CODU e o Chefe de Equipa de Medicina Interna. O enfermeiro do SUB contacta o enfermeiro da Triagem da UMC a informar que foi accionada a VVS e informa a hora da transferência.

**3º Passo – CUMPRIMENTO DO ALGORITMO BÁSICO DE AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICA**

**1. Fazer colheitas para a microbiologia**

- Fazer colheita de produtos para estudo microbiológico em meio aeróbio, anaeróbio ou Lowenstein-Jensen conforme suspeita. Devem sempre incluir hemoculturas periféricas (com pelo menos 10 mL cada, de locais diferentes), bem como uma de cada acesso vascular que estejam há mais de 48h;
- Colher todos os produtos indicados para o caso abordado (urina, LCR, secreções, LBA);

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

<b>PROCOLO</b>
<b>VIA VERDE SÉPSIS</b>

- Colher material para estudo molecular (isolamento de ADN/ARN) e para a detecção de antígenos específicos conforme suspeita;
- Solicitar serologias em conformidade com suspeitas.

**2. Iniciar prontamente antibioterapia**

- Idealmente a colheita de produtos deve ser feita antes da administração de antibioterapia, mas não deve atrasar a sua administração;
- Administração de antibioterapia (ABT) de largo espectro na **primeira hora** após o diagnóstico de sepsis que deve ser adequada ao foco de infeção e local de aquisição (comunidade, associada aos cuidados de saúde ou nosocomial). *Ver Anexo A – dose carga (no SUB – solicitar aos Serviços Internamentos);*
- A escolha de ABT empírica depende de vários fatores:
  - **Foco de infeção** – penetrância antibiótica, concentração de Antibiótico(AB) alcançada in loco;
  - **Local de aquisição** de infeção – define os patogéneos suspeitos em relação com a sua prevalência na comunidade e no hospital assim como os seus padrões de resistência antimicrobiana (endógena ou adquirida);
  - **Comorbilidades/doenças crónicas** – implicações na farmacocinética/dinâmica do AB e/ou risco de agravamento de função orgânica previamente comprometida;
  - **Medicação crónica** – Interações/agravamento de disfunção orgânica;
  - **Dispositivos internos** – Necessidade de AB com atuação em biofilmes;
  - **Imunossupressão** – (medicamentosa/neutropenia/esplenectomia/infeção VIH mal controlada) ou outra forma de imunodeficiência (defeitos adquiridos/congénitos da imunoglobulina, complemento ou função/produção de leucócitos);
  - **Infeção e/ou ABT** prévia realizada nos últimos 3 meses;
  - **Colonização com patogéneos específicos.**

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº

**PROCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

**3. Estabilização hemodinâmica**

- Nos doentes com **hipotensão** ou **hiperlactacidemia (>4mmol/L)** fazer a administração fluidoterapia em bólus, até 30 mL/Kg de cristalóide e monitorizar a resposta clínica em função dos seguintes parâmetros e objetivos terapêuticos:

SpO2 > 93-95%	Estado de consciência
TAS > 90 mmHg	Perfusão distal
Pulso <110 ppm	Lactacidemia
Diurese > 0,5 ml/Kg/h	

- Está recomendado a utilização de **cristalóides**, uma vez que a utilização de colóides demonstram aumento da incidência de eventos adversos (insuficiência renal e coagulopatia) e aumento da mortalidade;
- É preferível o uso de solução mais fisiológicas como o **Lactato de Ringer (ou o Polielectrolítico)** para reposição volêmica, sendo o Cloreto de Sódio a 0,9% menos utilizado, dado que é provido de alguns efeitos adversos como acidose metabólica hiperclorémica e lesão renal aguda;
- Não é recomendável que os fluidos sejam administrados além da ressuscitação inicial sem estimativa da probabilidade de o doente responder positivamente ao volume.

**4. Controlo de foco de infeção**

- Investigar ativamente focos infecciosos removíveis devendo estes serem alvo de actuação clínica com o intuito de reduzir o pool bacteriano: drenagem de abscessos, desbridamento de tecidos necrosados e/ou infetados, remoção de corpos estranhos endógenos potencialmente infetados, etc.

**4º Passo – CUMPRIMENTO DO ALGORITMO AVANÇADO DE AVALIAÇÃO E TERAPÊUTICA**  
**Se não houver estabilização hemodinâmica ou se ocorrer falência orgânica múltipla, contactar o médico dos Cuidados Intensivos.**

Os seguintes passos serão efectuados no âmbito dos Cuidados Intensivos:

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

- O enfermeiro e a assistente operacional da UCIP preparam a unidade do doente, conforme o que se encontra descrito na *IT.CIP.001 – “Preparação da Unidade do doente na UCIP”*.
- De seguida, proceder à organização da equipa para o acolhimento do doente, como vem descrito no *PT.CIP.002 – “Organização da equipa para acolhimento de doentes na UCIP”*.
- Após instalado o doente na unidade, cumprir as medidas específicas para o doente sinalizado com Via Verde Sepsis e de acordo com a necessária ressuscitação com fluidos, antibioterapia, monitorização e todas as intervenções necessárias ao tratamento e estabilização do doente.
- Os cuidados de enfermagem a estes doentes são prestados de acordo com os diagnósticos de enfermagem tendo em consideração o nível de dependência e os Protocolos de boas práticas do SGQ.

**Metodologia de atuação:**

**1. Ressuscitação inicial – responsividade a fluidos**

- . Os doentes com choque séptico devem ser monitorizados com pressão arterial invasiva.
- . Para a avaliação da resposta a fluidos, recomenda-se o estudo de parâmetros validados na literatura:
  - i. Doente não ventilado: variação do volume sistólico ou do débito cardíaco > 12% durante a manobra de elevação dos membros inferiores (*passive leg raising*), variação do índice de colapsibilidade da veia cava inferior >40%;
  - ii. Doente sob ventilação mecânica invasiva: teste de oclusão teleexpiratório com aumento da pressão de pulso arterial > 5% ou aumento do índice cardíaco > 5%; índice de distensibilidade da veia cava inferior >18%;
  - iii. Os seguintes parâmetros poderão ser integrados:
    - Saturação venosa central (Sv O2) > 70%;
    - Delta CO2 > 6 mmHg;
    - PVC (pressão venosa central) < 8cm H2O.
- . Sugere-se que as variáveis dinâmicas (ie: variação pressão de pulso, variação de volume sistólico e *passive leg raising*) bem com a realização de Ecocardiogram TT (*point of care*

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

ecocardiography) sejam usadas para avaliar a capacidade de resposta a fluidos. O uso de variáveis estáticas como a Pressão Venosa Central (PVC) para aferir a responsividade de fluidos não está recomendado.

**2. Suporte aminérgico (vasopressores)**

- Não tolerar pressões abaixo de 65mmHg por períodos superiores a 30-40 min. Neste sentido o início de suporte vasopressor não deve ser protelado, caso seja necessário e nesse sentido foi inserido no *Blunde* de 1<sup>ª</sup> hora;
- Nos doentes em que o objetivo de TA não é atingido com a fluidoterapia inicial, iniciar vasopressores – **Noradrenalina como 1<sup>ª</sup> linha**. A utilização de Dopamina é reservada aos doentes com baixo risco de taquidissritmias e/ou bradicardia relativa ou absoluta;
- No doente cujos objetivos de preenchimento foram atingidos mas a oferta de O<sub>2</sub> (DO<sub>2</sub>) é insuficiente para manter a aerobiose tecidual (manifesto por SvO<sub>2</sub> < 70% + hiperlactacidemia) otimizar com a administração de dobutamina em perfusão – iniciar com 2,5 a 5 ug/Kg/min;
- Deve ser orientada a ressuscitação com vista a normalizar o lactato em doentes com níveis elevados de lactatos como marcador de hipoperfusão tecidual
- É recomendada, caso necessário, uma avaliação hemodinâmica adicional (como a avaliação da função cardíaca por ecoTT, avaliação de onda de pulso associada ou não termodiluição) para identificar fase do choque séptico em que se encontra e atuar em conformidade.

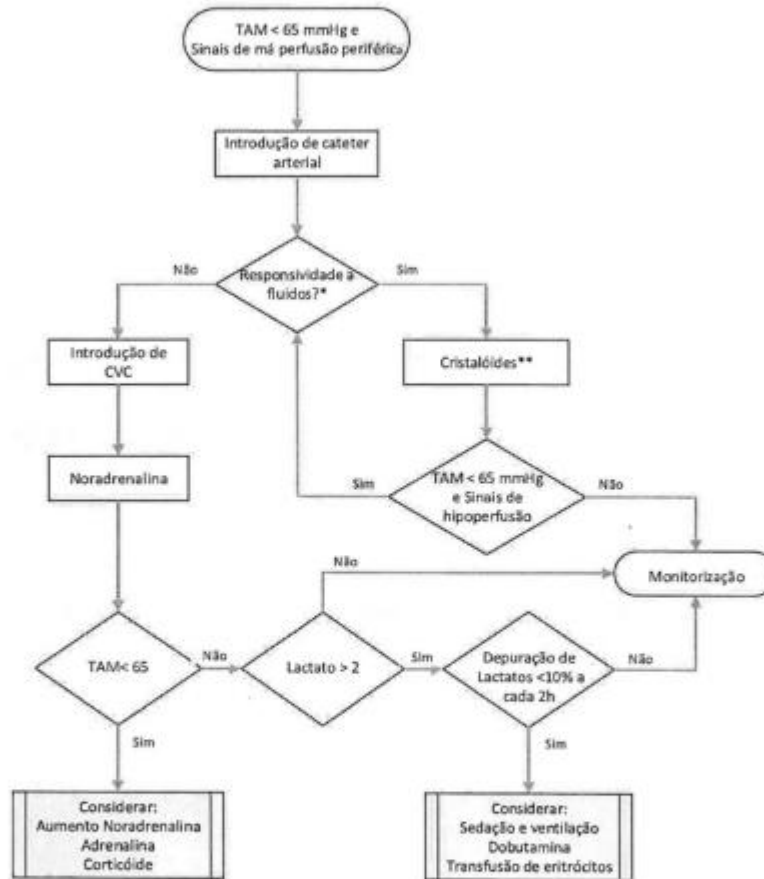
**3. Corticoterapia**

- No **choque refractário**, definido como necessidade crescente de suporte vasopressor no doente com preenchimento vascular adequado, sugere-se a administração de Hidrocortisona 200mg/dia em perfusão contínua ou opcionalmente em bólus de 50mg de 6/6h, assumindo disfunção supra-renal.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº

**PROTOCOLO**  
**VIA VERDE SÉPSIS**

Algoritmo avançado de avaliação e terapêutica



\*Critérios de responsividade a fluidos em doente não ventilado: variação de débito cardíaco >12% durante a manobra de elevação dos membros inferiores (*passive leg raising*), variação do índice de colapsabilidade da veia cava inferiores > 40%.

\*Critérios de responsividade a fluidos em doente ventilado: teste de oclusão teleexpiratório com aumento da pressão de pulso arterial >5% ou aumento do índice cardíaco >5%; índice de distensibilidade da veia cava inferior >18%.

\*\* Não devem ser ultrapassados os 30ml/Kg sem introdução de vasopressores.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

**Resumo da Blunde da 1ª hora da Sepsis**

Medir os níveis de Lactatos, reavaliar se lactatos iniciais >2mmol/L
Efetuar colheitas sanguíneas antes da administração de antibióticos
Administrar antibióticos de largo espectro, no início
Administração precoce de 30ml/Kg de cristalóides para hipotensão ou lactatos $\geq$ 4mmol/L
Iniciar vasopressores se doente hipotenso durante ou após ressuscitação com fluidos para manter PAM $\geq$ 65mmHg

**6. Cuidados gerais e medidas de suporte de órgão**

**6.1. Política transfusional**

- Após obtenção de estabilidade hemodinâmica e na ausência de hemorragia aguda ou de doença cardíaca isquémica ativa, Transfundir UCE se valores Hb < 7,0g/dl (alvo: 7-9 g/dl);
- A transfusão de plasma fresco ou derivados deverá ser realizada se existir deficiência documentada de factores de coagulação em associação a hemorragia ativa ou necessidades de procedimentos invasivos;
- Transfundir profiláctamente plaquetas nas seguintes situações:
  - Plaq < 10 000/mm<sup>3</sup> ( ou 20 000/mm<sup>3</sup> se elevado risco de hemorragia);
  - Plaq > 50 000/mm<sup>3</sup> na presença de hemorragia ativa ou necessidade de procedimentos invasivos.

**6.2. Suporte ventilatório (vide protocolo de ARDS – PT.CIP.010 – “Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS)”**

A ventilação invasiva tem por objetivo corrigir hipoxémia (alta incidência de ARDS na sepsis) e reduzir o consumo de O<sub>2</sub>.

- A ventilação invasiva deve basear-se numa estratégia de ventilação protectora em modalidade controlada por volume:
  - Volume corrente de 4-6 ml/Kg de peso ideal;
  - Pressão de *plateau* < 30 cmH<sub>2</sub>O;
  - Hipercapnia permissiva se necessário;

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

- Aplicação de PEEP (> 5 cm H<sub>2</sub>O) para evitar atelectotrama, mantendo uma estratégia de PEEP alta em doentes com ARDS moderada a grave;
- Driving pressure < 14 cmH<sub>2</sub>O;
- Sugere-se o uso de bloqueadores neuromusculares durante < 48 horas em doentes com ARDS precoce e PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 150 mmHg;
- Manobras de recrutamento alveolar.

**6.3. Controlo metabólico**

- Glucose alvo < 180 mg/dl;
- Deve ser considerado, no início do protocolo de insulina (em perfusão contínua) após dois valores consecutivos de glicemia > 180 mg/dl, de forma a manter a glicemia entre 140-180 mg/dl, monitorizando a glicemia plasmática a cada 1-2h até estabilização, e depois a cada 4 horas.

**6.4. Suporte renal (vide protocolo PT.CIP – “Técnica de Substituição Renal Contínua”)**

- A utilização de técnicas depurativas contínuas em doentes hemodinamicamente instáveis em especial quando se torna necessário negatizar balanços;
- Na prescrição em técnicas contínuas de doses de 25-30 ml/Kg/h de efluente para alcançar doses efectivamente administradas de 20-25ml/Kg/h.

**6.5. Nutrição (vide protocolo: PT.CIP.008 – “Alimentação Entérica no Doente Crítico” e PT.CIP.103 – “Nutrição Parentérica”)**

- Evitar alimentação entérica em doente sob aminas e lactacidemia > 4 mmol, manter no entanto, aporte de glicose mínimo de 100mg/dia, valor a titular conforme cetonemia;
- A nutrição entérica trófica (<500kcal/d) deve ser precoce (nas primeiras 48 h após o diagnóstico de sepsis/choque séptico) progredindo no aporte, se tolerado, visando o aporte calórico no sétimo dia;

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

- Considerar a nutrição parentérica total (ou associada à nutrição entérica) após o sétimo dia de “jejum”.

**7. Profilaxias**

**7.1 Úlceras de stress (vide protocolo: PT.GRL.106 – “Hemorragia Digestiva”)**

- Antagonistas-H2

**7.2. Trombose venosa profunda (TVP) (vide protocolo: PT.GRL.076 – “Tromboembolismo Pulmonar”)**

- HBPM

**BIBLIOGRAFIA:**

Centro Hospitalar Médio Tejo [CHMT] (2018). *Protocolo: Via Verde Sépsis, Nºdoc PT.GRL.117.00*. Centro Hospitalar Médio Tejo

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Via Verde Sépsis no Adulto. Circular Normativa Nº 10/2016*, Lisboa. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Institute for Healthcare Improvement [IHI]. (s.d.) What is a Bundle. *Improvement Stories*. Disponível em: <http://ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatsaBundle.aspx>

Levy, M. M., Evans, L.E. & Rhodes, A. (2018). The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Critical Care Med*, 44, 925-928. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROTOCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

**ANEXO A**

A ABT que se segue é empírica, baseada em estudos epidemiológicos nacionais e internacionais assim como no perfil de resistência antimicrobiana do CHMT e disponibilidade na farmácia hospitalar.

As quinolonas deverão ser usadas apenas com base no Teste de sensibilidade a antibióticos (TSA) ou situações de alergias e em altas doses para prevenir nova emergência de resistência.

A primeira dose de AB, a administrar na 1ª hora, corresponde à dose de carga. Esta, atendendo ao volume de distribuição elevado, deve ser alta a fim de encurtar o tempo necessário para alcançar steady state para concentração alvo de AB.

A prescrição de AB, volvidas as primeiras 6h é um processo dinâmico que integra vários elementos com base nas disfunções orgânicas existentes e tipo de suporte escolhido. (Vide protocolo PT.GRL.105 - "Antibioterapia em Perfusão no Doente Crítico " para beta lactâmicos e vancomicina).

**Este anexo apenas descreve dose de carga a administrar na 1ª hora.**

**1. Na Sépsis de origem conhecida**

**1.1) Infecção respiratória**

**Pneumonia adquirida na comunidade**

<b>Pneumonia adquirida na Comunidade (PAC)</b>					
<b>Tratamento 1ª linha</b>		<b>Tratamento alternativo (alergia às penicilinas)</b>			
Amoxicilina/clavlaunato (dose de carga 2,2gr) + Claritromicina (dose de carga 500mg)		Levofloxacina (dose de carga 1gr)			
<b>Suspeita de infecção por <i>Pseudomonas Aeruginosa</i></b>					
Piperacilina/tazobactam (dose de carga 4,5gr) ou Ciprofloxacina (400mg se alergia a Betalactâmicos) + Aminoglicosídeo (Gentamicina: 5 a 7 mg/Kg ou Amicacina: 15 a 25 mg/Kg)					
<b>Suspeita de infecção por SAMR</b>					
Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



<b>PROCOLO</b>
<b>VIA VERDE SÉPSIS</b>
Adicionar Vancomicina (dose de carga 25 a 30 g/Kg)

#### Pneumonia nosocomial

<b>Pneumonia nosocomial</b>
<b>Tratamento 1ª linha</b>
Piperacilina/tazobactam (dose de carga:4,5gr)
<b>Factores que aumentam a probabilidade de SAMR, adicionar ao anterior:</b>
Vancomicina (Bólus de 25 a 30 mg/Kg)

#### Pneumonia associada ao Ventilador (PAV)

<b>PAV</b>
<b>Associar Antibióticos com atividade MRSA e antipseudomonal:</b>
Vancomicina (Bólus de 25 a 30 mg/Kg) + Piperacilina/tazobactam (dose de carga:4,5gr) +/- Gentamicina ** (5 a 7mg/Kg) ou Amicacina (15 a 25 mg/Kg)

\*\*Sugere-se administração de 2 antibióticos antipseudomonais de diferentes classes para o tratamento empírico de suspeita de PAV, em doentes com os seguintes: 1 fator de risco de resistência antimicrobiana (uso prévio de antibióticos endovenosos em 90d), doentes em unidades onde >10% dos isolamentos de Gram-negativos são resistentes a um agente.

#### 1.2) Infecção urinária

<b>Infecção urinário</b>
<b>Pielonefrite aguda não complicada</b>
Cefuroxime (Dose de carga de 1,5 gr)
<b>ITU complicada * (7-14 dias até 21 dias)</b>
Ceftriaxone (Bólus 2gr) ou Amoxicilina + Ac. Clavulânico (2,2gr) +/- Gentamicina (Bólus de 5 a 7 mg/Kg)

\*Entende-se por ITU complicada, ITU associada a condições que aumentam o risco de aquisição de infecção ou de falência terapêutica, como sejam as alterações estruturais do trato genito-urinário ou de doença subjacente que interfira com os mecanismos de defesa do hospedeiro: género masculino, idosos, infecção nosocomial, gravidez, presença de um cateter ou stent urinogenital ou cateterização vesical intermitente, intervenção recente no trato urinário, lesão química ou radica do uroepitélio, alteração anatómica ou funcional do trato urinário (doença renal poliquística do

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**PROCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

adulto, refluxo vesico-uretral, uropatia obstrutiva), uso recente de antimicrobianos, sintomas com mais de 7 dias de evolução, IRC, transplante renal, Diabetes Mellitus e imunossupressão.

**1.3) Peritonite**

<b>Infeção intra-abdominal*</b>
<b>Adquirida na comunidade</b>
Cefuroxima (1,5gr) + Metronidazol (500mg)
<b>Nosocomial ou precedida de antibioterapia de largo espectro</b>
Piperacilina/tazobactam (4,5gr)
Iniciar Fluconazol (dose de carga: 12mg/kg) se Candida Score ** >3

\*Nos quadros de infeção intra-abdominal persistente submetidos a antibioterapia é grande a possibilidade de isolamento de cândida em culturas do líquido peritoneal, quer por si só não têm qualquer indicação para prescrição de antifúngicos em doentes não imunodeprimidos

\*\*Candida Score: Sepsis severa: 2 pontos, Nutrição Parentérica Total: 1 ponto, Intervenção Cirúrgica: 1 ponto, Colonização por Cándida multifocal: 1 ponto.

**1.4) Infeção da pele e tecidos moles – Celutite, erisipela, impetigo linfangite**

<b>Infeção da pele e tecidos moles</b>
<b>Acima da cintura pélvica</b>
<i>MSSA, Strep. do grupo A=Gérmens mais prováveis</i>
Ampicilina (bólus de 200mg/Kg) ou Penicilina G (4 milhões de unidades)
Em caso de alergia à Penicilina, usar Claritromicina (500mg)
+/. Clindamicina (Bólus de 600mg)
<b>Abaixo da cintura pélvica</b>
<i>Strep. do grupo A ou B; P.mirabilis; K.pneumoniae; E.Coli; MSSA</i>
Ceftriaxione (Bólus de 2gr)
<b>Infeção grave de tecidos moles polimicrobiana</b>
Meropenem (Bólus de 2gr)
<b>Mionecrose e gangrena gasosa</b>
Penicilina G (4 milhões de unidades) ou Claritromicina (500mg) se alergia à Penicilina

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

<b>PROTÓCOLO</b>
<b>VIA VERDE SÉPSIS</b>

+
Clindamicina (Bólus de 600mg)
<b>Fasceite necrosante</b>
<b>Grangena de Fournier</b>
<i>Strep. do grupo A, SAMS, Strep. anaeróbios, Clostridium spp</i>
Penicilina G (4 milhões de unidades) ou Claritromicina (500mg) se alergia à Penicilina + Clindamicina (Bólus de 600mg)
<b>Celulite grave ou Abscessos necrosantes</b>
SAMS = Gérmen mais provável (considera SAMR em infeções graves)
Flucloxacilina (Bólus 2g) ou Cefazolina (2 gr) em alergia leve à oxacilina Consedir Vancomicina se SAMR possível – 25 a 30 mg/Kg ou se existe alergia severa a oxacilina

**1.5) Infeção em prótese e cateteres intravasculares**

<b>Infeção em próteses</b>
<b>Próteses valvulares cardíacas* &lt;12 meses (nosocomial)</b>
Vancomicina (25 a 30mg/Kg) + Gentamicina (5 a 7mg/Kg) + Rifampicina (1200mg ev)
<b>Próteses valvulares cardíacas &gt;12 meses (adquirida na comunidade)</b>
Ampicilina (200mg/Kg) * + Flucloxacilina (2gr)* + Gentamicina (5 a 7 mg/Kg)

\* Em caso de alergias severas a ampicilina e/ou oxacilina ponderar o esquema para infeções em <12 meses.

<b>Infeções de prótese ortopédicas</b>
<b>Suspeita de <i>Staphylococcus metilina sensível</i></b>
Flucloxacilina (2gr) + Rifampicina (1200mg) Em caso de alergia leve oxacilina, substituir por cefazolina 2gr ou vancomicina (25-30mg/Kg na alergia severa)
<b>Suspeita de <i>Staphylococcus metilina resistente</i></b>
Vancomicina (25 a 30mg/Kg) + Rifampicina (1200mg)
<b>Suspeita de <i>Streptococcus spp (exceto agalactiae)</i></b>

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

<b>PROTOCOLO</b>
<b>VIA VERDE SÉPSIS</b>
Ceftriaxone (2gr)
<b>Suspeita de <i>Enterococcus spp</i> (sensíveis à Penicilina) e <i>Strep. agalactiae</i></b>
Amoxicilina/Clavulanato (2,2gr) + Gentamicina (5 a 7mg/Kg) ou Amicacina (15 a 25mg/Kg)
<b>Sépsis associada a CVC</b>
<b>Gérmens possíveis:</b>
<b>MRSA/MSSA; <i>Klebsiella spp</i>; <i>Enterobacter spp</i>; <i>P.Aeruginosa</i></b>
Vancomicina (25 a 30mg/Kg) +/- Piperacilina/tazobactam (4,5g)

### 1.6) Meningite

<b>Infeção do SNC</b>
<b>Sem factores de risco</b>
Gérmens possíveis; <i>N. meningitidis</i> ; <i>H. Influenzae</i> ; <i>s. pneumoniae</i>
Ceftriaxone (2g) +/- Vancomicina* (25 a 30 mg/Kg)
<b>Idade &gt; 50 anos, Caquexia</b>
Gérmens possíveis; <i>N. meningitidis</i> ; <i>H. Influenzae</i> ; <i>s. pneumoniae</i>
Adicionar ampicilina (200mg/Kg) ao esquema anterior
<b>Portador de Derivação ventriculoperitoneal</b>
Piperacilina/tazobactam (4,5g) + Vancomicina (25 a 30mg/Kg)
<b>Ventriculite / Meningite nosocomial</b>
Piperacilina/tazobactam (4,5g) + Vancomicina (25 a 30mg/Kg)

\*factores de risco para infeção por SAMR

### 2. Na Sépsis de origem desconhecida

<b>Sem foco identificado</b>
<b>Associar Antibióticos com atividade MRSA e antipseudomonal</b>
Vancomicina ( Bólus de 25 a 30mg/Kg) + Piperacilina/tazobactam (Bólus de 4,5g) +/- Gentamicina (5 a mg/Kg) ou Amicacina (15 a 25 mg/Kg)

**Em todos os esquemas apresentados, independentemente do local de infeção:**

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

**PROCOLO**

**VIA VERDE SÉPSIS**

Nos doentes com história de reacção anafiláctica/alérgica ao piperacilina/tazobactam este deve ser substituído pelo meropenem (2 gr). Se coexistir contra-indicação ao uso do meropenem, deverá em última escolha ser substituído pela ciprofloxacina (400mg).

A escolha de ABT deve tomar em conta sempre (especialmente nas infecções nosocomiais) a existência e tempo de ABT prévia assim como potenciais alergias pelo que a opção médica final pode ser diferente daquilo que é proposto neste anexo.

Nº DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG.Nº

Apêndice XIV – **Folha de Ativa o Via Verde S epsis**

**SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA  
VIA VERDE SÉPSIS**

Etiqueta de identificação do Utente

**Triagem Enfermagem às: \_\_\_ h \_\_\_ m**

Assinale com **X** os critérios de presunção de infeção

Alteração da temperatura (> 38,3° ou < 36°C) associada a :	Cefaleia	
	Confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência	
	Dispneia ou tosse	
	Icterícia	
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)	
	Disúria ou polaquiúria	
	Dor lombar	
	Sinais inflamatórios cutâneos extensos	

Assinale com **X** 1 critério (pelo menos) de inflamação sistémica

Confusão e/ou alteração do estado de consciência	
FC > 90 com tempo de preenchimento capilar aumentado	
FR > 22 ciclos por minuto	

Acionou **VVS** às \_\_\_ h \_\_\_ m Assinatura Enfermeiro / nº Mec: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Primeira observação Médica : \_\_\_ h \_\_\_ m**

Assinale com **X** os sinais de presunção de infeção:

Alteração da temperatura (> 38,3° ou < 36°C) associada a :	Cefaleia	
	Confusão e/ou diminuição aguda do estado de consciência	
	Dispneia ou tosse	
	Icterícia	
	Dor abdominal (distensão ou diarreia)	
	Disúria ou polaquiúria	
	Dor lombar	
	Sinais inflamatórios cutâneos extensos	



**SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA  
VIA VERDE SÉPSIS**

Assinale com **X** os critérios de hipoperfusão:

TAS < 90 mmHg <i>ou</i>	
Lactato > 4mmol/L	

Assinale com **X** os critérios de exclusão de VVS

Gravidez	
ICC descompensada / Síndrome coronário agudo	
Doença cerebrovascular aguda	
Hemorragia digestiva ativa	
Estado de mal asmático	
Politrauma / Grandes queimados	
Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico (situação para limitação de cuidados)	

**Confirma VVS** às \_\_\_h\_\_\_m Sim  Não  Assinatura Médico/NºMec: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Exames complementares de diagnóstico iniciais:

Hemoculturas	
Outros exames microbiológicos	
Gasometria	
Hemograma	
Ionograma	
Função Renal	
PCR, glicose	
Estudo coagulação	
Rx tórax	

Inicia fluidoterapia, cristalóides (30cc/Kg peso/30 min).

Peso estimado do doente : \_\_\_\_\_ Kgs Volume a infundir: \_\_\_\_\_ cc

Inicia antibioterapia com: \_\_\_\_\_

Se precisar de vasopressores pedir **observação pelo médico da UCIP:** \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m

Assinatura Médico/nºMec: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Apêndice XV – Lista de Conteúdo/Verificação da Mala de Transferência Inter-Hospitalar: SAV**



**Mala de Transferência Inter-Hospitalar - SAV**

	Quant	Validade	S/N
SISTEMA DESCART. P/RESSUSCITACAO MANUAL, ADULTO TIPO "AMBU" COM MÁSCARA	1		
<b>Medicação</b>			
Adrenalina 1 mg/1 ml Sol Inj Fr 1 ml ICardiaca IM IV SC	6		
Aminofilina 240 mg/10 ml Sol Inj Fr 10 ml IV	1		
Amiodarona 50mg/ml Sol Fr 3 ml IV	4		
Atropina 0.5 mg/1 ml Sol Inj Fr 1 ml IM IV SC	6		
Furosemida 20 mg/2 ml Sol Inj Fr 2 ml IM IV	6		
Hidrocortisona 100 mg Pó sol Inj Fr IM IV	2		
Bicarbonato de sódio 84 mg/ml Sol Inj Fr 100 ml IV	2		
Água para preparação Injectáveis Fr 10 ml	5		
<b>Outra Medicação</b>			
Sulfato de Magnésio 2000mg/10ml Sol Inj Fr 10ml IM IV	2		
Ácido Tranexâmico 100mg/ml Sol Inj Fr 3ml IV	2		
Aminofilina 240mg/10ml Sol Inj Fr 10l IV	2		
Dinitrato de Isossorbida 10mg/10ml Sol Inj	2		
Metoclopramida 10 mg/2ml Sol Inj Fr 2ml IM IV	2		
Glucose 300ml/ml Sol Inj Fr 20 ml	4		
Paracetamol 1000mg/100ml IV	1		
Propofol 10 mg/ml Emul Inj 20ml IV	1		
Tramadol 100mg/2ml Sol Inj IM IV SC	2		
Diazepam 10 mg Ampola 2ml IV	2		
Midazolam 15 mg Ampola 3ml IV	2		
Midazolam 30 mg Ampola 10 ml IV	2		
Salbutamol 2,5mg Frasco	1		
Brometo Ipratrópio 0,5mg monodose	2		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 1 ML (Insulina)	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 2 ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 5 ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 10ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 20 ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 50 ML	2		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 0,5X18MM - 25G SC	5		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 1,2X40MM - 18G Diluição	5		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 0,9X25MM – 23 EV	5		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 0,9X25MM - 21G IM	5		
<b>Via Aérea</b>			
Laringoscópio com várias lâminas (disponível nos carros de emergência)			
Pilha alcalina LR14 1,5V - média	2		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 10 ML	3		
Tetracaina 45mg/6g	2		
Tiras de Nastro 150 cm	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CUF 6,5	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CUF 7,0	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CUF 7,5	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CUF 8	2		
Máscara laríngea Descartável nº 4	1		
Máscara laríngea Descartável nº 5	1		
TUBO GUEDEL N. 2	1		
TUBO GUEDEL N. 3	1		
TUBO GUEDEL N. 4	1		
Máscara p/ adm. Oxigénio Alto débito com reservatório e tubo	1		



**Mala de Transferência Inter-Hospitalar - SAV**

Mascara p/ Oxigénio com doseador e tubo p/ adulto	1		
Mascara com nebulizador p/ adulto com tubo	1		
Estetoscópio	1		
Filtro HEM	1		
Rolo Adesivo 1cm	1		
Sonda de Aspiração CH 14	2		
Sonda de Aspiração CH 16	2		
Sonda de Aspiração CH 18	2		
<b>Circulação/Fluidoterapia</b>			
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 300ml IV (saco)	1		
Ringer + Lactato Sol Inj Fr 300ml IV	1		
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 100ml IV (saco)	2		
Dextrose 3% SF 300ml IV	1		
Dextrose 3% H2O 100ml IV	2		
SISTEMA P/ADMINISTRACAO DE SORO	4		
SISTEMA P/ADMINISTRACAO DE SORO MICROGOTAS	1		
Mini-Spike	2		
Tiras de Adesivo (Mefix)	10		
Rolo adesivo 3 cm	1		
TORNEIRA 3 VIAS	3		
Obturador anti-picada	4		
PROLONGADOR VENOSO STANDARD 25CM M/F	2		
PROLONGADOR VENOSO STANDARD 150CM M/F	2		
CATETER ENDOV. C/AG. P/VEIAS PERIFER. 18 G C/SIST. ANTI-PICADA	3		
CATETER ENDOV. C/AG. P/VEIAS PERIFER. 20 G C/SIST. ANTI-PICADA	3		
CATETER ENDOV. C/AG. P/VEIAS PERIFER. 22 G C/SIST. ANTI-PICADA	3		
GARROTE	1		
Tesoura	1		
Pinça/ Clampo	1		
Solução para desinfeção Cutânea frasco	1		
Caneta de Tinta Permanente	1		
COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL 7,5x7,5 CM (EMB. 5)	4		
COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL 20x15 CM (EMB. 5)	4		
COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL 10x10 CM (EMB. 5)	4		
Cloreto de sódio 9 mg/ml Solução p/ Irrigação Frasco 100 ml	2		
LUVA CIRURGICA LATEX ESTERIL N. 7	2		
LUVA CIRURGICA LATEX ESTERIL N. 7,5	2		
Luvas Nitrilo M (caixa)	1		
Máquina Glicémia	1		
Reagentes p/ determinação glicémia (caixa)	1		
<b>Outro Material</b>			
SONDA NASOGASTRICA CH 16	1		
SONDA NASOGASTRICA CH 18	1		
SACO URINA ESTERIL 2 LITROS C/DISP. SAIDA, VALVULA ANTI-RETORNO, CLAMP FECHO	2		
SERINGA IRREC. C/BICO 100 CC	2		
TAMPA P/SONDAS (CONICA)	2		
Saco Resíduos Grupo I/II (preto)	1		
Saco Resíduos Grupo III (branco)	1		
ELECTRODOS DISPOSABLE	10		
Máscara com viseira	2		

**Apêndice XVI - Lista de Conteúdo/Verificação da Mala de Transferência Intra-Hospitalar**



**Mala Transferência Intra-Hospitalar**

Designação	Quantidade	validade	S/N
<b>Via Aérea</b>			
Tubo Guedel nº2	1		
Tubo Guedel nº3	1		
Tubo Guedel nº4	1		
Sonda de Aspiração CH10	2		
Sonda de Aspiração CH18	2		
Máscara p/ Admin Oxigénio Alta Concentração com reservatório			
Sistema Descart. p/ ressuscitação manual adulto tipo "Ambu" c/ másc (disponível na unidade do utente)	1		
Compressa Gaze Hidrófila Estéril 10x10 cm	4		
Eléctrodos Disposable	10		
Seringa Irrec. de lavagem 100ml	1		
Sonda Nasogástrica nº18	1		
Saco Urina Estéril 1,5 Litros c/ Válvula	1		
Tampa p/ Sondas (Cónica)	1		
Pinça/Clampo	1		
<b>Circulação</b>			
Cateter EV Periférico 16G c/ Sit. Ant-picada	2		
Cateter EV Periférico 18G c/ Sit. Ant-picada	2		
Cateter EV Periférico 20G c/ Sit. Ant-picada	2		
Solução desinfeção cutânea Frasco	1		
Torneira 3 vias	2		
Obturador IV Anti-picada	2		
Prolongador Venoso Standard 25cm	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 25G SC	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 21G IM	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 23G EV	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 18G Diluição	2		
Seringa Irrec.2 peças 10ml	2		
Seringa Irrec.2 peças 5ml	2		
Seringa Irrec.2 peças 20ml	2		
Tiras Adesivo Mefix	10		
Rolo Adesivo 1cm	1		
Sistema p/ Administração Soro	2		
Água para preparações injectáveis Sol Inj Fr 10ml	2		
Garrote	1		
<b>Medicação</b>			
Adrenalina 1mg/1ml Sol Inj Fr 1ml ICardiaca IM IV SC	6		
Amiodarona 150mg/3ml Sol Inj Fr 3ml IV	2		
Atropina 0,5mg/1ml Sol Inj Fr 1ml IM IV SC	6		
Hidrocortisona 100mg Pó Sol Inj Fr IM IV	2		
Furosemda 20mg/2ml Sol Inj Fr 2ml IM IV	4		
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 300ml IV	1		
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 100ml IV	2		
Dextrose 5% $H_2O$ Sol Inj 100ml	1		
<b>Kit - Glicémia</b>			
Lanceta Automática Uso Único	5		
Reagente p/ Determinação Glicémia	10		
Máquina Determinação Glicémia	1		
Seringa Irrec.2 peças 20ml	2		
Glucose 300ml/ml Sol Inj Fr 20ml IV	2		
Compressa Gaze Hidrófila Estéril 7,5x7,5 cm	4		
<b>Outros</b>			
Luvas Nitrilo M	10		
Luvas Nitrilo L	10		

**Apêndice XVII – Procedimento de Qualidade (PQ-01-UCIDEM) Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM**



**PQ-01-UCIDEM**  
**Transporte Secundário de Doentes da**  
**UCIDEM**

**1 – OBJETIVO:**

Definir procedimentos, material e equipamentos relacionados com o transporte secundário (Intra e Inter-Hospitalar) de doentes da UCIDEM

**2 – DEFINIÇÕES:**

**2.1 – Siglas**

BO – Bloco Operatório

ECD's – Exames Complementares de Diagnóstico

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

**2.2- Conceitos**

MALA DE EMERGÊNCIA – unidade móvel transportadora de material, fármacos e de equipamentos, necessário para manter a estabilidade hemodinâmica do doente crítico ou para a reanimação cardiorrespiratória

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: transporte do doente na instituição, com o intuito de realizar ECD's, transporte do BO, ou de outro serviço que assim o justifique.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR: transferência do doente para outra instituição hospitalar.

**3 – DESCRIÇÃO:**

O transporte secundário do utente crítico justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, na realização de ECD's e/ou procedimentos terapêuticos, não efetuáveis na UCIDEM. Sabendo que todo o transporte acarreta potenciais riscos para o doente e para os profissionais de saúde envolvidos no processo, determina-se o seguinte:

**A)** Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), responsáveis pelo transporte secundário, devem estar atualizados sobre as normas de transporte de doentes críticos de acordo com a SPCI.

**B)** Os profissionais de saúde devem ter conhecimento do material e equipamento que deve acompanhar o doente obrigatoriamente, e quando requisitado expressamente.



**PQ-01-UCIDEM**  
**Transporte Secundário de Doentes da**  
**UCIDEM**

**Obrigatório:**

- Monitor O<sub>2</sub> + adjuvantes da via aérea
- Insuflador manual
- Aspirador elétrico (verificar disponibilidade em vários pontos da unidade hospitalar)
- Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas
- Mala de apoio ao transporte (Intra ou Intra-Hospitalar)
- Equipamento de comunicações

**Requisitado:**

- Monitor desfibrilhador
- Laringoscópio
- Kit de drenagem torácica
- Ventilador de transporte
- Fármacos necessários para manter a estabilidade eléctrica e hemodinâmica do doente durante o transporte

**3.1- Malas de Transporte**

Foram elaboradas duas malas de apoio ao transporte, de forma a dar resposta à necessidade de transporte/transferência dos doentes da UCIDEM: uma com a designação de mala de transporte Intra-Hospitalar e a outra com a designação de mala SAV.

1) O enfermeiro da UCIDEM designado, preferencialmente o elemento de ligação à Gestão do Risco, deve efetuar a revisão do conteúdo das malas conforme anexo I e II, responsabilizando-se pela sua optimização;

2) As malas têm na sua carga fármacos que, pelo seu carácter de estupefaciente ou de necessidade de refrigeração, devem ser contemplados para o transporte sob condições especiais e a pedido prévio expresso do médico responsável pelo transporte (ex.: morfina, fenobarbital, insulina);

3) As malas de transporte são consideradas malas de apoio ao SAV ou a outro evento crítico durante o transporte. Todo o material que se prevê utilizar durante o transporte deve ser preparado com a devida antecedência e não deve ser retirado das malas.

	<b>PQ-01-UCIDEM</b> <b>Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM</b>
---	--

4) Aquando da sua utilização deve ser preenchido o anexo III ou IV, com registo do motivo da sua abertura e proceder-se à sua higienização

#### 4 - RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Definição do material que contém as malas e sua localização	Director do Serviço e elo de ligação da UCIDEM à gestão de risco
Organização das malas	Elo de ligação da UCIDEM à gestão de risco
Alteração às malas de transporte	Director do Serviço e elo de ligação da UCIDEM à gestão de risco
Manutenção bimensal	Elo de ligação da UCIDEM à gestão de risco
Reposição após utilização	Elemento que utilizou a mala
Registos	Elo de ligação da UCIDEM à gestão de risco e elemento que utilizou a mala

#### 5 - SITUAÇÕES A PONDERAR

**5.1** – Transporte de doente crítico da UCIDEM efetuado por elemento não pertencente à UCI → ao utilizar as malas de apoio ao transporte, deverá efetuar-se o registo no Livro de Ocorrências e informar o Elo de ligação da UCIDEM à Gestão de Risco.

**5.2** – Transporte de doente crítico de outro serviço por elemento da UCIDEM → a determinação da necessidade da utilização das malas de apoio ao transporte, é da Responsabilidade Médica do Serviço de Origem.

#### 6 – BIBLIOGRAFIA

Unidade de Gestão de Risco (2017). *Organização dos Carros e Malas de Emergência nos hospitais e centros de saúde da ULSNA-EPE*. Procedimento de Qualidade nº1, Portalegre. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.


 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - ULSNA	<b>PQ-01-UCIDEM</b> <b>Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM</b>
---	--

### 7 – APROVAÇÃO

Edição 01 Data 23/01/2020	Elaborado por: Marta Ferreira M <sup>o</sup> José Catalão	Revisto por:	Autorizado por:
------------------------------	---	--------------	-----------------

### ANEXOS

#### Anexo I

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - ULSNA	<b>Mala Transferência Intra-Hospitalar</b>		
Designação	Quantidade	Validade	S/N
<b>Via Aérea</b>			
Tubo Guedel nº2	1		
Tubo Guedel nº3	1		
Tubo Guedel nº4	1		
Sonda de Aspiração CH16	2		
Sonda de Aspiração CH16	2		
Máscara p/ Admin Oxigénio Alta Concentração com reservatório			
Sistema Descart. p/ ressuscitação manual adulto tipo "Ambu" c/ másc (disponível na unidade do utente)	1		
Compressa Gaze Hidrofíla Estéril 10x10 cm	4		
Eléctrodos Disposable	10		
Seringa Irrec. de lavagem 100ml	1		
Sonda Nasogástrica nº18	1		
Saco Urina Estéril 1,5 Litros c/ Válvula	1		
Tampa p/ Sondas (Cónica)	1		
Pinça/Clampo	1		
<b>Circulação</b>			
Cateter EV Periférico 16G c/ Sit. Anti-picada	2		
Cateter EV Periférico 18G c/ Sit. Anti-picada	2		
Cateter EV Periférico 20G c/ Sit. Anti-picada	2		
Solução desinfeção cutânea Frasco	1		
Tomeira 3 vias	2		
Oblurador IV Anti-picada	2		
Prolongador Venoso Standard 25cm	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 25G SC	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 21G IM	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 23G EV	2		
Aguilha Hipodérmica Irrec. 18G Diluição	2		
Seringa Irrec. 2 peças 10ml	2		
Seringa Irrec. 2 peças 5ml	2		
Seringa Irrec. 2 peças 20ml	2		
Tiras Adesivo Mefix	10		
Rolo Adesivo 1cm	1		
Sistema p/ Administração Soro	2		
Água para preparações injectáveis Sol Inj Fr 10ml	2		
Garrote	1		



**PQ-01-UCIDEM**  
**Transporte Secundário de Doentes da**  
**UCIDEM**

Medicação			
Adrenalina 1mg/1ml Sol Inj Fr 1ml ICardiaca IM IV SC	6		
Amlodarona 150mg/3ml Sol Inj Fr 3ml IV	2		
Atropina 0,5mg/1ml Sol Inj Fr 1ml IM IV SC	6		
Hidrocortisona 100mg Po Sol Inj Fr IM IV	2		
Furosemida 20mg/2ml Sol Inj Fr 2ml IM IV	4		
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 500ml IV (saco)	1		
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 100ml IV (saco)	2		
Dextrose 5% H2O Sol Inj 100 ml IV	1		
<b>Kit - Glicémia</b>			
Lancefa Automática Uso Unico	5		
Reagente p/ Determinação Glicémia	10		
Máquina Determinação Glicémia	1		
Seringa Irrec.2 peças 20ml	2		
Glucose 300ml/ml Sol Inj Fr 20ml IV	2		
Compressa Gaze Hidrófila Estéril 7,5x7,5 cm	4		
<b>Doutros</b>			
Luvas Nitrilo M	10		
Luvas Nitrilo L	10		

**Anexoll**



**Mala Transferência Intra-Hospitalar**

	Quant	Validade	S/N
SISTEMA DESCART. P/RESSUSCITACAO MANUAL, ADULTO TIPO "AMBU" COM MÁSCARA	1		
<b>Medicação</b>			
Adrenalina 1 mg/1 ml Sol Inj Fr 1 ml ICardiaca IM IV SC	6		
Aminofilina 240 mg/10 ml Sol Inj Fr 20 ml IV	1		
Amlodarona 50mg/ml Sol Fr 3 ml IV	4		
Atropina 0,5 mg/1 ml Sol Inj Fr 1 ml IM IV SC	6		
Furosemida 20 mg/2 ml Sol Inj Fr 2 ml IM IV	6		
Hidrocortisona 100 mg Po sol Inj Fr IM IV	2		
Bicarbonato de sódio 84 mg/ml Sol Inj Fr 100 ml IV	2		
Água para preparação injectáveis Fr 10 ml	5		
<b>Outra Medicação</b>			
Sulfato de Magnésio 2000mg/10ml Sol Inj Fr 10ml IM IV	2		
Ácido Tranexémico 100mg/ml Sol Inj Fr 5ml IV	2		
Aminofilina 240mg/10ml Sol Inj Fr 20l IV	2		
Dinitrato de isossorbida 20mg/10ml Sol Inj	2		
Metoclopramida 10 mg/2ml Sol Inj Fr 2ml IM IV	2		
Glucose 300ml/ml Sol Inj Fr 20 ml	4		
Paracetamol 1000mg/100ml IV	1		
Propofol 10 mg/ml Emul Inj 20ml IV	1		
Tramadol 100mg/2ml Sol Inj IM IV SC	1		
Diazepam 10 mg Ampola 2ml IV	1		
Midazolam 15 mg Ampola 3ml IV	2		
Midazolam 50 mg Ampola 10 ml IV	2		



**PQ-01-UCIDEM**  
**Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM**

Salbutamol 2,5mg Frasco	1		
Brometo Ipratrópio 0,5mg monodose	2		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 1 ML (Insulina)	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 2 ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 3 ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 10ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 20 ML	5		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 30 ML	2		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 0.5X36MM - 23G SC	5		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 1,2X40MM - 18G Diluição	5		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 0.9X25MM - 23 EV	5		
AGULHA HIPODERMICA IRREC. 0.9X25MM - 23G IM	5		
<b>Via Aérea</b>			
Laringoscópio com várias lâminas (disponível nos carros de emergência)			
Pinha alcalina LR14 1.3V - média	2		
SERINGA IRREC. 2 PECAS 10 ML	3		
Tetracaina 45mg/5g	2		
Tiras de Nastro 150 cm	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CLUF 6,5	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CLUF 7,0	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CLUF 7,5	2		
TUBO ENDOTRAQUEAL C/CLUF 8	2		
Máscara laríngea Descartável nº 4	1		
Máscara laríngea Descartável nº 5	1		
TUBO GUEDEL N. 2	1		
TUBO GUEDEL N. 3	1		
TUBO GUEDEL N. 4	1		
Máscara p/ adm. Oxigénio Alto débito com reservatório e tubo	1		
Máscara p/ Oxigénio com doseador e tubo p/ adulto	1		
Máscara com nebulizador p/ adulto com tubo	1		
Esfetoscópio	1		
Filtro HEM	1		
Rolo Adesivo 1cm	1		
Sonda de Aspiração CH 14	2		
Sonda de Aspiração CH 16	2		
Sonda de Aspiração CH 18	2		
<b>Circulação/Fluidoterapia</b>			
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 500ml IV (saco)	1		
Ringer + Lactato Sol Inj Fr 500ml IV	1		
Cloreto Sódio 9mg/ml Sol Inj 100ml IV (saco)	2		
Dextrose 5% SF 500ml IV	1		
Dextrose 5% H2O 100ml IV	2		
SISTEMA P/ADMINISTRAÇÃO DE SORO	4		
SISTEMA P/ADMINISTRAÇÃO DE SORO MICROGOTAS	1		
Mini-Spike	2		
Tiras de Adesivo (Mefix)	10		
Rolo adesivo 5 cm	1		
TORNEIRA 3 VIAS	3		
Oblturador anti-picada	4		
PROLONGADOR VENOSO STANDARD 23CM M/F	2		
PROLONGADOR VENOSO STANDARD 130CM M/F	2		
CATETER ENDOV. C/AD. P/VEIAS PERIF. 18 G C/SIST. ANTI-PICADA	3		



**PQ-01-UCIDEM**  
**Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM**

CATETER ENDOV. C/AD. P/VEIAS PERIFER. 20 O C/SIST. ANTI-PICADA	3		
CATETER ENDOV. C/AD. P/VEIAS PERIFER. 22 O C/SIST. ANTI-PICADA	3		
GARROTE	1		
Tesoura	1		
Pinça/ Clampo	1		
Solução para desinfeção Cutânea frasco	1		
Caneta de Tinta Permanente	1		
COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL 7,5x7,5 CM (EMB. 5)	4		
COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL 20x15 CM (EMB. 5)	4		
COMPRESSA GAZE HIDROFILA ESTERIL 10x10 CM (EMB. 5)	4		
Clareto de sódio 9 mg/ml Solução p/ irrigação Frasco 100 ml	2		
LUVA CIRURGICA LATEX ESTERIL N. 7	2		
LUVA CIRURGICA LATEX ESTERIL N. 7-5	2		
Luvas Nitrilo M (caixa)	1		
Máquina Glicémia	1		
Reagentes p/ determinação glicémia (caixa)	1		
<b>Outro Material</b>			
SONDA NASOGASTRICA CH 18	1		
SONDA NASOGASTRICA CH 18	1		
SACO URINA ESTERIL 2 LITROS C/DISP. SAIDA, VALVULA ANTI-RETORNO, CLAMP FECHO	2		
SERINGA IRRREC. C/BICO 100 CC	2		
TAMPA P/SONDAS (CONICA)	2		
Saco Resíduos Grupo I/II (preto)	1		
Saco Resíduos Grupo III (branco)	1		
ELECTRODOS DISPOSABLE	10		
Máscara com visor	2		

**Anexo III**



**REGISTO DE ABERTURA DE MALA DE TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR**

DATA E HORA	MOTIVO	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA	NºMEC
___/___/___ :___	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
___/___/___ :___	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
___/___/___ :___	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
___/___/___ :___	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
___/___/___ :___	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			

Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emilio Moreira

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Responsável Serviço: \_\_\_\_\_

	<b>PQ-01-UCIDEM</b> <b>Transporte Secundário de Doentes da UCIDEM</b>
---	--

Baseado no MOD.15.UGR.02

**Anexo IV**

		<b>REGISTO DE ABERTURA DE MALA DE TRANSFERÊNCIA SAV</b>			
DATA E HORA	MOTIVO	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA	NºMEC
____/____/____ :____:____	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
____/____/____ :____:____	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
____/____/____ :____:____	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
____/____/____ :____:____	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
____/____/____ :____:____	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			

Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emilio Moreira

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Responsável Serviço: \_\_\_\_\_

Baseado no MOD.15.UGR.02

Apêndice XVIII – **Registo de Abertura da Mala de Transferência Inter-Hospitalar: SAV**



**REGISTO DE ABERTURA DE MALA DE TRANSFERÊNCIA SAV**

DATA E HORA	MOTIVO	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA	NºMEC
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			

Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emilio Moreira

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Responsável Serviço: \_\_\_\_\_

Baseado no MOD.15, UGR.02

Apêndice XIX - **Registo de Abertura da Mala de Transferência Intra-Hospitalar**



**REGISTO DE ABERTURA DE MALA DE TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR**

DATA E HORA	MOTIVO	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA	NºMEC
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			
__/__/____ __:__	Verificação Bimensal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	Reposição <input type="checkbox"/> Check-List <input type="checkbox"/> Validade <input type="checkbox"/>			

Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emilio Moreira

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Responsável Serviço: \_\_\_\_\_

Baseado no MOD.15, UGR.02

Apêndice XX – Folheto sobre: Programa de Notifica o de Incidentes: Porquê Notificar?

## **PROGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES: HER\***

### **PORQUÊ NOTIFICAR?**

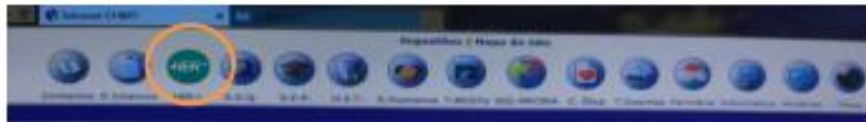
A notificação de incidentes de segurança é encarada como uma ferramenta para identificar os riscos, os perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor proporciona a partilha de aprendizagens com o erro.

A notificação é voluntária e visa o desenvolvimento de uma análise causal para que medidas sejam tomadas de forma a evitar novos episódios.

A notificação pode ser anónima e não é punitiva.

### **COMO NOTIFICAR**

Na página da intranet do CHMT, seleccionar a aplicação HER\*



Para notificar, pode entrar com a sua login do CHMT ou como Anónimo, se não quiser ser identificado.



Quando a aplicação abre, é lhe pedido para escolher o tipo de incidente a notificar: Clínico ou não Clínico (O programa apresenta uma breve definição sobre cada tipo de risco).

**Tipo de risco: Não Clínico e Clínico:**

Risco não Clínico	Risco Clínico:
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Segurança no Trabalho</li><li>❖ Instalações e Equipamentos</li><li>❖ Sistemas de Informação</li><li>❖ Logística</li><li>❖ Hotelaria</li><li>❖ Vigilância</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Gestão do Percurso do utente</li><li>❖ Procedimento Clínico/Processo de Prestação Documentação</li><li>❖ Infecção Associada aos Cuidados de Saúde</li><li>❖ Medicação/Fluidos Intra-venosos</li><li>❖ Sangue e Hemoderivados</li><li>❖ Alimentação e Dieta</li><li>❖ Gases Medicinais</li><li>❖ Dispositivo/Equipamento Médico</li><li>❖ Comportamento</li><li>❖ Acidente do Utente (exceto Queda do Utente)</li><li>❖ Infra-estruturas/Edifício/Instalações</li><li>❖ Recursos e Gestão Organizacional</li></ul>

De seguida é preencher os campos apresentados pela aplicação, de forma a caracterizar o incidente: identificando o local, o doente ou profissional, os efeitos adversos e o que acções se podem tomar de forma a evitar a sua recorrência.

O conhecimento mais importante para a segurança do doente é aquele que permite prevenir a ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados.



**PARA A SUA SEGURANÇA E DOS DOENTES, NOTIFIQUE!**

Bibliografia: Direcção-Geral de Saúde (s.d.) Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/servicos-on-line/notificacao-sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx> Ministério da Saúde (MS) (2013). Despacho nº 1430-A/2013 de 10 de Fevereiro. Plano Nacional a Segurança dos Doentes 2013-2020. Diário da República, 2ª série, nº 28, 3882 (2)-3882(20).  
Elaborado por: Enfermeira Marta Ferreira, no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Abrantes

Apêndice XXI – **Cartaz sobre a Higienização das Mãos**

## HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

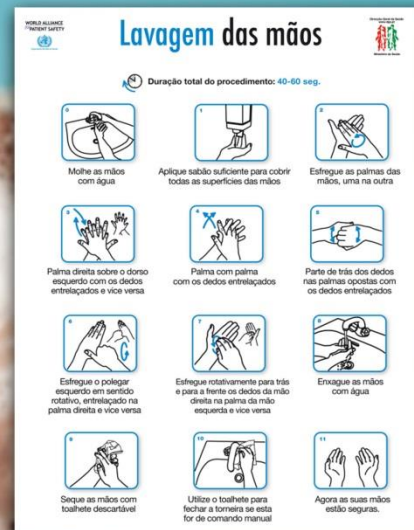
A HIGIENE DAS MÃOS É CONSIDERADA UMA DAS PRÁTICAS MAIS SIMPLES E MAIS EFETIVAS NA REDUÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE. SENDO CONSENSUAL QUE A TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS ATRAVÉS DAS MÃOS ENTRE PROFISSIONAIS DAS UNIDADES E OS CLIENTES É UMA REALIDADE INCONTORNÁVEL. (DGS, 2010)

O PRIMEIRO DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE CLEAN CARE IS SAFER CARE FOI LANÇADO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) EM OUTUBRO DE 2005 DE MODO A REDUZIR A INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) NO MUNDO. E EM 2009, A OMS PUBLICOU AS DIRETRIZES PARA A HIGIENE DAS MÃOS EM CUIDADOS DE SAÚDE AO ABRIGO DO PROGRAMA CLEAN CARE IS A SAFER CARE.

EM PORTUGAL, ESTE PROCEDIMENTO É DADO A CONHECER NA CIRCULAR NORMATIVA DA DGS Nº 13 DE 14 DE JUNHO DE 2010 - ORIENTAÇÃO DE BOA PRÁTICA PARA A HIGIENE DAS MÃOS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE DEMARCA QUE A HIGIENE DAS MÃOS INTEGRADA NO CONJUNTO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS É A MEDIDA MAIS RELEVANTE PARA A PREVENÇÃO NO CONTROLO DE INFECÇÃO. "OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM PROCEDER À HIGIENE DAS MÃOS DE ACORDO COM O MODELO CONCEPTUAL PROPOSTO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), DESIGNADO POR OS "CINCO MOMENTOS", (...)". (DGS,2010:1)

### OS CINCO MOMENTOS PRECONIZADOS PELA OMS SÃO:

1. ANTES DO CONTATO COM O DOENTE;
2. ANTES DOS PROCEDIMENTOS LIMPOS/ASSÉPTICOS;
3. APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS;
4. APÓS CONTATO COM O DOENTE;
5. APÓS CONTATO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE. (DGS,2010)



FONTE: DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

ALUNAS ESTAGIÁRIAS NO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO:  
ENF. ANA JÚLIA NASCIMENTO  
ENF. DANIELA CAMPOS  
ENF. MARTA FERREIRA

**ANEXOS**

**Anexo I – Quadros de ativação da Via Verde Sépsis dos anos 2018 e 2019**

Protocolos	Ativações	
	2018	2019 (até <b>Outubro</b> )
VV AVC	124	126
Dor Torácica	54	5
Monotrauma	2209	1675
VV Sepsis	<b>0</b>	<b>1</b>
Dor moderada	3	1

**Anexo II – Certificado de Participação: “1º Encontro Nacional SIV: Da necessidade à realidade”**



Certifica-se que Marta Ferreira participou no I Encontro Nacional SIV, que decorreu no dia 16 de outubro de 2019.

Pela Comissão Organizadora

*Célia Fernandes*      *Victor Sena*



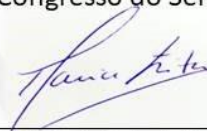
**Anexo III – Certificado de Participação no Curso: “Transporte de Doente Crítico”, inserido no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva**

21, 22 e 23 Novembro 2019  
**2º Congresso**

**SMI** Hospital Prof. Doutor  
Fernando Fonseca

**CERTIFICADO**

Certifica-se que Marta Cristina dos Prazeres Ferreira,  
participou, no Curso de Transporte do Doente Crítico, com a duração de  
7 horas, no dia 22 de Novembro de 2019. Realizado no Hospital  
Professor Doutor Fernando Fonseca, inserido no 2º Congresso do Serviço  
de Medicina Intensiva.



P'Presidente da Comissão Científica



**Anexo IV - Certificado de Participação no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva**

21, 22 e 23 Novembro 2019  
**2º Congresso**

**SMI** Hospital Prof. Doutor  
Fernando Fonseca

**CERTIFICADO**

Certifica-se que Marta Cristina dos Prazeres Ferreira,  
participou, no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital  
Professor Doutor Fernando Fonseca. Realizado no dia 23 de Novembro de  
2019.

  
P'Presidente da Comissão Científica

