



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem,
com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem
à pessoa em situação crítica

**CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM – UMA PERSPETIVA
MULTICULTURAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**SPECIALIZED NURSING CARE – A MULTICULTURAL PERSPECTIVE OF THE
PERSON IN CRITICAL SITUATION**

Por

Raquel Silvestre dos Santos

Lisboa, 2022

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem,
com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem
à pessoa em situação crítica

**CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM – UMA PERSPETIVA
MULTICULTURAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**SPECIALIZED NURSING CARE – A MULTICULTURAL PERSPECTIVE OF THE
PERSON IN CRITICAL SITUATION**

Por

Raquel Silvestre dos Santos

Sob a orientação da

Prof.^a Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2022

“Não tenhamos pressa, mas não percam tempo.”

(José Saramago)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmão, avó e família, pelo amor incondicional.

Aos meus amigos, pela paciência e pelas palavras certas nos momentos menos fáceis e de maior ausência.

Aos meus colegas do BUC, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse completar mais uma etapa, e em particular à minha chefe Carla Costa, que sempre me abriu a porta com vista à concretização deste sonho.

A todos os docentes da Universidade Católica Portuguesa, pela partilha de conhecimentos que me enriqueceram quer a nível profissional quer pessoal. Em particular, às Professoras Doutoras Isabel Rabiais e Filipa Veludo pelo exemplo, orientação, e apoio na realização deste trabalho.

Aos Enfermeiros orientadores de estágio Sérgio Nunes e Botrus Rohana, pela orientação exemplar e ensinamentos partilhados durante os estágios.

Aos profissionais de saúde que se cruzaram no meu caminho e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às pessoas de quem cuido e seus familiares, por me motivarem a adquirir e desenvolver competências ao longo deste percurso e a ser melhor enfermeira.

Sem vocês nada disto teria sido possível!

RESUMO

O presente relatório de estágio, inserido no plano de estudos do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com a especialização em enfermagem Médico Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, tem por base uma análise crítico-reflexiva das vivências experienciadas ao longo dos estágios, em contexto de unidade de cuidados intensivos e urgência, permitindo descrever o percurso realizado para aquisição das competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, que justificam o título de enfermeira especialista.

A experiência profissional como enfermeira de bloco operatório forneceu-me bases sólidas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

No estágio em unidade de cuidados intensivos a aquisição de competências ocorreu ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, havendo oportunidade para aprofundar e partilhar conhecimentos com a restante equipa sobre a temática da via aérea.

O estágio internacional em Israel foi enriquecedor a nível humano e profissional, pelas diferenças culturais, espirituais e organizacionais encontradas; fez-me crescer e pensar de forma crítica algumas das práticas do quotidiano e abriu-me os horizontes na área da catástrofe, emergência e cuidado à pessoa em situação crítica e família em situação de urgência e emergência.

Neste percurso formativo, a temática da via aérea difícil revelou-se de extrema importância, por ser transversal a todos os serviços que cuidam da pessoa em situação crítica. Deste modo, desenvolvi um trabalho de investigação sobre esta temática, alvo de avaliação para as competências de Mestre, com o título: “Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem da Via Aérea Difícil na Pessoa em situação crítica: uma *scoping review*.”

Os estágios realizados e a vertente científica fizeram-me pensar e agir com um novo olhar a minha prática profissional, alargando assim conhecimentos, com vista à melhoria contínua de competências enquanto enfermeira.

Palavras-chave: enfermagem, competências especializadas, pessoa em situação crítica, via aérea difícil.

ABSTRACT

This internship report, inserted in the study plan of the 14th Master's Course in Nursing with the specialization in medical and surgical nursing in the area of person in critical situation, is based on a critical-reflexive analysis of the experiences faced throughout the internships in the context of intensive care unit and emergency, allowing to describe the path made for the acquisition of scientific, technical, ethical and relational skills that justify the title of specialist nurse.

The professional experience as an operating room nurse gave me solid foundations in providing care to the person in critical situation.

The internship in intensive care showed me a different reality of the person in critical situation, where the priorities and competencies of nurses are also different and specific. The acquisition of skills occurred in the provision of care to the person in a critical situation and family, with the opportunity to deepen and share knowledge with the team on the theme of the airway.

The international internship in Israel was enriching at the human and professional level, due to the cultural, spiritual and organizational differences encountered, made me grow and think critically about some of the practices of everyday life and opened my horizons in the area of catastrophe, emergency and care to the person in a critical situation and family in a situation of urgency and emergency.

In this formative journey, the theme of the difficult airway proved extremely important, because it is transversal to all services that address the person in a critical situation. Thus, I developed a research work on this theme, the target of evaluation for master skills, with the title: "Interventions of the multidisciplinary team in the approach of the Difficult Airway in the Person in critical situation: a scoping review." The internships performed as well as the scientific aspect made me think and act with a new look at my professional practice, thus extending my knowledge, with a view to the constant improvement of skills as a nurse.

Keywords: nursing, specialized skills, critical ill person, difficult airway

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ASA - Associação americana de anesthesiologia

BO- Bloco operatório

BUC – Bloco de Urgência Central

CTT- Cateter troca tubos

DAS - Difficult Airway Society

DGS- Direção geral de saúde

FONA – Front of neck access

ECG – Eletrocardiograma

Enf^a – Enfermeira

EPI – Equipamento de proteção individual

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções básicas para o controlo de infeção

REPE – Regulamento do exercício profissional do enfermeiro

SMI – Serviço de medicina intensiva

SO- Serviço de observação

SPA- Sociedade Portuguesa de Anesthesiologia

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia axial computadorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VAD – Via aérea difícil

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1: INTERVENÇÕES DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA ABORDAGEM DA VIA AÉREA DIFÍCIL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	22
CAPÍTULO 2: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	42
Bloco operatório de urgência central.....	43
2.1: DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	53
Serviço de Medicina Intensiva.....	53
Contexto de Urgência.....	55
2.2: DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
Serviço de Medicina Intensiva.....	59
Contexto de Urgência.....	68
2.3: OUTRAS ATIVIDADES FORMATIVAS	79
CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES	92
APÊNDICE I: PÓSTER CIENTÍFICO DIVULGADO NO IVº SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM	
APÊNDICE II: APRESENTAÇÃO- ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	
ANEXOS	104
ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO”	

ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE”, COM A APRESENTAÇÃO DE PÓSTER CIENTÍFICO

ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “XIX CONGRESSO NACIONAL DA AESOP: UMA IDEIA, UMA MUDANÇA”

ANEXO IV: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO AO TRAUMA – CURSO DE PRINCÍPIOS BÁSICOS DO TRATAMENTO DE

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Mnemónica PCC.....	25
Tabela 2: Descritores de pesquisa.....	26
Tabela 3: Síntese dos artigos da amostra final.....	28
Tabela 4: Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem da Via Aérea Difícil na Pessoa em situação crítica.....	40
Figura 1: Processo de pesquisa e seleção de artigos.	28

INTRODUÇÃO

A par da evolução da ciência e da sociedade onde vivemos, ao longo dos anos tem sido observado um desenvolvimento da Enfermagem, pautado pela preocupação dos enfermeiros na procura da excelência do exercício profissional.

Como referido no regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros (REPE), a finalidade da Enfermagem é a prestação de cuidados de forma autónoma ou interdependente à pessoa, sã ou doente, família, grupos e comunidade, de forma a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde (Ordem dos enfermeiros (OE), 2015). O aumento da complexidade das respostas em saúde, associado a um aumento da exigência dos padrões de qualidade dos cuidados de saúde, eleva as funções do enfermeiro especialista em enfermagem na área da pessoa em situação crítica, tornando-o fundamental para que, no Serviço Nacional de Saúde Português, os cuidados especializados sejam abrangentes e responsáveis, suportados na evidência própria, que confere ao enfermeiro especialista identidade (OE, 2015).

A Pessoa em Situação Crítica define-se como “aquela, cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.8656).

A decisão de continuar o meu percurso académico na área dos cuidados à pessoa em situação crítica prende-se com a minha realidade profissional atual, em bloco operatório de urgência, e com a necessidade de desenvolver conhecimentos e adquirir novas competências na área, para melhorar os cuidados por mim prestados.

Atendendo a esta problemática, o presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no plano de estudos do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e visa a análise crítico-reflexiva das experiências vividas ao longo dos

estágios, tendo como referência as aprendizagens desenvolvidas na vertente teórica do curso bem como o conhecimento adquirido enquanto profissional.

Neste percurso de desenvolvimento de competências de mestre e enfermeira especialista, tive por base o regulamento aprovado pela Ordem dos Enfermeiros e publicado em Diário da República de 2019 para a aquisição do título, onde refere que a certificação e reconhecimento do conjunto de competências do enfermeiro detentor deste título assegura publicamente que este enfermeiro “(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (OE, p. 4745, 2019).

O primeiro capítulo deste relatório contempla o trabalho de investigação, realizado em parceria com a mestranda Mariana Bandeira, que se intitula: “Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem da Via Aérea Difícil na Pessoa em situação crítica: *scoping review*”. A sua publicação foi realizada sob a forma de Póster Científico no IVº Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, a 26 de Novembro de 2021, organizado pela Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O segundo capítulo é dedicado à análise crítico-reflexiva do percurso de estágio que levou ao desenvolvimento de competências e encontra-se dividido em dois subcapítulos: o primeiro, faz a descrição dos contextos de estágio e, o segundo, relata o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

O primeiro estágio foi-me creditado pela Universidade Católica Portuguesa (UCP), tendo em conta a minha experiência profissional de 8 anos em bloco operatório, 3 deles em contexto de urgência/emergência.

O percurso prático desta formação desenvolveu-se em dois períodos de estágio, o primeiro de 180h num Serviço de Medicina Intensiva de um hospital na periferia de Lisboa, e o segundo, de carácter opcional, envolveu um estágio de 180h em contexto de Urgência/Emergência num hospital central em Haifa (Israel).

No início de cada estágio foram definidos objetivos para a aquisição das competências de enfermeira mestre e especialista, e como objetivo geral para o primeiro estágio assumi: “Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem especializada a 21 pessoa adulta, em situação crítica e sua família”. Os objetivos específicos

propostos compreendiam: “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família no Serviço de Medicina Intensiva” e “Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo práticas seguras dos enfermeiros na abordagem e manutenção da Via Aérea do doente em contexto de Serviço de Medicina Intensiva”.

Para o segundo estágio, o objetivo geral definido foi igualmente: “Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta em situação crítica e sua família”, e como objetivos específicos: “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família em contexto de Urgência/Emergência” e “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família em situação de emergência, exceção e catástrofe”.

Neste percurso de aquisição de competências de especialista, tomei como modelo teórico Patrícia Benner por me identificar com a sua obra *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*, uma vez que faz referência à evolução das competências dos enfermeiros ao longo do tempo, e a forma como se veem e sentem quando mudam para um contexto diferente da sua prática, onde voltam a ser enfermeiros iniciados. Transponho a analogia para a parte prática deste percurso, realizada em contextos outrora desconhecidos.

CAPÍTULO 1:

INTERVENÇÕES DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA ABORDAGEM DA VIA AÉREA DIFÍCIL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A escolha do tema da abordagem da Via Aérea Difícil (VAD) veio de encontro ao meu enquadramento profissional atual em bloco operatório de urgência, sendo que ganhou ainda mais sentido por ser um tema transversal aos diferentes contextos de estágio ao longo deste percurso académico.

A experiência prática na abordagem de VAD em conjunto com uma equipa multidisciplinar treinada em contexto de bloco operatório é vasta, mas considero que diferentes contextos têm sempre algo de diferente e inovador a acrescentar, e que a investigação sobre determinada temática nos conduz a outro patamar de conhecimento, que se traduz em última instância numa melhoria dos nossos cuidados de enfermagem prestados, sendo este o foco principal desta *scoping review*.

Segundo o Instituto Joanna Briggs (2020) uma *Scoping Review* permite explorar a literatura existente acerca de uma temática, explorando conceitos, mapeando-os e identificando eventuais lacunas de conhecimentos, sendo precursora de pesquisas futuras.

Este trabalho foi realizado em parceria com a minha colega de mestrado e de trabalho Mariana Bandeira, uma vez que ambas sentíamos a necessidade de pesquisar sobre a temática, desenvolvendo assim competências individuais a este nível e alargando também este conhecimento à equipa multidisciplinar do serviço onde exercemos.

INTRODUÇÃO

A abordagem da via aérea difícil (VAD) é uma área de conhecimento e intervenção de extrema relevância nos variados contextos clínicos (Higgs et al., 2018).

A Sociedade Portuguesa de Anestesiologia define VAD como uma situação clínica em que um anestesiologista treinado e experiente se depara com dificuldades na ventilação com máscara facial ou dispositivo supraglótico, dificuldade na laringoscopia direta ou indireta, dificuldade na intubação traqueal ou na via aérea cirúrgica. Importa considerar que a VAD é uma interação complexa que pressupõe fatores associados à pessoa em situação crítica, ao cenário clínico específico e à capacidade do profissional, equipa e organização envolvida (Órfão et al., 2016).

A preparação antecipada para uma VAD é fundamental para a atuação diferenciada da equipa multidisciplinar. Existe evidência que conclui que 23% das pessoas em situação crítica, avaliadas como tendo uma VAD, têm entubações orotraqueais difíceis (Heuer et al., 2012).

A abordagem da via aérea (VA) deve integrar as competências de todas as equipas multidisciplinares, sendo, mais comumente, realizada no serviço de urgência, bloco operatório ou unidade de cuidados intensivos. Em emergência, a VA deve ser protegida sob pressão de tempo, por vezes com a pessoa deitada e incapaz de cooperar (Trimmel et al., 2018).

Tendo em conta tais contextos, considera-se que a abordagem da VAD é recorrente na pessoa em situação crítica, população alvo desta pesquisa. A pessoa em situação crítica é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2018, p.8656) como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, como referido anteriormente.

Como descrito nos Consensos da gestão clínica da VA em Anestesiologia, as complicações mais frequentes associadas à anestesia referidas na “*closed claim analysis*” são a morte (26 %), lesão neurológica (22 %) ou lesão cerebral permanente (9 %) e os eventos mais devastadores associados a essa morbidade e mortalidade em anestesia são os respiratórios (17 %). As complicações na abordagem da VA ocorrem durante todo o período peri operatório: 67 % na indução, 15 % durante a cirurgia, 12 % na extubação e 5 % durante a recuperação da anestesia. Apesar do número de mortes e lesões cerebrais na indução anestésica ter diminuído de 62 % (1985-1992) para 35 % (1993-1999), o mesmo não se verificou relativamente às outras fases da anestesia e a probabilidade de

morte/lesão cerebral acrescida nas emergências da via aérea associam-se a tentativas persistentes de intubação traqueal (Órfão et al., 2016).

A abordagem da VA é um procedimento complexo que, quando realizada fora de um ambiente controlado, pode colocar a pessoa cuidada em situação de risco de VAD, que em casos extremos mesmo pode ser fatal. Numa análise da Associação Americana de Anestesiologia (ASA) verificou-se que a ocorrência de eventos relacionados com a VA em ambiente fora de bloco operatório, locais como sala de emergência ou a unidade de cuidados intensivos (UCI), condicionava um desfecho fatal em cerca de 87% dos casos, com lesão cerebral permanente nos restantes (Estilita, 2015).

Na abordagem da VAD, é fundamental uma adequada preparação, comunicação da equipa, realização eficaz da técnica e extubação, em prol do bem-estar da pessoa com VAD (Yu et al., 2020).

Em contexto de pandemia por SARS-CoV 2, equipas especialistas em intubação traqueal precoce mostraram aumentar a segurança das pessoas submetidas à mesma bem como dos profissionais que a executam (Ahmad et al., 2021).

Considerando a problemática em questão, torna-se pertinente o levantamento e apreciação crítica da evidência relativa ao fenómeno em estudo. Os artigos selecionados abordam as ações e importância primordial da equipa multidisciplinar, tanto na preparação e abordagem de uma VAD como na extubação da mesma, evitando muitas complicações desnecessárias e otimizando todo o processo.

Face a esta problemática, surgiu a questão de revisão:

- “Quais são as intervenções da equipa multidisciplinar na preparação, abordagem e extubação de Via Aérea Difícil, na pessoa em situação crítica?”

MATERIAIS E MÉTODOS

Questão de Revisão

Tendo em vista um aprofundamento de conhecimento sobre as intervenções da equipa multidisciplinar na preparação, abordagem da via aérea difícil e extubação na pessoa em situação crítica, foi elaborada inicialmente a seguinte questão de revisão:

“Quais são as intervenções da equipa multidisciplinar na preparação, abordagem e extubação de Via Aérea Difícil, na pessoa em situação crítica?”

Considerações Metodológicas

A presente *scoping review* surge da necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a abordagem da VAD, focando nas diferentes intervenções de toda equipa multidisciplinar, na preparação da pessoa e dos diferentes equipamentos e dispositivos, na abordagem e realização das técnicas específicas, seguindo algoritmos e *guidelines* internacionalmente publicados e no momento de extubação, assegurando sempre a segurança da pessoa e da equipa. Pretende-se assim um mapeamento de conhecimento sobre as intervenções da equipa multidisciplinar na preparação, abordagem e extubação de Via Aérea Difícil, na pessoa em situação crítica, sendo este o objetivo da presente revisão.

A realização desta revisão tem como finalidade encontrar a evidência mais atual e identificar necessidades de investigação que deem resposta a fragilidades acerca do fenómeno e contribuam para a qualidade dos cuidados prestados. A resposta à questão será obtida através de pesquisa, seleção, organização e síntese dos estudos incluídos na revisão sobre o fenómeno em estudo, e através do conhecimento científico extraído dos mesmos.

Para a definição dos critérios de inclusão utilizou-se o acrónimo PCC (Peters et al., The Joanna Briggs Institute, 2020):

Tabela 1- Mnemónica PCC

P (População)	C (Conceito)	C (Contexto)
- Pessoa em situação crítica - Equipa multidisciplinar	Via Aérea Difícil	Cuidados críticos

Foram ainda definidos outros **critérios de inclusão** dos estudos identificados na literatura, nomeadamente:

- Estudos em língua portuguesa, francesa, inglesa e castelhana;
- Estudos de acesso livre;
- Estudos que incluam pessoas em situação crítica com idade igual ou superior a 18 anos, que necessitem de uma abordagem de via Aérea difícil.

Os **critérios de exclusão** definidos, foram aplicados para limitar o número de artigos selecionados, e para direcionar a pesquisa e os resultados obtidos. Deste modo, definiram-se os seguintes:

- Estudos que incluam exclusivamente crianças;
- Estudos não acessíveis gratuitamente para consulta.

Estratégias de pesquisa

A pesquisa de artigos foi elaborada por duas revisoras independentes e posteriormente discutida com toda a equipa de investigação para seleção e sistematização. As revisoras trabalharam em conjunto nas restantes fases da investigação, organizando ocasionalmente reuniões com as professoras orientadoras, para orientação e discussão de discordâncias.

A estratégia de pesquisa inclui estudos publicados. A pesquisa foi elaborada em diferentes bases de dados internacionais on-line, no mês de outubro de 2021.

Utilizou-se o motor de busca EBSCOHost, com as seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts) e a PubMed.

Tendo em conta o acrónimo PCC e o enquadramento do fenómeno, os descritores definidos são apresentados na tabela seguinte:

Tabela 2- Descritores de pesquisa

DESCRITORES	POPULAÇÃO	CONCEITO	CONTEXTO
	Patients		
	Ill patients		
1		Difficult airway	
2		Airway management	
3		Airway approach	
4		difficult intubation	
5			Intensive care
6			Emergency
7			ITU
8			Operating theatre
9			Critical care

Para cada um dos descritores numerados realizou-se uma pesquisa individualizada, seguida de conjugação dos mesmos com os seus respetivos sinónimos, e por fim a conjugação da totalidade da equação de pesquisa, com recurso aos operadores booleanos «OR» e «AND».

A equação de pesquisa utilizada na base de dados EBSCOhost, a nível de título e resumo, foi a seguinte:

((“difficult airway” OR “airway management” OR “airway approach” OR “difficult intubation”) AND (“intensive care” OR “emergency” OR “operating theatre” OR “ITU” OR “critical care”)).

Por sua vez, a equação de pesquisa utilizada na PubMed foi a seguinte:

((“difficult airway”[Title/Abstract] OR “airway management”[Title/Abstract] OR “airway approach”[Title/Abstract] OR “difficult intubation”[Title/Abstract])) AND (“intensive care”[Title/Abstract] OR “emergency”[Title/Abstract] OR “itu”[Title/Abstract] OR “operating theatre”[Title/Abstract] OR “critical care”[Title/Abstract])).

RESULTADOS

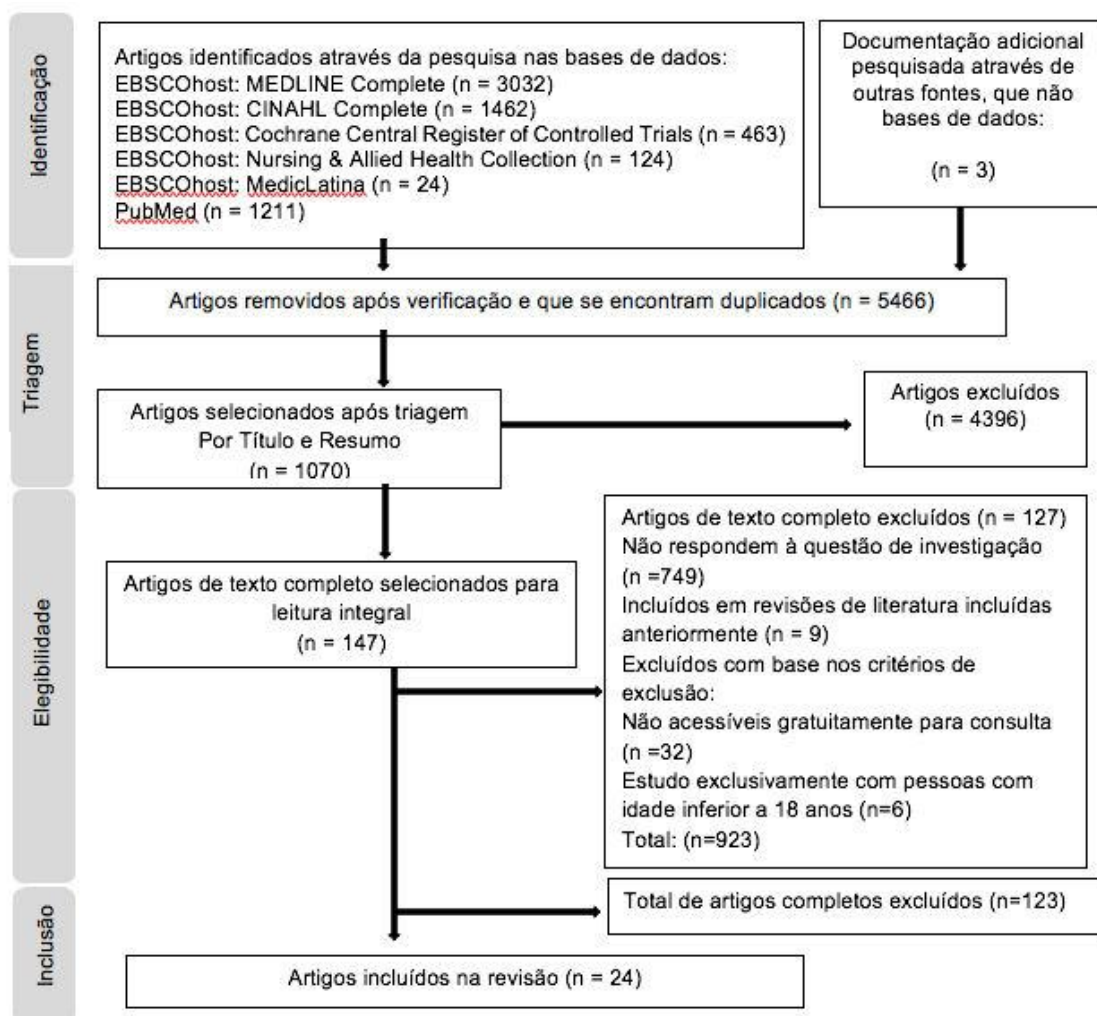
Os dados sintetizados nesta *scoping review* têm por base uma narrativa descritiva.

A pesquisa iniciou-se em outubro e concluiu-se em novembro de 2021.

Desta pesquisa inicial surgiram seis mil trezentos e dezanove artigos, sendo que, após remoção de artigos duplicados, obtiveram-se cinco mil quatrocentos e sessenta e seis. Realizando a leitura de título e resumo, permaneceram mil e setenta artigos. A seleção seguinte relacionou-se com a existência de artigos de texto completo, a sua inclusão em revisões presentes anteriormente e a aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Assim, resultaram cento e quarenta e sete artigos para leitura integral. Por fim, seleccionam-se vinte e quatro artigos para integrarem esta *scoping review*.

Esta pesquisa é descrita seguidamente, de forma mais pormenorizada, no fluxograma de Prisma (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analysis), indexado na JBI, contemplando as várias fases de seleção dos estudos.

Figura 1: Processo de pesquisa e seleção de artigos.



Fonte: Adaptado de PRISMA Flow Diagram for the scoping review process (Peters et al., The Joanna Briggs Institute, 2020)

Os resultados da amostra final foram mapeados e discriminados, tendo sido identificados os objetivos e resultados de cada um dos artigos, como apresentado na tabela 3.

Tabela 5- Síntese dos artigos da amostra final

Título e Ano	Autor(es)	Objetivo	Resultados
<u>Artigo 1</u> Mallampati test as a predictor of laryngoscopic view (2010)	Adamus, M., Fritscherova, S., Hrabalek, L., Gabrhelik, T., Zapletalova, J., & Janout, V.	Determinar a precisão do teste de Mallampati modificado para prever intubação traqueal difícil.	A escala de Mallampati apresenta algumas limitações a nível de uso em pessoa em situação crítica, uma vez que o estado de consciência e a colaboração da pessoa é essencial para a sua aplicação correta.

<p><u>Artigo 2</u> Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults (2020)</p>	<p>Ahmad, I., El-Boghdadly, K., Bhagrath, R., Hodzovic, I., McNarry, A. F., Mir, F., O'Sullivan, E. P., Patel, A., Stacey, M., & Vaughan, D.</p>	<p>Apoiar a prática clínica e ajudar a reduzir o limiar para a realização de intubação traqueal na pessoa acordada quando indicado.</p>	<p>Equipas especialistas em intubação traqueal precoce podem aumentar a segurança das pessoas submetidas à mesma e dos profissionais que a executam. A intubação com a pessoa acordada é por vezes necessária. A monitorização da pessoa com VAD é essencial para a sua abordagem.</p>
<p><u>Artigo 3</u> 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway (2022)</p>	<p>Apfelbaum, J. L., Hagberg, C. A., Connis, R. T., Abdelmalak, B. B., Agarkar, M., Dutton, R. P., Fiadjoe, J. E., Greif, R., Klock, P. A., Mercier, D., Myatra, S. N., O'Sullivan, E. P., Rosenblatt, W. H., Sorbello, M., & Tung, A.</p>	<p>Rever as "Orientações práticas para a gestão das vias aéreas difíceis: Um relatório da Sociedade Americana de Anestesiologia para gestão de via aérea difícil".</p>	<p>A utilização dos algoritmos pela equipa multidisciplinar gera resultados favoráveis em casos de VAD, o sucesso da abordagem, diminuição de complicações, e consequente melhoria da qualidade de vida da pessoa. É necessária a vigilância e a monitorização da pessoa durante a abordagem de VAD. É necessário procurar ativamente estratégias para fornecer oxigénio suplementar durante todo o processo de gestão da VAD. É importante a administração de oxigénio durante todo o processo da extubação.</p>
<p><u>Artigo 4</u> Tracheal extubation. <i>Respiratory Care</i> (2014)</p>	<p>Artime, C. A., & Hagberg, C. A.</p>	<p>Realizar um plano de extubação pré-estabelecido, com considerações sobre a eventual necessidade de reintubação.</p>	<p>O principal objetivo de extubar as vias aéreas difíceis é evitar a reintubação, se possível. A intubação prolongada pode originar edema laríngeo e faríngeo, macroglossia, traqueobronquite. A extubação da pessoa com uma anestesia profunda, apesar de diminuir o risco de laringospasmo ou broncospasmo, é desaconselhada em caso de VAD. Preconiza-se a extubação com a pessoa acordada em casos de VAD. Muitos problemas de extubação estão associados a procedimentos cirúrgicos.</p>
<p><u>Artigo 5</u> The Difficult Airway Trolley: A Narrative Review and Practical Guide (2019)</p>	<p>Bjurström, M. F., Bodelsson, M., & Sturesson, L. W.</p>	<p>Apresentar um carrinho, organizado de forma lógica, para a abordagem de VAD, seguindo algoritmos.</p>	<p>Divisão de um trolley de VAD deve ser feita por gavetas. A primeira gaveta deve conter o material para os momentos de abordagem inicial de VAD; a segunda e a terceira, o material de oxigenação e de permeabilização da VAD; as restantes, o material utilizado para outro tipo de abordagens à VAD, como os kits para situações de <i>can't intubate, can't</i></p>

			<i>oxygenate</i> e material específico do serviço onde se encontre o trolley.
<u>Artigo 6</u> Anaesthetic considerations in polytrauma patients (2021)	Dattatri, R., Jain, V. K., Iyengar, K. P., Vaishya, R., & Garg, R.	Fornecer uma visão sobre a gestão das vítimas de trauma a partir de uma perspectiva de abordagem de equipa com foco nas preocupações perioperatórias.	Para abordar a VAD em contexto de urgência e emergência, pode recorrer-se a indução de sequência rápida para proteção da VA.
<u>Artigo 7</u> Ultrasound: A promising tool for contemporary airway management (2015).	Garg, R., & Gupta, A.	Descrever a importância da ultrassonografia na abordagem da VA.	Uma técnica que permite a visualização correta da VA é a ultrassonografia, uma vez que é segura, rápida, portátil, não-invasiva.
<u>Artigo 8</u> Ultrasound evaluation of the airway in the ED: a feasibility study. (2018)	Hall, E. A., Showaihi, I., Shofer, F. S., Panebianco, N. L., & Dean, A. J.	Determinar a viabilidade das medições de ecografia da VA superior realizadas por médicos de urgência, a sua fiabilidade e a relação com a pontuação de Mallampati e o IMC.	A identificação da VAD deve ser realizada o mais precocemente possível, em situações de urgência e emergência, e é dividida em dois tipos: anatómica ou fisiológica. Ultrassonografia é um método rápido e fiável de avaliação de VAD.
<u>Artigo 9</u> Emergency Assessment and Care (2010)	Higginson, R., Jones, B., & Davies, K.	Discutir a gestão de vias aéreas, agudas e crónicas, bem como os cuidados de enfermagem associados.	O oxímetro é um bom monitor de cabeceira, mas as suas limitações devem ser reconhecidas. A capnografia é utilizada para medir a quantidade de dióxido de carbono expelido pelos pulmões, e através da onda de capnografia apresentada no monitor é possível perceber se a pessoa está a ventilar adequadamente e confirmar a eficácia da intubação endotraqueal. O oxigénio deve ser administrado em situação emergente. A desobstrução da VA passa por verificar a presença de secreções ou sangue que impedem a passagem de ar para os pulmões, através da aspiração.
<u>Artigo 10</u> Guidelines for the management of	Higgs, A., McGrath, B. A., Goddard, C.,	Orientar para a abordagem de intubação traqueal em	Aquando da abordagem da VAD, é importante a utilização de algoritmos e técnicas específicas, de modo a uniformizar a atuação da equipa.

tracheal intubation in critically ill adults (2018)	Rangasami, J., Suntharalingam, G., Gale, R., Cook, T. M., Difficult Airway Society, Intensive Care Society, Faculty of Intensive Care Medicine, & Royal College of Anaesthetists	situações imprevistas, na pessoa em situação crítica.	A abordagem da VAD deve ser realizada com monitorização adequada, o que pressupõe oximetria, capnografia, pressão arterial, ritmo cardíaco e quando possível, concentração do dióxido de carbono expirado. O monitor deve estar na linha de visão do profissional responsável. As pessoas em situação crítica são vulneráveis à hipoxemia, pelo que se deve realizar uma pré-oxigenação através de uma máscara facial com um fluxo de 10-15L/min de 100% de O2 durante 3 min.
<u>Artigo 11</u> Video laryngoscopy does not improve the intubation outcomes in emergency and critical patients - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (2017)	Jiang, J., Ma, D., Li, B., Yue, Y., & Xue, F.	Determinar se a laringoscopia de vídeo poderia melhorar os resultados da intubação em pessoas em situação crítica.	O uso de videolaringoscópio por si só, não aumenta o sucesso da intubação.
<u>Artigo 12</u> Management of difficult tracheal intubation: A closed claims analysis (2020)	Joffe, A. M., Aziz, M. F., Posner, K. L., Duggan, L. v., Mincer, S. L., & Domino, K. B.	Comparar argumentos recentes de negligência relacionadas com intubação traqueal difícil a argumentos mais antigos.	Os preditores de uma VAD anatómica estão presentes em cerca de 76% das vias aéreas abordadas.
<u>Artigo 13</u> The Other Side of the Difficult Airway: A Disciplined, Evidence-based Approach to Emergence and Extubation	Joyce JA.	Descrever os passos na progressão para a extubação de uma pessoa com ou sem vias respiratórias difíceis e discutir os critérios utilizados para determinar as pessoas que podem	Antes de extubar, é necessário verificar se a pessoa tem capacidade para manter uma ventilação espontânea bem como a sua estabilidade. O anestesista deve avaliar a pessoa para possíveis sinais e sintomas de pneumotórax, enfisema subcutâneo ou qualquer outra anomalia pulmonar, bem como contemplar potenciais fatores exógenos que possam afetar a decisão de extubar. Considerar a utilização de um cateter troca tubos (CTT).

(2017)		estar em risco de complicações relacionadas com a extubação.	
<u>Artigo 14</u> Ultrasound guided airway access (2018)	Lages, N., Vieira, D., Dias, J., Antunes, C., Jesus, T., Santos, T., & Correia, C.	Discutir a importância da ultrassonografia na avaliação pré-operatória das vias aéreas, como forma de detetar sinais de intubação difícil ou definir o tipo e/ou tamanho do tubo endotraqueal, bem como auxiliar nos procedimentos de abordagem das vias aéreas.	A escala de Mallampati é o método mais utilizado, mas não o mais fiável para avaliação da VA. A ultrassonografia é o método mais fiável para avaliação da VA.
<u>Artigo 15</u> <i>Cricotiroidotomía de emergencia y ventilación transtraqueal percutánea</i> (2015)	Leyva, F.	Descrever técnicas e revisão de tema para reforçar competências na gestão urgente das vias respiratórias.	A cricotiroidotomia é utilizada como o último recurso viável para a gestão de um cenário falhado das vias aéreas (“ <i>can’t ventilate, can’t intubate,</i> ”) e, portanto, o seu impacto na morbilidade e mortalidade é inestimável.
<u>Artigo 16</u> Difficult airway response team: a novel quality improvement program for managing hospital-wide airway emergencies (2015)	Mark, L. J., Herzer, K. R., Cover, R., Pandian, V., Bhatti, N. I., Berkow, L. C., Haut, E. R., Hillel, A. T., Miller, C. R., Feller-Kopman, D. J., Schiavi, A. J., Xie, Y. J., Lim, C., Holzmueller, C., Ahmad, M., Thomas, P.,	Desenvolver um programa de melhoria de qualidade com vista a existência de uma equipa de resposta à VAD, para melhorar a gestão das vias respiratórias de emergência fora do bloco operatório.	A criação de equipas de abordagem da VAD é fundamental, não devendo ser utilizada numa primeira abordagem, mas sempre que necessário e de acordo com critérios previamente delineados.

	Flint, P. W., & Mirski, M.		
<u>Artigo 17</u> Alternatives to Rapid Sequence Intubation: Contemporary Airway Management with Ketamine.	Merelman, A. H., Perlmutter, M. C., & Strayer, R. J. (2019)	Compreender os benefícios da cetamina na abordagem das diferentes VA.	Numa VAD muitas vezes é necessário recorrer à intubação com a pessoa acordada, recorrendo por exemplo ao fármaco cetamina.
<u>Artigo 18</u> The Physiologically Difficult Airway (2015)	Mosier, J. M., Joshi, R., Hypes, C., Pacheco, G., Valenzuela, T., & Sakles, J. C.	Descrever os distúrbios fisiológicos da pessoa que aumentam o risco de colapso cardiovascular, aquando da gestão da VAD.	A pré-oxigenação é um passo importante em todas as entubações para atingir a saturação de hemoglobina máxima e a pressão parcial de oxigénio arterial máxima. A administração de oxigénio nasal em oxigenação em apneia demonstrou prolongar o tempo seguro em apneia.
<u>Artigo 19</u> Consensos na Gestão Clínica da Via Aérea em Anestesiologia (2016)	Órfão, J., Gonçalves Aguiar, J., Carrilho, J., Ferreira, A., Leão, A., Mourato, C., Mexêdo, C., Pereira, C., Vaz, F., Lança, F., Paiva, G., Pires, I., Carvalhas, J., Mourão, J., Bonifácio, J., Miranda, L., Guinot, M., Gacio, M., Moinho, N., ... Moreira, Z.	Facilitar a tomada de decisões no manuseio da via aérea difícil, possibilitando uma resposta estruturada a problemas clínicos potencialmente ameaçadores e contribuir para a redução de complicações.	Sabendo que uma VAD tem os seus riscos acrescidos, é na fase de planeamento que haverá uma correta avaliação da pessoa, tendo em conta fatores de risco gerais como como equilíbrio cardiovascular, respiratório e neurológico, ou alterações identificadas na VA e que a colocam em risco. A capnografia é essencial para verificar o sucesso da abordagem, da colocação correta do tubo traqueal e da adequada ventilação. A pré-oxigenação deve ser realizada antes da indução da anestesia geral em todas as pessoas. A técnica de extubação pode ser realizada em ambiente de bloco operatório ou em ambiente de cuidados intensivos.
<u>Artigo 20</u> Predicting Difficult Intubation in Emergency	Srivilaithon, W., Sittichanbuncha, Y., & Patumanond, J.	Desenvolver e validar um modelo de previsão de intubação	Escala de Mallampati é comumente utilizada para avaliar a VA.

Department by Intubation Assessment Score (2018)		difícil no serviço de urgência.	
<u>Artigo 21</u> Tracheal extubation of the adult intensive care patient with a predicted difficult airway – a narrative review (2017)	Sturgess, D. J., Greenland, K. B., Senthuran, S., Ajvadi, F. A., van Zundert, A., & Irwin, M. G.	Analisar a extubação das vias aéreas potencialmente difíceis em pessoas adultas na UCI, com ênfase nas vias respiratórias superiores.	O processo de extubação da pessoa com VAD é decidido pela equipa multidisciplinar. O estridor pós-extubação é um marcador clínico do edema laríngeo após a extubação, podendo ocorrer em 3,5-30,2% das pessoas cujas traqueias são extubadas na UCI. O cateter de troca tubos (CTT) e o kit de extubação encenado têm sido sugeridos como parte de uma estratégia de extubação quando vias aéreas difíceis podem exigir reintubação.
<u>Artigo 22</u> Does apneic oxygenation prevent desaturation during emergency airway management? A systematic review and meta-analysis (2018)	Tan, E., Loubani, O., Kureshi, N., & Green, R. S.	Determinar a eficácia da oxigenação apneica na prevenção da dessaturação de oxigénio durante a intubação de emergência.	A pré-oxigenação antes da intubação é necessária para evitar a dessaturação durante o período apneico após a indução e paralisia e durante a intubação. A técnica de oxigenação apneica é realizada através de oxigenação por cânula nasal e previne a dessaturação do oxigénio durante a intubação. Em pessoas em situação crítica tem mostrado resultados mistos para a dessaturação do oxigénio durante a emergência da Intubação.
<u>Artigo 23</u> Unanticipated Difficult Intubation in an Adult Patient (2021)	Traylor, B. A., & McCutchan, A.	Rever casos ditos falhados de abordagem de VA e dotar o clínico de mais conhecimentos e estratégias para a gestão da intubação difícil ou falhada.	A utilização de videolaringoscópio pode ser recomendada em VAD. Cânula nasal <i>high flow</i> ou <i>low flow</i> aumenta o tempo seguro de apneia principalmente em pessoas obesas.
<u>Artigo 24</u> Pre-oxygenation in difficult airway management: high-flow oxygenation by nasal cannula versus face mask - Protocol for a single-centre randomised study (2019)	Vourc'h M, Huard D, Feuillet F, et al.	Comparar a eficácia do <i>High-flow</i> por cânula nasal (grupo interventivo) e da máscara facial (método padrão) como dispositivos de pré-oxigenação para evitar a dessaturação.	A pré-oxigenação é a pedra basilar da segurança da pessoa durante a intubação. A indução de sequência rápida minimiza o tempo da indução à intubação, com menor risco de dessaturação e assegura uma rápida recuperação da respiração espontânea quando a intubação e ventilação se demonstram difíceis. A Oxigenação <i>High-flow</i> por cânula nasal pode ser útil em entubações difíceis durante a pré-oxigenação e intubação.

DISCUSSÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Intervenções da equipa multidisciplinar na preparação de uma VAD

A abordagem e preparação da VAD é um momento a ser realizado em equipa multidisciplinar, devendo a mesma ser composta por médicos de diferentes especialidades e enfermeiros. Embora incomum, a criação de equipas de abordagem da VAD é fulcral, não devendo ser utilizada numa primeira abordagem, mas sempre que necessário e de acordo com critérios previamente delineados (Mark et al., 2015). A equipa multidisciplinar deve ser treinada e deve reconhecer os papéis a serem ocupados em situações de VAD e de acordo com os elementos disponíveis (preferencialmente, 4, 5 ou 6) (Higgs et al., 2018).

Avaliação da VAD: utilização de escalas

A identificação da VAD deve ser realizada o mais precocemente possível, principalmente em situações de urgência e emergência, podendo ser dividida em dois tipos: anatómica ou fisiológica (Hall et al., 2018). Os preditores de uma VAD anatómica estão presentes em cerca de 76% das mesmas, sendo assim a sua identificação fundamental (Joffe et al., 2020). A escala de Mallampati, por exemplo, é utilizada para identificar uma VAD anatómica, no entanto apresenta algumas limitações a nível de uso em pessoa em situação crítica, uma vez que o estado de consciência e a colaboração da pessoa é essencial para a sua aplicação correta (Adamus et al., 2020; Higgs et al., 2018; Srivilaithon et al., 2018; Lages et al., 2018). Uma VAD fisiológica diz respeito ao estado hemodinâmico da pessoa e como este pode afetar o momento de indução anestésica e da intubação (hipoxia, hipotensão, acidose metabólica severa e insuficiência do ventrículo direito), sendo o objetivo da equipa multidisciplinar o de prevenir ou melhorar estes aspetos antes da abordagem da VAD (Traylo et al., 2021; Mosier et al., 2015; Vourc'h et al., 2018; Higgs et al., 2018; Tan et al., 2018).

Avaliação da VAD: utilização de ultrassom

Cada vez mais, a avaliação da VAD necessita de métodos mais fiáveis, rápidos e seguros. Uma técnica que cumpre estes requisitos é a ultrassonografia, uma vez que é segura, rápida, portátil, não-invasiva, livre de radiações ionizantes e

acessível, assim como fornece imagens dinâmicas e estáticas, e em tempo real (Garg & Gupta, 2015; Hall et al., 2018; Lages et al., 2018).

Seleção de equipamento, material e dispositivos de VAD

O material de VA deve estar organizado logicamente e preferencialmente de acordo com algoritmos de abordagem de VAD, permitindo um acesso rápido ao mesmo. Segundo Bjurstrom et al. (2019), a divisão de um trolley de VAD deve ser feita por gavetas. A primeira gaveta deve conter o material para os momentos de abordagem inicial de VAD (laringoscópio, pinça de maguil, tubos endotraqueais e nasotraqueais...) , a segunda e a terceira, o material de oxigenação e de permeabilização da VAD (dispositivos supraglóticos e adjuvantes para a intubação com videofibrosópio, tubos orogástricos, máscaras faciais, tubo oro e nasofaríngeo...), a as restantes, o material utilizado para outro tipo de abordagens à VAD (frova e bougie), kits para situações de “*can’t entubate, can’t oxygenate*” e material específico do serviço onde se encontre o trolley.

Os videolaringoscópios são cada vez mais parte integrante da abordagem da VAD, pela sua facilidade de abordagem e visualização de estruturas da VA superior, embora exista uma minoria de estudos que discorda ou que são neutros quando se compara a videolaringoscopia com laringoscopia convencional, no que respeita a visualização da VA (Ervi et al., 2019; Ahmad et al., 2020; Jiang et al., 2017; Traylor et al., 2021).

Seleção de fármacos

Para abordar a VAD em contexto de urgência e emergência, pode recorrer-se a indução de sequência rápida, com um fármaco opióide como o fentanil, um indutor como propofol, e um relaxante muscular como rocurónio (Dattatri et al., 2021; Higgs et al., 2018; Vourc’h et al., 2018). A intubação com a pessoa desperta é por vezes necessária, sendo possível recorrer a remifentanilo, dexmedetomidina ou cetamina (Ahmad et al., 2020; Merelman et al., 2019; Higgs et al., 2018).

Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem de uma VAD

Utilização de algoritmos e técnicas adequadas

Aquando da abordagem da VAD, é importante a utilização de algoritmos e técnicas específicas, de modo a uniformizar a atuação da equipa. A utilização de algoritmos de VAD é bem evidenciada na literatura como sendo um elemento facilitador da gestão em casos específicos de VAD, por exemplo a VAD em obstetrícia, pediatria ou trauma. A utilização dos algoritmos pela equipa multidisciplinar, potencia os resultados favoráveis em casos de VAD, o sucesso da abordagem, diminuição de complicações, e consequente melhoria da qualidade de vida da pessoa (Apfelbaum et al., 2022; Higgs et al., 2018; Órfão et al.,2016).

Avaliação de sinais vitais e monitorização da curva de capnografia

É recomendada a vigilância e a monitorização da pessoa durante a abordagem de VAD, incluindo o eletrocardiograma (ECG), a pressão arterial não invasiva, a oximetria de pulso e a monitorização contínua do dióxido de carbono final (capnografia), sendo que o monitor deve estar na linha de visão do profissional responsável (Ahmad et al., 2020; Apfelbaum et al., 2022; Higgs et al., 2018; Órfão et al.,2016; Higginson, Jones & Davies, K., 2010).

A capnografia é essencial para verificar o sucesso da abordagem, a colocação correta do tubo orotraqueal e a adequada ventilação (Higgs et al., 2018; Higginson et al.; 2010 Órfão et al.,2016).

Pré-oxigenação

A pré-oxigenação antes da abordagem da VAD é necessária para evitar a dessaturação durante o período apneico após a indução e durante a intubação (Apfelbaum et al., 2022; Higgs et al., 2018; Órfão et al.,2016; Vourc'h M et al., 2019). Estudos recentes abordam a oxigenação apneica através de cânula nasal, descrevendo a técnica como útil em casos de cirurgias eletivas (Tan et al., 2018; Traylor & McCutchan, 2021; Vourc'h M et al., 2019). No entanto, é menos aconselhada em pessoas em situação crítica, mostrando resultados mistos para a dessaturação do oxigénio durante uma intubação difícil emergente (Tan et al., 2018).

Aspiração

A aspiração é descrita como a técnica mais adequada para a remoção de secreções da VA, permitindo assim a desobstrução da mesma e a permeabilização da via aérea (Bjurstrom et al., 2019; Higginson et al., 2010).

Intervenções da equipa multidisciplinar na extubação de uma VAD

O processo de extubação da pessoa com VAD é decidido pela equipa multidisciplinar, e requer boa comunicação entre os elementos, um ambiente envolvente, equipamentos e dispositivos adequados (Sturgess et al., 2017; Joyce, 2017).

Garantir ventilação e assegurar os níveis de oxigénio

A extubação tem como objetivo a manutenção dos níveis de oxigénio distribuído, evitar a estimulação da VA e incluir um plano que permita a ventilação e subsequente reintubação com atraso mínimo (Sturgess et al., 2017). A administração de oxigénio durante todo o processo da extubação é recomendada (Apfelbaum et al, 2022; Órfão et al., 2016; Higgs, 2018). Os estudos são unânimes no que concerne à maximização da reserva de oxigénio e uma interrupção mínima do fornecimento de oxigénio, preconizando a administração de 100% de oxigénio durante vários minutos, antes da extubação (Joyce, 2017; Sturgess et al., 2017; Artime & Hagberg, 2014).

Otimização da ventilação e subsequente reintubação com atraso mínimo

A ventilação mecânica e a intubação prolongada estão associadas ao desenvolvimento de complicações, que devem ser monitorizadas para evitar uma extubação falhada e consequente reintubação (Sturgess et al., 2017). É, então, necessário verificar se a pessoa tem capacidade para manter uma ventilação espontânea antes de proceder à extubação, bem como a sua estabilidade hemodinâmica, a temperatura, tempo de protrombina, o seu equilíbrio ácido base, verificar sintomas de pneumotórax, enfisema subcutâneo e/ou anomalia pulmonar (Joyce, 2017).

Gestão de complicações

A intubação prolongada pode originar edema laríngeo e faríngeo, macroglossia, traqueobronquite (Artime & Hagberg, 2014) e estridor pós-extubação (podendo

ocorrer em 3,5-30,2% das pessoas extubadas em UCI) (Sturgess et al., 2017). A inflamação da VA pode ser controlada com a administração de um corticosteroide (Joyce, 2017). Segundo Artime & Hagberg (2014), muitos problemas de extubação estão associados a procedimentos cirúrgicos, por exemplo, hemorragia pós-operatória, danos nos nervos ou traumatismo dos tecidos, pelo que deve garantir-se uma vigilância do local cirúrgico e precaução com dispositivos colocados perto das vias respiratórias no intra e pós-operatório (por exemplo, colar cervical, fixação maxilomandibular ou pensos grandes na cabeça ou no pescoço).

A extubação da pessoa deve ser abordada com precaução, monitorização e equipamento disponível, tal como foi utilizado para realizar a intubação. Existe consenso relativamente às vantagens da utilização do cateter troca-tubos, bougies e referência ao kit de extubação encenado, como dispositivos de resgate da VA (Artime & Hagberg, 2014; Joyce, 2016; Sturgess et al., 2017).

A extubação da pessoa com uma anestesia profunda, apesar de diminuir o risco de laringospasmo ou broncospasmo, é desaconselhada em caso de VAD, devido à perda de tónus muscular faríngeo e conseqüente risco de obstrução das vias respiratórias. Preconiza-se a extubação com a pessoa acordada em casos de VAD (Artime & Hagberg, 2014).

Em situações extremas ou quando se pensa não ter segurança para a extubação, adiar a retirada do tubo ou recorrer a uma via aérea cirúrgica como a traqueostomia (temporária ou definitiva) são situações válidas na segurança da pessoa (Órfão et al., 2016; Higginson et al. 2010). Também a cricotiroidotomia é uma opção, sendo utilizada como o último recurso viável para a gestão de um cenário falhado das vias aéreas (*“can’t ventilate, can’t intubate,”*) e, portanto, o seu impacto na morbidade e mortalidade é inestimável (Levy, 2015).

Após análise e discussão dos artigos selecionados, foram identificadas algumas das principais **Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem da Via Aérea Difícil na Pessoa em situação crítica**, nas diferentes fases de preparação, abordagem e extubação. Desta forma, é apresentada de seguida uma tabela que sintetiza essas mesmas intervenções, em cada fase (Tabela 4).

Tabela 4- Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem da Via Aérea Difícil na Pessoa em situação crítica.

INTERVENÇÕES DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM VIA AÉREA DIFÍCIL		
<u>PREPARAÇÃO</u>	<u>ABORDAGEM</u>	<u>EXTUBAÇÃO</u>
<p>Avaliar a VAD: Utilizar escalas; Aplicar o Ultrasson (Adamus et al., 2020; Higgs et al., 2018; Srivilaithon et al.; Garg & Gupta, 2015; Hall et al., 2018; Trimmel et al., 2018; You-tem et al., 2018; Lages et al., 2018)</p>	<p>Utilizar algoritmos Utilizar técnicas adequadas (Apfelbaum et al, 2022; Órfão et al., 2016; Higgs, 2018)</p>	<p>Assegurar os níveis de oxigénio Garantir ventilação (Artime & Hagberg, 2014; Sturgess et al., 2017)</p>
<p>Selecionar dispositivos de VAD (Ervi et al., 2019; Ahmad et al., 2020; Jiang et al., 2017; Traylor et al., 2021)</p>	<p>Avaliar sinais vitais; Monitorizar curva de capnografia (Ahmad et al., 2020; Apfelbaum et al., 2022; Higgs et al., 2018; Órfão et al., 2016; Higginson, Jones & Davies, K., 2010)</p>	<p>Otimizar a ventilação e subsequente reintubação com atraso mínimo (Joyce, 2017; Sturgess et al., 2017)</p>
<p>Selecionar equipamento e material, pela sequência dos algoritmos (Bjurstrom et al., 2019)</p>	<p>Pré-oxigenar (Apfelbaum et al., 2022; Higgs et al., 2018; Órfão et al., 2016; Tan et al., 2018; Traylor & McCutchan, 2021; Vourc'h M et al., 2019)</p>	<p>Gerir complicações (Ahmad et al., 2020; Artime & Hagberg, 2014, Sturgess et al., 2017; Levya, 2015)</p>
<p>Eleger fármacos adequados (Ahmad et al., 2020; Merelman, et al., 2019; Dattatri et al., 2021; Higgs et al., 2018; Vourc'h et al., 2018)</p>	<p>Aspirar (Bjurstrom et al., 2019; Higginson et al. 2010)</p>	

Em última instância, considera-se fundamental a abordagem da VAD através dos passos analisados e propostos pelos artigos analisados desta scoping. Não é possível abordar de forma eficaz e segura uma pessoa com VAD, sem existir uma preparação exímia de recursos materiais e humanos, com a utilização de algoritmos e uma organização efetiva e clara do material necessário, de maneira a simplificar a atuação da equipa multidisciplinar. Durante a abordagem, os passos a seguir devem estar delineados e as *guidelines* atualizadas, de forma a existir uma atuação que vise a segurança da pessoa com VAD. Por último, o planeamento do momento da extubação é de extrema importância, envolvendo a equipa multidisciplinar de maneira a proporcionar uma extubação segura, precoce e uma atuação rápida em caso de necessidade de reintubação.

CONCLUSÃO

A realização desta *scoping review* traduz que a abordagem da VAD apresenta sólidas bases literárias de referência e que existe consenso no que respeita a evidencia científica das intervenções mais realizadas pela equipa multidisciplinar na preparação, abordagem e extubação. O facto de ser uma prática realizada em diversos contextos clínicos, por equipas multidisciplinares distintas, suscitou por vezes alguma ambiguidade de informação, o que tornou a sua realização mais rica a nível científico.

Segundo a literatura consultada, relativamente à preparação para uma VAD, as intervenções mais abordadas são a avaliação da VAD (através da utilização de escalas e aplicação de ultrassom), a seleção de dispositivos de VAD adequados a cada situação, a escolha do equipamento e material. Quanto à abordagem da VAD, esta é realizada com base em algoritmos nacionais e internacionais, tendo em conta a equipa e a pessoa que vai operacionalizar a técnica. Uma correta monitorização de sinais vitais e curva de capnografia, bem como uma pré-oxigenação e aspiração da VA, quando obstruída, são preconizados. Por fim, o período de extubação é também dotado de intervenções da equipa, das quais se prioriza o suporte de oxigénio, a garantia da ventilação, a otimização da mesma e subsequente reintubação com atraso mínimo e a gestão de complicações associadas a esta técnica.

Apesar de ser um fenómeno bastante estudado, alguns dos artigos mais recentes demonstram resultados inovadores e com perspetivas de um futuro promissor nesta área que permitirão novas abordagens aos enfermeiros e respetivas equipas multidisciplinares (Garg & Gupta, 2015; Hall et al., 2018; Lages et al., 2018).

A presente *Scoping Review* dispõe de algumas limitações, uma vez que não foi utilizada literatura cinzenta e foram considerados apenas artigos em texto completo disponibilizados gratuitamente, no processo de pesquisa.

Com a realização deste trabalho pretendemos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, através de uma resposta mais eficaz das equipas multidisciplinares em situações de via aérea difícil

CAPÍTULO 2:

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretendo descrever, analisar e refletir de forma crítica as atividades e competências desenvolvidas a nível profissional e em cada estágio, com a seguinte ordem cronológica:

- Estágio creditado da unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, pela experiência profissional em bloco operatório de urgência desde agosto de 2018.
- Primeiro estágio, realizado de 19 de abril a 4 de Junho de 2021, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital público-privado na periferia de Lisboa.
- Segundo estágio, realizado de 7 de fevereiro a 7 de março de 2022, em contexto de Urgência/Emergência num hospital central em Haifa (Israel).

A minha experiência profissional forneceu-me competências e uma base sólida para os estágios que me propus a desenvolver, no entanto, é sempre importante referir que quando saímos do nosso contexto para uma nova área, voltamos sempre a um estadio inicial de aprendizagem, o que nos deixa ao mesmo tempo vulneráveis, mas também mais recetivos à absorção de novos conhecimentos.

Segundo Benner (2001), existem cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A mesma autora refere que qualquer enfermeiro que seja confrontado com um novo serviço será sempre um enfermeiro iniciado.

Os estágios realizados foram fulcrais para o desenvolvimento e consolidação de competências e fizeram-me refletir sobre a minha função como enfermeira especialista, bem como a sua importância acrescida num contexto de cuidados à pessoa em situação crítica.

Ao responsabilizar-me com os meus orientadores de estágio e restantes equipas, participando ativamente na aquisição e partilha de conhecimentos e vivenciando a

realidade dos serviços, a integração decorreu de forma linear, conseguindo uma adaptação rápida e o estabelecimento de relações profissionais que decerto me acompanharão ao longo da vida.

Seguidamente, procedo a uma breve descrição do bloco de urgência central (BUC), onde exerço funções como enfermeira de cuidados gerais e das competências que fui adquirindo neste contexto profissional.

Estágio creditado - Bloco operatório de urgência central

A enfermagem perioperatória engloba um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, em permanente atualização, executados pelo enfermeiro, e orientados pelo e para a pessoa cuidada, num processo programado que envolve três fases operatórias: pré, intra e pós. O enfermeiro em contexto perioperatório tem, assim, um papel fulcral no que respeita à identificação das necessidades da pessoa, planeamento, execução dos cuidados e sua avaliação (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2010).

O bloco de urgência central (BUC), integrado num grande centro hospitalar em Lisboa, tem como foco o cuidado à pessoa adulta e criança que necessitem de intervenção cirúrgica de urgência/emergência. O BUC dá resposta a grande parte das especialidades cirúrgicas, nomeadamente: ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia geral, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, neurocirurgia, cirurgia plástica e reconstrutiva e cirurgia cardiotorácica. Neste serviço, o enfermeiro tem intervenção desde o acolhimento da pessoa até ao momento da transferência para outro serviço, sendo responsável pela preparação e vigilância antes, durante e após a realização de diversos procedimentos cirúrgicos, trabalhando em conjunto com a equipa multidisciplinar, através de intervenções autónomas e interdependentes (Plano de Formação 2020/2021 do Bloco Operatório Central, 2020).

O bloco operatório encontra-se localizado no 5º piso do hospital, ficando próximo da unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e da central de esterilização do hospital. Tem ainda, um acesso relativamente rápido, através de elevadores, ao SMI e ao SU, o que se revela facilitador em caso de situações de emergência.

A circulação no bloco operatório divide-se em 3 áreas distintas, nomeadamente a área livre (onde se pode circular com fardamento externo e abrange a zona de receção do pessoal e materiais), a área semi-restrita (área de suporte periférico às salas de operações, arsenal de material limpo e estéril, salas de trabalho e corredores) e a área restrita (compreendida pelas salas de operações e sala de desinfeção) (AESOP, 2010). Neste serviço, a área livre compreende a entrada do serviço, onde se encontra o secretariado, acesso aos vestiários e o armazém central, a área semi-restrita é composta por um corredor central com acesso a 4 blocos operatórios, cada um com 2 salas no interior, por onde circulam profissionais de saúde devidamente equipados e camas com pessoas propostas para cirurgia e na área restrita (interior do bloco operatório) encontram-se os enfermeiros de bloco operatório que fazem o acolhimento da pessoa no serviço.

Cada bloco operatório compreende 2 salas, denominadas de A e B, cada uma devidamente equipada como equipamento básico para todo o tipo de cirurgia (por exemplo, carros de apoio à anestesia e circulação, desfibrilhador, ventilador, bisturi elétrico, aspiradores, candeeiros cirúrgicos e mesas de apoio). O restante material específico a cada especialidade é transportado para o interior da sala a cada cirurgia (por exemplo, torre de laparoscopia, microscópio, aparelho de raio-x). Em comunicação com as duas salas existe uma sala central de apoio às cirurgias, onde é também realizada a lavagem, verificação e acondicionamento de material para envio à central de esterilização (separando circuito de sujos e limpos). Dentro de cada bloco existe uma zona de espera para as pessoas em maca, as zonas de lavagem cirúrgica das mãos, com acesso direto ao interior de cada sala, uma sala para a equipa, um armazém e uma sala destinada aos técnicos de imagiologia.

A equipa multidisciplinar do BUC compreende enfermeiros, assistentes operacionais, brigada da limpeza, secretária de unidade/administrativas, cirurgiões, anestesiológicos e técnicos superiores de saúde.

O BUC funciona 24h, 7 dias por semana, e o horário dos enfermeiros é rotativo. A equipa de enfermagem é dividida em 5 equipas, num total de 40 enfermeiros, existindo também 1 enfermeira coordenadora e 1 enfermeira chefe. Em cada turno existem 7 enfermeiros de serviço, 3 em cada sala (rotativos pelas funções de enfermeiro circulante, enfermeiro de anestesia e enfermeiro instrumentista) e o 7º elemento assume função de chefia de equipa, sendo responsável pela gestão

organizacional do turno. A Enfermeira chefe é o elemento responsável pela gestão dos 4 blocos e funcionamento da equipa de enfermagem e assistentes operacionais e do serviço, sendo o elo de ligação com a equipa médica e direção de Enfermagem. A enfermeira coordenadora encarrega-se da organização do BUC bem como dos pedidos de materiais específicos para a atividade cirúrgica.

Considero que ao longo da minha experiência profissional fui assimilando conhecimentos que me forneceram algumas das competências esperadas para a conclusão deste mestrado, facto pelo qual me foi creditada pela UCP a unidade curricular “A Pessoa em Situação Crítica- Vigilância e Decisão Clínica”.

Realizo agora uma análise critico-reflexiva das competências adquiridas em contexto profissional, com base no documento de avaliação desta unidade curricular (Universidade Católica Portuguesa, 2020).

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

A prestação de cuidados de enfermagem pressupõe que o enfermeiro demonstre competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Como descrito no artigo 8º do REPE, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Ordem dos Enfermeiros, 1996, p 2961).

A realização da especialidade em enfermagem tornou-me uma enfermeira mais consciente a este nível, através de novos conhecimentos teóricos que fui adquirindo e associando à minha prática, com base em normas legais e princípios éticos. Ao longo deste percurso académico de aperfeiçoamento, tenho direcionado muitas das respostas às minhas dúvidas do quotidiano para a Deontologia Profissional de Enfermagem.

O bloco operatório caracteriza-se por ser um local de funcionamento complexo com múltiplas normas que devem ser respeitadas e cumpridas por forma a salvaguardar a segurança dos utentes e dos profissionais (AESOP, 2010).

O BUC é um serviço dotado de questões legais, éticas e deontológicas, associadas ao facto de ser um local fechado, onde muitas vezes a pessoa é submetida a

anestesia geral e os profissionais têm de se certificar que estão perante a pessoa correta e o procedimento cirúrgico correto, entre outras verificações (na função de enfermeira circulante, realizo check-lists ao longo da cirurgia para evitar que aconteçam eventos adversos). Enquanto enfermeira neste contexto, a minha intervenção é baseada no respeito das decisões da pessoa, esteja ela consciente ou inconsciente, ou do seu representante legal e, para tal, é importante que o acolhimento da pessoa no BUC, bem como a anamnese sejam eficazes, de forma a não surgirem dúvidas durante a intervenção cirúrgica.

Aquando do acolhimento, é importante identificar a pessoa através da confirmação verbal da mesma e proceder à comparação com a pulseira de identificação, certificar que a pessoa sabe em consciência a cirurgia a que se propõe, se assinou o consentimento informado, e se consente verbalmente a realização da cirurgia, e se lhe foram retiradas todas as dúvidas ou se ainda precisa de esclarecimentos.

Segundo consta no Código Deontológico dos Enfermeiros publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2005, o enfermeiro deve reconhecer a autonomia do utente, pois este tem o direito de decidir sobre a sua vida e como tal, o consentimento livre e esclarecido, pressupõe que o utente ou o seu representante legal, tenha conhecimento da intervenção de saúde que se irá realizar e quais as consequências e riscos que estão associados (Deodato, 2018).

Neste contexto, tomo como exemplo uma senhora que deu entrada no BUC para realização de drenagem de um abscesso de founrier, onde houve informação médica escrita para a possibilidade de realização de colostomia. À chegada ao bloco, decidi confirmar com a senhora que o seu consentimento informado escrito tinha sido assinado em consciência, ao que ela me responde que estava fora de questão ficar com uma colostomia, dizendo que cometeria suicídio se tal acontecesse. Ao conversar com a senhora percebi que o seu contexto familiar não lhe permitia ficar dependente de cuidados tão especializados, pois não queria encarregar o filho, seu cuidador, desse cuidado. Chamei então o cirurgião responsável e em equipa explicámos que a sua decisão poderia implicar um risco de infeção acrescida, que poderiam culminar em sépsis ou morte, ao que a senhora respondeu em consciência de que era sua decisão final. Foi então alterado o consentimento informado escrito, e cumprida a decisão da senhora no intraoperatório.

As situações de urgência/emergência são reconhecidas como casos excepcionais. Em caso de impossibilidade de obtenção do consentimento livre e esclarecido, o benefício da intervenção para a saúde da pessoa justifica o avançar de imediato para a sua concretização (Deodato, 2018).

Deste modo, é importante que a equipa multidisciplinar esteja consciente da opinião da pessoa cuidada desde a sua chegada até à sua transferência, e que em caso de levantamento de questões éticas durante uma cirurgia, haja lugar a discussão entre toda a equipa e tomada uma decisão que cause o mínimo prejuízo para a pessoa.

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais

A passagem da pessoa pelo bloco operatório deve ser marcada pela responsabilidade e deontologia do profissional de enfermagem, e a transmissão das informações entre colegas deve ser realizada de acordo com o respeito da dignidade humana, fazendo-se de forma clara e concisa, sem prejuízo de informações pertinentes e importantes. Existe uma preocupação por parte dos profissionais em fazê-lo de forma a preservar o sigilo profissional e sem acrescentar mais stress à pessoa, evitando fazê-lo à frente da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Partindo deste pressuposto, na minha prática profissional procuro que os meus colegas enfermeiros, que se encarregam da transferência da pessoa ao BUC, me transmitam toda a informação pertinente para o meu contexto e, se esta estiver estável e consciente, faço a confirmação de todos os dados e uma completa anamnese, de forma a conhecer os antecedentes médicos e cirúrgicos da pessoa bem como a história da doença atual, medicação habitual, se fez alguma medicação antes de ir para o bloco, presença de alergias, cumprimento de jejum, se possível, confirmar que não tem próteses dentárias ou outros adornos, confirmar que efetuou os exames complementares de diagnóstico pré operatórios, se tem grupagem sanguínea e unidades de sangue ou hemoderivados estudadas no laboratório. Através deste diálogo inicial, consigo ainda avaliar se a pessoa está ansiosa, se tem alguma preocupação inerente à cirurgia, ou até noutro contexto

(exemplo, deixou o animal de estimação sozinho, não conseguiu comunicar com o familiar antes de ser transferida para o bloco), e desta forma, agir sobre as necessidades reais da pessoa.

À chegada a um bloco operatório, e em situação urgente, a pessoa encontra-se de forma geral ansiosa, despersonalizada, desconfortável, insegura e a minha função é de transformar o ambiente para que se torne um pouco mais acolhedor e, por conseguinte, mais confortável, mais seguro e mais digno para a pessoa de quem cuido. Esta transformação passa pelo esclarecimento de dúvidas, pela informação de todos os procedimentos realizados, pelo aquecimento da pessoa, evitar a exposição e respeitar a pessoa na sua vertente física, psicológica, espiritual, cultural e religiosa.

Em casos emergentes, em que a pessoa já chega ao BUC inconsciente, a atuação tem de ser rápida tendo em vista o melhor cuidado, pelo que nestas situações utilizo os meus conhecimentos técnicos, científicos e sociais e procuro informar-me, se possível, da situação da pessoa através de dados anteriormente recolhidos sobre a sua história clínica e familiar, de forma a poder agir em conformidade.

Segundo consta no 86º artigo da deontologia profissional de enfermagem “Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família e salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015).

A questão da privacidade e intimidade são para mim cruciais na área do bloco operatório, mais uma vez pela necessidade de assegurar o cuidado à pessoa quando esta não está consciente, mas por vezes é uma questão difícil em situações urgentes/emergentes. Durante a minha experiência em blocos operatórios de cirurgia eletiva, a questão da privacidade e intimidade da pessoa era facilmente assegurada, tentando sempre que a exposição fosse mínima, exceto quando o tipo de cirurgia assim o exigia. No BUC, tendo em conta a instabilidade hemodinâmica associada à pessoa em situação crítica, o tipo de cirurgia mais invasiva e que exige mais exposição corporal, e os vários profissionais de várias especialidades que por vezes se reúnem para observar a pessoa na sala operatória, torna mais difícil de assegurar a privacidade e intimidade da pessoa. Sempre que possível, tento

promover a responsabilização dos diferentes profissionais sobre a importância de não expor o paciente, exceto quando absolutamente necessário, e de preservar a sua privacidade e intimidade, e quando possível tentar controlar as entradas e saídas da sala operatória.

Garante um ambiente terapêutico e seguro

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026) enquadra várias estratégias relacionadas com a gestão de risco em ambiente perioperatório, uma vez que “tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele-saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Ministério da Saúde, 2021).

A garantia de um ambiente terapêutico seguro no BUC onde exerço, passa pela preparação, onde se insere a verificação diária de check-lists (da sala operatória, dos diversos equipamentos, dos carros de apoio, etc.), a verificação do acondicionamento e datas de esterilização do material cirúrgico, gestão de caixas de instrumentos, a divisão entre a zona limpa e a zona suja, a verificação de todo o material e fármacos que são administrados à pessoa e de todos os dispositivos que venham a ter contacto com a pessoa (ventilador, monitor, desfibrilhador, seringas perfusoras, sistema de aquecimento de líquidos, videolaringoscópio...).

O contexto de urgência pressupõe que tudo esteja preparado para todo o tipo de cirurgias das várias especialidades, e durante a cirurgia existem momentos em que os profissionais se certificam de que estão a agir em conformidade, como é o caso do preenchimento da Norma da Cirurgia Segura, Salva Vidas (Direção Geral de Saúde, 2013) que compreende três fases: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações, realizada em voz alta pela enfermeira circulante e na presença cirurgião, anestesiológista e restantes enfermeiros.

Durante a cirurgia é verificado ainda que a pessoa se encontra corretamente anestesiada e monitorizada, que mantem normotermia, assegurado o correto posicionamento, que a esterilização é cumprida, que os aparelhos estão corretamente regulados e que não existe prejuízo para a pessoa.

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

A minha experiência profissional de 6 anos em diferentes blocos operatórios de cirurgia eletiva a nível internacional, bem como os 3 anos de experiência no BUC em contexto de urgência e emergência, possibilitaram-me uma visão abrangente sobre a gestão dos cuidados de enfermagem perioperatórios em diversos contextos, tendo assumido no último ano também esta função de chefia de turno, partilhada com outros colegas.

Na posição de chefe de equipa, tenho vindo a desenvolver competências de gestão de cuidados, uma vez que colaboro com o chefe de equipa de cirurgia e anestesista na gestão da ocupação das salas operatórias, gestão e organização de material cirúrgico para cada cirurgia e gestão de recursos humanos, sendo responsável pela distribuição da equipa segundo as suas competências.

Em situações de exceção, como abertura de uma sala extra, em caso de emergência, o chefe de equipa de enfermagem é responsável pela comunicação com o enfermeiro da unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) que é chamado para o BUC, e pela seleção dos enfermeiros e assistente operacional a enviar para a terceira sala, de forma que a qualidade dos cuidados seja mantida em todas as salas.

Ao longo destes meses, aperfeiçoei competências ao nível da liderança, da comunicação com a equipa multidisciplinar e tenho vindo a progredir na gestão de conflitos intrínsecos ao serviço.

Enquanto chefe de equipa sou responsável pela passagem de turno, assegurando a continuidade de cuidados, pela realização de tarefas específicas (como verificação do carro de via aérea, revisão de fármacos, entre outras) e realização de check-lists no exterior das salas operatórias, pelo registo de todas as cirurgias, para posterior tratamento estatístico, registo de avarias e pedidos de material, e por

reportar situações adversas que possam ocorrer durante o turno aos superiores hierárquicos e através da plataforma HER+.

No BUC, é o chefe de equipa de enfermagem, em colaboração com os restantes elementos, que garante a verificação da correta limpeza e desinfeção dos instrumentos cirúrgicos, preparação, reposição e acondicionamento dos instrumentais cirúrgicos, respeitando os protocolos de registo do serviço de envio e receção do material da central de esterilização.

Em contexto de emergência, uma boa liderança facilita o processo e minimiza o tempo de ação, orienta os elementos diminuindo a ansiedade da equipa e é promotora de cuidados de qualidade para a pessoa em situação crítica. Considero que estou num processo contínuo de aquisição de competências a esse nível, o qual agradeço aos meus colegas enfermeiros chefes de equipa pelo exemplo, resiliência e partilha de conhecimentos diariamente.

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

O bloco operatório é um local de excelência no que respeita às boas práticas na prevenção, intervenção e controlo de infeções. Segundo a norma da direção geral de saúde (DGS), as precauções básicas para o controlo de infeção (PBCI) compreendem a colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual (EPI), práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2012).

No meu local de trabalho, os enfermeiros têm um papel fulcral no cumprimento desta norma. A admissão da pessoa no BO é realizada pelo enfermeiro de anestesia, que ao fazer a anamnese avalia a existência e o risco de transmissão de agentes infecciosos. A higiene das mãos é realizada por todos os profissionais, variando a técnica de higiene (lavagem com água e sabão, fricção antisséptica ou preparação pré-cirúrgica das mãos) consoante o tempo perioperatório em que se

encontram, considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos durante a prestação de cuidados (DGS, 2012). Todos os profissionais do BUC usam máscaras, adequadas ao tipo de agente infeccioso que têm presente e os EPI's necessários para o acolhimento da pessoa. O enfermeiro de anestesia monitoriza a temperatura corporal da pessoa à chegada, glicémia capilar, sinais vitais e garante a correta preparação e administração de terapêutica e de sangue e hemoderivados (realizando a dupla verificação dos produtos com um colega). O enfermeiro chefe de equipa, com a ajuda dos restantes enfermeiros, prepara e acondiciona o material para a esterilização, o enfermeiro circulante certifica-se que o ambiente cirúrgico e equipamento estão descontaminados, que os produtos utilizados na desinfeção são adequados ao agente microbiano, que a marquês cirúrgica se encontra íntegra, e em conjunto com o enfermeiro instrumentista verificam que o local da incisão cirúrgica se encontra limpo e que é feita uma correta desinfeção do mesmo, que a assepsia em redor dos campos e materiais cirúrgicos é cumprida e se o instrumental cirúrgico se encontra em conformidade para a sua utilização. O manuseamento seguro da roupa e a recolha de resíduos é uma tarefa realizada em parceria com a equipa de assistentes operacionais, com base num protocolo da instituição. O risco de exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos (DGS, 2013), sendo que em situações de urgência, em que não se consegue por vezes estudar a história da pessoa previamente, a prevenção é crucial e em caso de exposição significativa a agentes biológicos, através de traumatismos percutâneos, feridas ou lesões na pele e exposição de mucosas, é necessário que os profissionais tenham conhecimento dos procedimentos a seguir para sua proteção individual.

Enquanto enfermeira, esta área sempre me suscitou muito interesse, mas também algumas dúvidas que foram sendo esclarecidas com recurso a formações de serviço e mais recentemente com a realização deste mestrado. A minha principal preocupação é a promoção de um ambiente seguro para profissionais e para a pessoa cuidada.

2.1 – DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O conhecimento da estrutura física e organizacional são importantes para uma boa integração na equipa, facilitando a aquisição de competências e desempenho ao longo do estágio. Este capítulo integra a descrição dos contextos de estágio, em SMI e SU.

Serviço de Medicina Intensiva

O primeiro estágio final foi realizado no SMI de um hospital localizado na periferia de Lisboa. Este serviço é destinado à prestação de cuidados intermédios e intensivos polivalentes à pessoa adulta e sua família e disponibiliza ainda um médico intensivista e um enfermeiro à Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar. O SMI é composto pela Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) que funciona em conjunto com a Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT).

Grande parte das pessoas internadas no SMI são provenientes do SU, de serviços de internamento, do Bloco Operatório e de outros hospitais. O serviço encontra-se apto para receber pessoas de todas as especialidades do foro médico e cirúrgico, com a exceção de pediatria, neurocirurgia, cirurgia cardíaca ou sala de hemodinâmica e hemato-oncologia, o que faz com que uma parte significativa dos doentes neurocríticos, dos doentes que necessitam de intervenção coronária ou cirurgia cardíaca e doentes do foro hemato-oncológico sejam transferidos para o Hospital de apoio.

Focando-me na descrição da UCIP, é uma unidade constituída por 10 unidades individuais, 2 delas destinadas a isolamento, um posto de enfermagem central, para uma fácil visualização de todas as pessoas internadas, com computadores e acesso aos monitores das unidades, uma sala de preparação de medicação, uma sala de equipamentos, uma sala de material, sala de sujos, 1 sala para os profissionais e casas de banho para profissionais.

O SMI é dotado de inúmeros protocolos institucionais, por exemplo o protocolo de “colocação e manutenção de drenagem vesical” e protocolo de “abordagem de via

aérea difícil em doentes portadores de SARS-CoV 2”, e suporta a sua prática utilizando escalas para avaliação da pessoa, de que são exemplo a Escala de Visualização Analógica e a escala de Ramsay, para avaliação da dor e nível de sedação, Escala de Glasgow, para avaliação do estado de consciência, escala de TISS (Therapeutic Intervention Scoring System), para avaliação de carga de trabalho dos enfermeiros, escala de Morse, para avaliação de quedas, escala de Braden, para avaliação de úlceras por pressão, entre outras. Neste momento, está também a ser implementado o programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery – Recuperação melhorada após cirurgia) para a cirurgia major Colorretal e urologia. Em caso de incidentes, a plataforma utilizada para registo dos mesmos é o HER+. As técnicas mais efetuadas no serviço passam pela colocação de cateteres (cateter venoso central, cateter arterial), colocação e manutenção de drenagens (drenagem torácica, drenagem vesical, gástrica e drenos de locais cirúrgicos), entubação e extubação endotraqueal, técnicas de ventilação invasiva e não invasiva, hemodiálise e colocação de pacemaker externo. No limite o SMI poderá acolher 22 doentes críticos, em simultâneo, sendo que 20 poderão ser submetidos simultaneamente a ventilação mecânica invasiva (pré-pandemia).

A equipa do SMI é multidisciplinar e constituída por enfermeiros, assistentes operacionais, brigada da limpeza, secretária de unidade, médicos, e conta com o apoio externo de técnicos superiores de saúde, nutricionista, assistente social e fisioterapeutas.

O enfermeiro do SMI é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem personalizados à pessoa em situação crítica, a preparação e colaboração com a equipa multidisciplinar na realização de outras técnicas, manutenção e vigilância de todo o ambiente do doente, zelando pelo seu bem-estar e segurança.

O SMI funciona 24h, 7 dias por semana, e o horário dos enfermeiros é rotativo. A equipa de enfermagem, é composta por cerca de 60 enfermeiros, em diversos regimes de contratos de trabalho, divididos por 4 equipas diferenciadas. Cada equipa é composta por enfermeiros gerais e enfermeiros sénior, e existem ainda 2 enfermeiros peritos em duas das equipas. Neste hospital, consideram Enfermeiros peritos os Enfermeiros especialistas na Área de Enfermagem Médico- Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e os Enfermeiros Sénior são os Enfermeiros com experiência profissional relevante na área de cuidados intensivos, e ambos são

responsáveis pela gestão e organização do turno, distribuição de doentes pelos restantes colegas e, a par da prestação de cuidados direta às pessoas, ajudam ainda os restantes colegas e têm uma visão geral de todas as pessoas internadas nas Unidades. O enfermeiro chefe e um enfermeiro subchefe (segundo elemento) são os elementos responsáveis pelo funcionamento da equipa de enfermagem, assistentes operacionais e do serviço, fazendo a relação entre a direção hospitalar e o serviço em termos de gestão e organização.

Apesar de considerar o SMI um serviço complexo e muito especializado, onde a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica decorre de forma bastante diferente do meu contexto profissional, considero que a adaptação ao serviço e à equipa multidisciplinar ocorreu de forma bastante natural e gradual. Nesta caminhada de aquisição de competências diária tive o privilégio de ter um enfermeiro orientador reconhecido pelo seu elevado grau de conhecimentos técnico-científicos, quer a nível de cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica, quer em gestão de cuidados. Também a restante equipa teve um papel ativo e de partilha no decorrer do meu estágio, e reconheço que o facto de ser uma equipa unida, onde existia entreajuda e procura da melhoria dos cuidados, foi um elemento facilitador e fulcral para a minha integração.

Serviço de Urgência

O estágio opcional decorreu ao abrigo de um programa de mobilidade internacional entre a UCP e a Universidade de Haifa, no Serviço de Urgência do maior hospital com centro de trauma a norte de Israel, em Haifa.

A partilha da experiência dos enfermeiros e médicos Israelitas, tão habituados a grandes traumas, catástrofes e emergência multivítimas que marcam a história do país, bem como as 4 semanas de estágio no SU de adulto, com passagem também pelo SU pediátrico, UCI de adulto e pediátrico e bloco operatório, revelaram-se uma experiência muito enriquecedora a nível profissional e pessoal.

O Departamento de Urgência e Emergência deste hospital recebe cerca de 120.000 pessoas por ano e, em caso de necessidade, a capacidade do departamento pode ser expandida. O SU funciona como centro de tratamento de traumas graves e

pacientes médicos complicados de todo o norte de Israel, e é um centro de referência para 12 hospitais distritais, além do Comando do Norte das Forças de Defesa de Israel, da Sexta Frota dos Estados Unidos e das forças de manutenção da paz das Nações Unidas na região. Cerca de 4.000 vítimas de trauma são hospitalizadas todos os anos. O SU é credenciado para formação de residentes em Medicina de Urgência, bem como enfermeiros e paramédicos, e realiza diversas atividades acadêmicas, incluindo palestras, conferências e estudos clínicos.

Grande parte do estágio decorreu então no serviço de urgência de adultos. Este SU dá resposta a pessoas com patologias médico-cirúrgicas de diferentes especialidades, nomeadamente: neurologia, vascular, cardiotorácica, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ginecologia e obstetrícia, cirurgia plástica e reconstrutiva, hematologia e oncologia. O SU de adultos não recebe crianças com patologia médico-cirúrgica, pois existe uma SU pediátrico no hospital, no entanto em caso de trauma, as crianças entram pela sala de emergência de adultos e é chamado o pediatra ao local.

Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (DGS, 2001, p.7).

A entrada da pessoa no SU pode ocorrer de forma autónoma ou de ambulância. O primeiro contacto da pessoa quando entra no hospital pelo próprio pé é com as administrativas, que fazem uma avaliação inicial da situação da pessoa e a direcionam para a especialidade. Seguidamente, o enfermeiro faz a triagem, utilizando o sistema de Triagem Canadiana, uma breve anamnese da pessoa, e é autónomo na requisição de algumas análises e exames complementares de diagnóstico (eletrocardiograma e radiografias), segundo protocolos instituídos, encaminhando-a posteriormente para a respetiva especialidade.

A nível de estrutura física, o SU divide-se em sala de espera, sala de triagem, gabinete dos responsáveis de turno, gabinetes médicos, serviço de observação (SO), sala de tratamentos e sala de trauma (“shock trauma room”), e foi nesta última onde passei mais tempo e onde vivi as melhores experiências de estágio.

A sala de trauma recebe as pessoas em situação crítica diretamente da rua, do SO ou de outros serviços do hospital, e é caracterizada fisicamente por um espaço aberto, constituído pela área de profissionais e com visibilidade para 6 unidades, constituídas por maca, monitor, ventilador e material de apoio, podendo ser convertida em 11 unidades. As unidades podem ser separadas com uma parede desdobrável que se encontra encaixada na parede da sala.

O SU funciona 24h, 7 dias por semana, e em cada turno são distribuídos 10 enfermeiros pelos diversos postos de trabalho, sendo que na sala de trauma se encontram 2 enfermeiros, que podem socorrer-se dos outros colegas em caso de necessidade. Existe um botão para emergências médicas e outro para o segurança em todos os postos do SU, sendo ativados pelos profissionais quando necessário, mais recursos.

A intervenção do enfermeiro de SU é muitas vezes realizada sob stress, em grande parte pela afluência de pessoas ao serviço, presença de familiares também ansiosos, difícil gestão dos tempos de espera, pelo cariz emergente das situações e imprevisibilidade das mesmas. Deste modo, considero que um bom enfermeiro de urgência acaba por desenvolver estratégias que permitem lidar positivamente com essas situações, intervindo com vista à excelência na prestação de cuidados. Neste sentido, tive a oportunidade de ter a orientação de um enfermeiro muito experiente, detentor de competências científicas, técnicas e comunicacionais, que nos mostrou de forma prática como é possível dar uma resposta rápida, eficaz, eficiente e de qualidade à pessoa em situação crítica e sua família, tendo em conta as necessidades.

O grupo de estágio que integrei incluía mais 3 estudantes do meu curso de mestrado, que exercem funções em diferentes serviços de urgência em Portugal. Foi um grupo que demonstrou um grande espírito de entreajuda, partilha de experiências e conhecimentos técnicos, quer da sua realidade profissional quer das situações que estávamos a vivenciar, que me potenciaram a aquisição de competências, dado que o contexto era desconhecido para mim.

O principal motivo que me levou a escolher este hospital em Israel foi o facto de ser um hospital de referência internacional a nível de trauma e, neste sentido, foi-me possível visitar o gabinete de trauma, localizado também ao nível do departamento

de urgência. O grupo de estágio foi recebido pela enfermeira coordenadora de trauma, que nos explicou as suas funções, bem como a organização e dinâmica do gabinete a nível hospitalar. O coordenador de trauma apoia na coordenação dos doentes de trauma no turno de manhã, atuando no terreno, certificando-se que a equipa está a trabalhar nas melhores condições e que a pessoa vítima de trauma recebe todos os cuidados necessários no menor tempo possível. Todas as semanas existe uma reunião entre os coordenadores de trauma e direção hospitalar, onde são apresentadas as estatísticas relativas aos casos de trauma dessa semana, os diagnósticos, o tempo de permanência na sala de emergência, o serviço para o qual são transferidos e o seguimento dos mesmos nesses serviços. São escolhidos ainda 6 a 8 casos para serem debatidos pela equipa, com o intuito de perceberem onde existiram limitações e como podem melhorar a prática.

A preparação para grandes catástrofes e emergências multivítimas é também notória em todo o hospital, quer a nível de infraestruturas, quer de recursos humanos, muito pela experiência real dos profissionais, mas também através de formações e simulacros que realizam esporadicamente. A existência de um parque de estacionamento subterrâneo que se converte em hospital em caso de catástrofe é exemplo da grande preparação do hospital a este nível, bem como a existência de chuveiros à entrada da urgência para lavar as pessoas vítimas de armas químicas, o facto da urgência ser construída dentro de um bunker e a excelente preparação dos profissionais a este nível. Como ouvi várias vezes durante o estágio, a experiência destes profissionais “it was written in blood” (foi escrita em sangue), o que significa que tudo o que fazem agora é reflexo de um aperfeiçoamento constante, resultado de eventos catastróficos por eles vivenciados no passado.

De forma geral, foi um local de estágio que me proporcionou a vivência de uma realidade diferente a nível sociocultural e de cuidados de saúde, que me fez crescer e pensar de outra forma algumas das práticas do quotidiano, e principalmente, me abriu os horizontes na área da catástrofe, emergência e cuidado à pessoa em situação crítica e sua família.

2.2. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As competências adquiridas em contexto profissional fizeram-me refletir sobre as minhas áreas de interesse e limitações, e despertaram a minha curiosidade para o aperfeiçoamento e aprendizagem a nível especializado.

Ao longo dos estágios em contexto de UCI e SU ocorreu um processo de aquisição de competências, onde existiu lugar para a pesquisa com base em evidência científica, reflexão crítica, partilha de conhecimentos entre equipas multidisciplinares, havendo assim uma consolidação da teoria na prática. Este capítulo descreve o processo de desenvolvimento das competências de enfermeira especialista, ocorrido ao longo dos estágios.

Os cuidados de Enfermagem devem surgir de um compromisso pela pessoa cuidada, já que existe confiança no saber do enfermeiro no que respeita a prevenção, manutenção e recuperação da situação de saúde/doença da pessoa que o procura. Neste contexto de desenvolvimento de competências, o enfermeiro deve procurar a excelência no exercício profissional, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Segundo Benner (2001), ir ao encontro de situações clínicas permite-nos aferir conhecimentos que vão além dos conhecimentos teóricos, numa vasta área de investigação e fonte de conhecimentos. “A aprendizagem experimental põe as questões e testa os comportamentos em situações reais (...) o teórico deve sempre depender da prática para desenvolver os conhecimentos clínicos e resolver problemas que a teoria muitas vezes não leva em conta” (Benner, 2001, p.179).

Serviço de Medicina Intensiva

A especificidade e complexidade do ambiente em UCI obriga a que os profissionais que exercem neste contexto tenham competências técnico-científicas, humanas e uma excelente capacidade de adaptação. Uma UCI deverá integrar enfermeiros formados e familiarizados com as imensas técnicas utilizadas nas unidades, necessárias aos cuidados ao doente crítico – via aérea, ventilação invasiva e não

invasiva, monitorização hemodinâmica, monitorização cerebral, monitorização metabólica, diferentes técnicas de substituição renal e eventualmente hepática, membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO), além dos procedimentos comuns à atividade base de Enfermagem (Rua, 2020).

Para este estágio defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta, em situação crítica e sua família.

Perante este, delineei como específicos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família no Serviço de Medicina Intensiva;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo práticas seguras dos enfermeiros na abordagem e manutenção da Via Aérea do doente em contexto de Serviço de Medicina Intensiva.

Estes objetivos foram sendo alcançados gradualmente, aquando da prestação de cuidados à pessoa em contexto de UCI, através da interação e diálogo com o enfermeiro orientador e na partilha de conhecimentos que ocorreu entre a equipa multidisciplinar deste serviço. Foram inúmeras as situações de aprendizagem e reflexão, umas em que tive intervenção direta, outras indireta, mas todas elas promotoras de evolução.

Realizo seguidamente a análise crítico-reflexiva das competências adquiridas no estágio em UCI, com base no documento de avaliação do Estágio Final e Relatório (Universidade Católica Portuguesa, 2021).

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

A área dos cuidados intensivos é dotada de deliberações legais e éticas, onde a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas individual e em equipa ocorre diariamente. Foram muitas as questões que fui levantando com o meu enfermeiro orientador, sendo que a autonomia da pessoa e a comunicação de más notícias às famílias foram alvo da minha reflexão.

No SMI a pessoa de quem cuidamos encontra-se numa situação de vulnerabilidade extrema e é importante que a intervenção do enfermeiro tenha por base o respeito

pela autonomia da pessoa, agindo, sempre que possível, de acordo com a sua decisão. Neste sentido, ao longo do estágio fui refletindo sobre possíveis formas de promover o respeito da autonomia das pessoas cuidadas, desde a prestação de cuidados direta, de acordo com os seus desejos e crenças, o tipo de posicionamento que preferem, a escolha da comida quando se conseguem alimentar, de que lado preferem ser punccionadas, até à questão das visitas, tentando perceber se as pessoas queriam ou não que aquele familiar as visitasse, e se era o momento mais oportuno. Deparei-me com uma situação inesperada, de uma pessoa que se encontrava internada em isolamento por SARS-CoV-2, e que, embora estivesse independente no autocuidado, pelo seu estado emocional depressivo derivado da situação de doença, desligava o telemóvel, porque não queria que ninguém da família a visse ou ouvisse naquele estado vulnerável. Todos os dias a família ligava para o serviço para comunicar com o seu familiar, pensando que se encontrava sedado ou desorientado, e nós explicávamos que se encontrava consciente, com boa evolução do estado clínico, que tinha o telemóvel e o carregador consigo no quarto, mas que estava vulnerável e não queria falar com a família, até recuperar. Enquanto familiar, acredito que seja difícil de estar nessa situação, mas penso que nestas situações, a única coisa a fazer é respeitar a pessoa, o seu tempo, e ajudá-la quer nos cuidados diários, quer pedindo ajuda de outros profissionais competentes. A nossa intervenção enquanto equipa foi na base da comunicação com a pessoa e com a família, de modo que a pessoa recuperasse a sua motivação e autoestima para se sentir confortável para ver e falar com os familiares, e a família que fosse paciente e aceitasse a decisão do familiar naquele momento, sendo que a equipa continuava a dar informações diariamente, com conhecimento da pessoa.

Tal como acontece no bloco operatório, no SMI a maioria das pessoas encontravam-se sedadas, e nessas situações o enfermeiro deve assumir-se como defensor da manutenção da integridade, intimidade e privacidade. Procurei fazê-lo, por exemplo, na prestação de cuidados de higiene e conforto à pessoa acamada, garantindo a privacidade e intimidade, com simples gestos como fechar as cortinas, limitar o acesso de pessoas estranhas ao serviço e certificando-me de que as visitas se centravam nos seus familiares aquando da visita.

No que concerne a comunicação de más notícias, este processo não consiste apenas em momentos de comunicação de diagnóstico e prognóstico de doenças, mas também na transmissão de uma má notícia aos familiares, por exemplo de morte. Uma má notícia “consiste em qualquer informação que envolva uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva de futuro, afetando, assim, os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social” (Sequeira, 2016). Durante o estágio no SMI, tive várias situações onde a deterioração do estado geral de saúde da pessoa ou mesmo a morte foram fatores desencadeantes para a comunicação de más notícias aos familiares. Neste serviço, a primeira comunicação é feita geralmente pela equipa médica, mas é certo que é com a equipa de enfermagem que as famílias se sentem mais confortáveis para questionar, para chorar, para desabafar, e para tentarem “aceitar” a situação. Senti que evoluí bastante a este nível, uma vez que em bloco operatório a minha comunicação com as famílias é muito reduzida, enquanto no SMI consegui acompanhar de perto diversas situações complicadas, preparando os familiares para a visita, explicando que a pessoa se encontrava fisicamente diferente, sem adereços pessoais, com máquinas e fios, mais desfigurada devido à situação, deixando-os à vontade com os familiares e mostrando-me ao mesmo tempo presente. Presenciei algumas situações de morte, em que consegui estar junto das famílias no momento da despedida e considero ter sido um elemento promotor de conforto e tranquilidade, perante tal momento de sofrimento.

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

No sentido de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, um dos meus objetivos de estágio, decidi perceber junto do meu orientador e da equipa se existia alguma temática de interesse para o serviço em que a minha *expertise* pudesse ser potenciadora de práticas seguras para os enfermeiros. Deste modo, e sendo esta a problemática do meu trabalho de investigação, foi-me sugerido que abordasse a Via Aérea (VA) em UCI, uma vez que os elementos sentiam necessidade de formação, alguns por terem pouca experiência, outros pela falta de oportunidades

a esse nível no serviço. É certo que a abordagem da VA não acontece diariamente na UCI, mas segundo o *feedback* que obtive da equipa, a formação que proporcionei (Apêndice II), onde expus a teoria e posteriormente uma componente prática, com o material existente no serviço, foi subsidiária para todos os elementos e promotora de uma melhor prestação de cuidados nesta área.

O enfermeiro especialista, para além da sua função de prestador de cuidados e gestão deve também assumir um papel ativo no planeamento e execução de programas de melhoria contínua. Neste serviço, existem muitos programas a decorrer, como o caso do programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery – Recuperação melhorada após cirurgia) para a cirurgia major colorretal e urologia, que tive oportunidade de assistir a uma formação sobre a sua implementação e auditorias mensais sobre as boas práticas dos profissionais, como por exemplo a auditoria à lavagem das mãos, à preparação e administração segura de fármacos, gestão de roupa e controlo de infeção, formações internas e também externas ao serviço, como é o caso de suporte básico de vida.

Sendo um serviço tão organizado, foi difícil encontrar oportunidades de melhoria, no entanto fiz questão de me inteirar dos programas e auditorias existentes, na minha opinião, todos eles bastante recentes e adequados, procedendo de acordo com as diretivas do hospital.

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

O enfermeiro especialista deve demonstrar competências no que respeita à gestão dos cuidados de enfermagem, articulando as decisões tomadas com a restante equipa de saúde, sensibilizando a equipa para uma prestação de cuidado com vista à humanização e segurança da pessoa cuidada, e melhorando a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.

A tomada de decisão do enfermeiro não requer apenas a consciência e conhecimento de princípios deontológicos, mas também um raciocínio crítico que mobilize conhecimentos científicos, técnicos e normas jurídicas (Deodato, 2008).

Neste sentido, ao longo do estágio no SMI, acompanhei o enfermeiro orientador, participando ativamente em processos de tomada de decisão, como por exemplo

na gestão de vagas na unidade, assegurado que as pessoas hemodinamicamente instáveis ficavam mais perto da visão dos profissionais, na distribuição da equipa de enfermagem, tendo em conta a sua experiência e as suas necessidades de aprendizagem, colocando enfermeiros mais experientes com pessoas mais instáveis ou deixando por vezes um enfermeiro mais novo responsável por uma pessoa com necessidades de cuidados mais complexos, assegurando que teria sempre um enfermeiro mais experiente disponível por perto, previamente alertado para a questão.

De referir que o enfermeiro responsável de turno deve ter uma visão geral do serviço e das competências da sua equipa, assegurando que a equipa é autónoma se este tiver necessidade de se ausentar, por exemplo em caso de chamada para uma paragem cardiorrespiratória ou outra emergência noutra serviço do hospital, uma vez que este dá apoio à equipa de emergência médica intra-hospitalar.

Inicialmente, sendo o SMI para mim um serviço desconhecido, a minha atenção estava muito centrada na prestação de cuidados e na interação com a equipa, mas no decorrer do estágio, estas questões foram alvo da minha intervenção, acabando o estágio com uma visão abrangente sobre gestão da equipa, organização dos cuidados, gestão de materiais, delegação de tarefas, supervisão e avaliação das mesmas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados.

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

O desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade têm tendência a melhorar com o tempo de experiência que o enfermeiro tem em determinado contexto de prestação de cuidados. Quanto maior o envolvimento num determinado contexto e a reflexão sobre as situações e vivências que vão ocorrendo, mais facilidade o enfermeiro tem de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional, de se assumir como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, ao fundamentar a sua prática em evidência científica e sensibilizar os seus pares.

É notória a flexibilidade que o enfermeiro de cuidados intensivos tem para dar resposta a situações críticas, médicas e cirúrgicas.

Ao longo das semanas fui-me sentindo mais capacitada de competências profissionais e humanas que me permitiram trabalhar sob pressão, prestando num momento cuidados de reanimação emergentes e no momento seguinte cuidados

paliativos e *post-mortem*, por exemplo, fazendo esta gestão de cuidados e emoções de forma controlada e eficaz, transmitindo essa segurança à equipa onde estava integrada, às pessoas cuidadas e aos familiares.

Deste modo, considero ter adquirido competências que me permitiram ter mais consciência de mim mesma na minha profissão e me ajudam a transmitir as minhas ideias aos outros, gerindo respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

A prática baseada na evidência é o processo a partir do qual os enfermeiros tomam decisões na sua prática clínica baseando-se na evidencia científica, promove cuidados de qualidade com vista a obter melhores resultados em saúde e tenta conciliar os estudos científicos com a prática dos enfermeiros e as necessidades dos doentes.

Neste contexto de estágio, procurei suportar a minha prática recorrendo sempre a uma base científica, de forma a prestar os melhores cuidados de enfermagem à luz das evidencias mais recentes. Durante este processo, para além de colmatar as minhas dúvidas através de artigos científicos, incentivei os colegas da equipa a fazerem o mesmo, aproveitando para partilhar as minhas pesquisas, sempre que considere de interesse para o serviço.

Para além do trabalho que apresentei sobre a abordagem da VA, com suporte nas mais recentes evidencias científicas, a equipa questionava-me sobre outras temáticas, muitas vezes do meu contexto de trabalho, que me motivavam à pesquisa e à partilha fundamentada dessa informação.

É certo que hoje em dia existe muita facilidade em aceder às informações mais recentes através da internet e nesse sentido este hospital disponibiliza aos colaboradores a base de informações médicas *UpToDate*, para que todos possam ter acesso às mais recentes evidencias científicas, de forma gratuita. Considerei o incentivo dado pelo hospital muito interessante e claro que também me foi bastante útil durante o estágio.

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

Durante o estágio no SMI acompanhei a equipa e o enfermeiro orientador nos momentos de prestação de cuidados, uma vez que esta era uma realidade que desconhecia, e considerei importante dedicar as primeiras semanas de estágio ao cuidado à pessoa em situação crítica em contexto de SMI. Deste modo organizávamos o turno de maneira a prestar os cuidados de higiene e conforto, avaliávamos a ação dos fármacos utilizados, fazíamos a gestão da dor e bem estar da pessoa (nas vertentes física, psicossocial e espiritual), monitorizávamos a sedo-analgesia, verificávamos se todos os aparelhos se encontravam a funcionar devidamente (ventilador, aspirador, PRISMA, IV1000), se havia prescrição médica para algum exame ou técnica (por exemplo, drenagem pleural ou endoscopia) ou se tinha indicação para cirurgia.

Seguidamente, refletíamos em conjunto o que levou a pessoa à situação em que se encontrava, quais os diagnósticos identificados até à data, quais as medicações que foram sendo alteradas consoante a fisiopatologia e o que se poderia ainda fazer. As reflexões em conjunto com o enfermeiro orientador ajudaram-me a ter consciência da ação do enfermeiro especialista neste contexto de cuidados críticos. Uma das situações mais marcantes neste estágio foi a de uma pessoa bastante instável que entrou no SMI com o diagnóstico de urosépsis. Ao aproximar-me da pessoa informaram-me que se encontrava em choque séptico de origem urinária, com disfunção multiorgânica. Ao analisar a gasimetria percebi que o doente estava a passar por um processo de acidose mista (pH 6,96; pCO₂ 74 mmHg; pO₂ de 52 mmHg; HCO₃⁻ de 16,6mmol/L), com lactatos elevados (11.1mmol/dL) e com hipercaliémia (6,6 mmol/L), em anúria há algumas horas e que a situação era bastante grave. Após a realização de uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) abdominal de emergência e medição da pressão intra-abdominal (29 mm/Hg), a equipa médica do SMI pediu a avaliação da equipa de cirurgia geral uma vez que o doente apresentava abdómen agudo e suspeita de síndrome compartimental. Após avaliação do doente e realização de enema de limpeza, como medida conservadora para diminuição da pressão intra-abdominal, sem efeito, a equipa cirúrgica decidiu avançar para cirurgia. Dada a situação crítica em que o doente se encontrava, resolveram realizar uma laparotomia exploradora no SMI. Nesta situação tentei ajudar os colegas do SMI a estabilizar hemodinamicamente a pessoa através do controlo de aminos, administração de medicamentos e de

plaquetas, e acabei por colaborar com os cirurgiões na preparação para a cirurgia, disponibilizando algum material existente na unidade (batas, luvas e taça com desinfetante), tentando cumprir ao máximo as regras para controlo de infeção, apesar do contexto emergente, e fui antecipando alguns passos até à chegada dos colegas Enfermeiros do BO. Sendo esta uma situação pouco recorrente em SMI, sinto que fui um elemento diferenciador, dado estar confortável perante um ambiente cirúrgico, e tentei transmitir essa segurança à restante equipa. Apesar dos esforços de toda a equipa, e mesmo após a realização de resseção intestinal, a isquémia já era de tal forma irreversível que os cuidados de reanimação deram lugar a cuidados de conforto e de fim de vida. A minha intervenção passou pela administração de fármacos, cuidados de conforto à pessoa e seguidamente ajudei a equipa de enfermagem na realização dos cuidados *post-mortem*. Mais uma vez fui confrontada com a instabilidade da pessoa em situação crítica, e senti que, a par da equipa, demonstrei a flexibilidade e capacidade para gerir o stress dado o contexto.

Tive a oportunidade de acompanhar ainda a equipa de emergência médica intra-hospitalar algumas vezes, em alguns dos casos para paragens cardiorrespiratórias nas enfermarias, onde tive a possibilidade de assumir várias posições na reanimação (como a realização de massagem cardíaca, administração de fármacos de emergência, ajuda na abordagem da VA) o que me ajudou a aprofundar conhecimentos sobre suporte avançado de vida num contexto menos controlado, uma vez que nas enfermarias as pessoas se encontram sem monitorização e o material não se encontra tão acessível como em bloco operatório ou UCI.

Neste estágio, adquiri competências também ao nível da comunicação com a pessoa em situação crítica, aprendendo a adaptar a minha comunicação à complexidade das situações e socorrendo-me de estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”. Enquanto enfermeira de bloco operatório, a comunicação com pessoas entubadas a nível orotraqueal é muito diminuto, e não compreendia a importância de o fazer, mesmo com a pessoa sedada, até a realização deste estágio. Durante a prestação de cuidados, fui estimulada a comunicar com pacientes sedados e entubados, e adquiri

competências que desde então utilizo na minha prática e considero que são fundamentais ao bem-estar da pessoa.

Também a comunicação com a família foi um ponto evolutivo no que respeita à aquisição de competências, tendo oportunidade neste estágio de comunicar com familiares de pessoas em estado muito grave, e ser um elemento diferenciador neste processo de comunicação, que ocorre muitas vezes após a transmissão de uma má notícia, como descrito anteriormente.

Foi deveras desafiante o confronto com patologias, técnicas e fármacos desconhecidos, ou que apenas conhecia da teoria, e perante esses novos casos, tentei pesquisar prontamente quais as necessidades reais da pessoa. No decorrer do estágio, para além de refletir sobre as situações e tratamentos que estavam a decorrer, senti uma evolução a nível de identificação de diagnósticos precoces e focos de instabilidade.

Este serviço é dotado de protocolos e escalas, supracitadas, que ajudam a equipa de enfermagem a diagnosticar antecipadamente muitos dos problemas que surgem diariamente. O facto de ser uma equipa tão organizada a esse nível, permitiu-me a aquisição de ferramentas para a construção de protocolos no meu contexto atual e da forma como incentivar equipas para a sua utilização, porque são de facto importantes na avaliação precoce e adequação das respostas a problemas identificados.

Contexto de Urgência

O estágio num país diferente a nível sociocultural e de cuidados de saúde como é Israel e em contexto de urgência, demonstrou ser um grande desafio que exigiu bastante responsabilidade e capacidade de adaptação da minha parte. Foi uma experiência enriquecedora que me proporcionou uma visão ainda mais globalizante da enfermagem, e em específico da pessoa em situação crítica, que acredito ser promotora de diferenciação a nível de pensamento crítico, enquanto enfermeira especialista, e dos cuidados por mim prestados.

Para este estágio defini como objetivo principal:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta, em situação crítica e sua família.

Perante este delineei como específicos os seguintes objetivos:

- “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família no Serviço de Urgência”;

- “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua família em situação de emergência, exceção e catástrofe”.

Este estágio de caráter opcional foi excepcional pelo caráter inovador e por ser algo fora do meu contexto de trabalho, e a aquisição de competências surgiram da reflexão, partilha, observação e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em urgência e emergência. Também a passagem no bloco operatório e unidades de cuidados intensivos foram importantes momentos de aprendizagem e, por essa razão, serão mencionadas algumas das situações vividas nesses serviços, que considerei promotoras de reflexão e crescimento.

Realizo seguidamente a análise critico-reflexiva das competências adquiridas no estágio em contexto de urgência, com base no documento de avaliação do Estágio Final e Relatório (Universidade Católica Portuguesa, 2021).

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

No estágio em contexto de urgência o foco da minha atenção estava centrado na prestação de cuidados à pessoa a par da gestão desses mesmos cuidados de enfermagem, acabando por fazer uma comparação inevitável com a realidade portuguesa. No que respeita à tomada de decisão no exercício da profissão, e da prática que observei, considero que o enfermeiro em Israel tem algumas intervenções autónomas que em Portugal são intervenções interdependentes, como a prescrição de alguma terapêutica (consoante protocolos), a prescrição de alguns exames complementares de diagnóstico em caso de urgência, a realização de gasometrias e a alteração de parâmetros ventilatórios, por exemplo. Considero que esta prática em situação de urgência pode acelerar o processo de cuidados da

pessoa, e apesar desta autonomia demonstrada pelo enfermeiro, o médico é sempre informado e continua a ter intervenção em todo o processo.

No sentido de adquirir competências de gestão com vista à otimização da minha resposta e da minha equipa na prestação de cuidados e articulação com a restante equipa de saúde, este estágio proporcionou-me a passagem de um dia no bloco operatório, em que tive o privilégio de contar com a supervisão de uma enfermeira responsável que me fez uma visita guiada, me explicou o funcionamento diário dos blocos e me foi deixando observar durante o dia várias cirurgias de várias especialidades, permitindo-me uma visão global sobre a forma como os Israelitas organizam o seu dia no BO. Existem algumas diferenças entre a realidade portuguesa e Israelita, sendo que a existência de apenas 2 enfermeiros por BO (circulante e instrumentista) foi a que mais me intrigou. A gestão da parte anestésica é assumida exclusivamente por anestesistas, sem parceria com a equipa de enfermagem, e em caso de urgência, o anestesista pede ajuda a outros anestesistas. Em caso de cirurgia de urgência não existe uma sala predefinida para a realização da mesma, como acontece na minha realidade profissional. Nestes casos, é suspensa a atividade cirúrgica na primeira sala que ficar desocupada, e realizada a urgência na mesma. Existe um programa informático onde é atualizado em tempo real o momento cirúrgico (início da cirurgia; cirurgia; final da cirurgia; doente encaminhado para o recobro), assim o enfermeiro responsável de turno consegue fazer a gestão das salas em caso de urgência e emergência. Durante a noite existe equipa para uma sala e, em caso de necessidade, existem mais equipas de chamada para abrirem as salas necessárias.

Considero que a observação de um sistema diferente de trabalho me proporcionou outra perspetiva da forma como posso gerir a minha equipa e otimizar o processo de cuidados, que possivelmente não será aplicada no imediato, mas que me molda e predispõe a mudanças futuras com vista à evolução.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

O processo de investigação é o que nos leva ao desenvolvimento e produção do conhecimento de forma rigorosa e sistemática e é este conhecimento que faz com que possamos justificar as nossas intervenções de forma mais fidedigna, promovendo o desenvolvimento da disciplina.

Durante este estágio conheci profissionais de vários contextos de cuidados e todos com muita dedicação em responder às minhas dúvidas com factos científicos. Segundo me apercebi, existem verbas importantes destinadas à investigação em Israel, motivo que leva muitos dos enfermeiros e paramédicos a realizarem estudos científicos nos diferentes contextos da profissão. Este interesse pela ciência, ligado ao facto de serem conhecidos culturalmente pela capacidade de argumentação e interesse em partilhar os dados, fez com que fossem para mim uma inspiração nesse sentido.

Aquando das aprendizagens que ia fazendo durante o estágio em SU, ia percebendo quais os dados que estavam na origem de determinada praxis ou protocolos. Em Israel existem protocolos bem definidos para muitas das intervenções, pelo que podemos ver um enfermeiro a administrar medicação sem necessidade de uma prescrição médica. Caso disso foi, por exemplo, uma pessoa que analiticamente se encontrava com hipercaliémia e o enfermeiro administrou prontamente 3 fórmulas de glucose hipertónica, 10 unidades de insulina e salbutamol inalatório, tratamento protocolado no hospital. São intervenções de enfermagem cruciais que podem fazer a diferença em casos de emergência.

No dia de estágio em BO tive a oportunidade de partilhar ideias com a enfermeira coordenadora sobre as diferentes realidades e a evolução do nosso contexto profissional, identificando preocupações comuns da prática de enfermagem em contexto perioperatório. Neste sentido, esta enfermeira vai realizar em Maio uma apresentação no congresso da “European Operating Room Nurses Association” (EORNA), cujo tema é “Winds of change”, ou ventos de mudança em português, que reflete precisamente a evolução constante da área do perioperatório, focando pontos como o avanço da tecnologia e o aumento da qualidade e segurança para a pessoa cuidada, e desafiou-me também à realização de futuras pesquisas nesta área que pudessem ser partilhadas neste congresso anual.

Na visita ao gabinete de trauma, tive a plena percepção do envolvimento do hospital no sentido de proporcionar uma prática fundamentada na qualidade, por exemplo, pela realização das reuniões semanais, em que existe discussão de casos clínicos pelas várias especialidades no sentido de analisar as limitações e melhorar, pelas reuniões mensais de partilha de artigos científicos entre os profissionais, e pelo

treino constante que os elementos realizam no sentido de atualizarem conhecimentos em conjunto. O hospital está preparado a nível arquitetónico e tecnológico para eventos de catástrofe, com possibilidade de resposta desde o extra ao intra-hospitalar a múltiplas vítimas, sendo deste modo um local privilegiado para a realização de simulacros e treino de abordagem à pessoa em situação crítica.

O gabinete de trauma é ainda responsável pelo tratamento de dados estatísticos relativos às pessoas vítimas de trauma, aferindo tempo de internamento e decisões clínicas realizadas, de modo a ter uma perceção do desempenho hospitalar em termos de trauma, partilhando esses dados com vista a uma evolução científica.

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

O SU é um serviço que sempre me despertou curiosidade e, por ser um serviço dotado de técnicas e particularidades, motivou-me a explorar as situações mais complexas e a compreender a pessoa em situação crítica neste contexto. Apesar da ansiedade sentida inicialmente e impossibilidade de dar resposta às situações de forma autónoma, fui evoluindo à medida que vivenciava cada situação.

Neste SU, a pessoa que dá entrada em ambulância é encaminhada diretamente para a sala de trauma, onde é avaliada por toda uma equipa especializada (médicos, enfermeiros, técnicos de radiologia). A equipa multidisciplinar faz uma avaliação da pessoa, cumprindo o algoritmo do A (airway) B (breathing) C (circulation) D (disability) E (exposure), começando por monitorizar os sinais vitais para ter uma noção da sua estabilidade hemodinâmica. De seguida verifica-se a permeabilização da via aérea e se a pessoa consegue respirar ou se necessita de algum suporte ventilatório. Assim que possível são colocados acessos venosos e colhidas análises para perceber qual a situação em termos gasimétricos (valores de hemoglobina, pH, pCO₂, HCO₃⁻, glicémia, K⁺), são realizados exames complementares de diagnóstico, como radiografia e ultrassonografia. Por fim é colocado cateter vesical e encaminhada a pessoa para a realização de TAC.

Esta abordagem inicial é realizada quer para emergências médicas, quer para emergências cirúrgicas. Em seguida, procedo a uma breve descrição de alguns

casos que considere subsidiários para a minha prestação de cuidados, onde foco a intervenção da equipa de enfermagem.

Num primeiro caso, a pessoa deu entrada na urgência com desvio da comissura labial, perda da força à direita e disartria; após avaliação inicial e TAC foi diagnosticado acidente vascular cerebral isquémico com indicação para fibrinólise. O enfermeiro teve como intervenção a preparação da pessoa, avaliação de sinais vitais, administração do fármaco fibrinolítico (rtPA) e monitorização constante do estado de consciência e estabilidade hemodinâmica durante o tratamento.

Num segundo caso, uma pessoa com insuficiência respiratória por Sars-Cov-2, após avaliação da equipa fica a receber ventilação não invasiva com máscara. A intervenção do enfermeiro consistiu na promoção do conforto da pessoa, quer através do ajuste do posicionamento (a posição sentada é normalmente promotora de conforto respiratório), quer através da adaptação da máscara e mobilização da mesma quando necessário, adequando os padrões ventilatórios, tendo em conta os valores de pO₂ e pCO₂.

Num terceiro caso, uma pessoa com bloqueio auriculoventricular com indicação para colocação de eletrocater. Esta intervenção foi realizada pelo cardiologista, sob anestesia local, com o apoio do enfermeiro, quer na preparação de campos esterilizados e fármacos, quer na monitorização da pessoa e gestão de dor.

Num quarto caso, uma pessoa deu entrada no SU com fibrilhação auricular, medicada no domicílio com anticoagulantes; após avaliação da equipa houve indicação para cardioversão elétrica. Realizada sedação com fentanil e etomidato, e assegurada ventilação por máscara. O enfermeiro teve como intervenção assegurar a VA, explicando que o fazia seguindo a mnemónica SOAP - ME (suction, oxygen, airway, positioning, medications, equipment/ Et CO₂), administrar e preparar medicação e auxiliar a equipa médica no procedimento.

Num quinto caso, uma pessoa encaminhada da enfermaria, apresentava dificuldade respiratória (utilização de músculos acessórios, tiragem), fez paragem cardiorrespiratória (PCR) à chegada à sala de trauma. A equipa definiu posições e iniciou suporte avançado de vida. Após monitorização e colocação das pás do desfibrilhador perceberam que se encontravam no ramo não desfibrilhável, o primeiro elemento iniciou massagem cardíaca sendo substituído pelo dispositivo

LUCAS, o enfermeiro assegurou a preparação e administração de fármacos, iniciando adrenalina, o médico assegurou a VA através da entubação orotraqueal com auxílio do glidescope, realizada ecografia cardíaca, e a pessoa recuperou ao fim de 3 ciclos. Nesta situação foi notória a organização de toda a equipa, rapidez e conhecimento dos procedimentos. A intervenção do enfermeiro é crucial ao longo de todo o processo, sendo também o elemento responsável pela monitorização da pessoa após o episódio de PCR; neste caso concreto tratava-se de uma acidose respiratória que foi posteriormente controlada com a alteração dos parâmetros ventilatórios.

Noutras situações senti que a intervenção não foi tão eficaz, como foi o caso de uma pessoa vinda do SO em manobras de reanimação por PCR com fibrilhação ventricular, onde apesar de toda a organização da equipa, a reanimação não teve sucesso e a pessoa acabou por falecer. Neste caso, consegui perceber como funcionavam os cuidados *post-mortem* nas urgências e assisti à despedida da família, que se encontrava em choque com a situação. A intervenção de enfermagem consistiu no suporte à família, respeitando o momento e os sentimentos vividos e promovendo a sua privacidade.

Segundo Jean Watson (2002), o cuidar de enfermagem é contextual, relacional, existencial e, desta forma, é uma construção entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. A mesma teórica pretende desmistificar o facto de que para além da ciência, o cuidar pressupõe também emoção, sensibilidade, intuição e espiritualidade (Watson, 2002).

Por sua vez, Madeleine Leininger (1999), no início da década de 1960 fundou a Enfermagem Transcultural, definindo-a como "uma área formal de estudo e trabalho centrada no cuidado e baseada na cultura, crenças de saúde ou doença, valores e práticas das pessoas, para ajudá-las a manter ou recuperar a saúde, enfrentar com suas deficiências ou sua morte".

Partindo deste pressuposto, além da prestação de cuidados mais técnicos à pessoa em urgência, um dos principais focos da minha reflexão neste estágio relaciona-se com a envolvência cultural e espiritual da pessoa, bem como a comunicação e a presença da família como parte integrante dos cuidados.

A prestação de cuidados à pessoa envolve questões culturais e espirituais que passam pelo respeito pelas suas crenças e religião. Sendo Israel um país

conhecido pela diversidade religiosa, assumindo um papel preponderante na vida de muitas pessoas (por vezes de extremismo), os enfermeiros e restantes profissionais optam por prestar cuidados de forma homogénea, respeitando as pessoas, mas abstendo-se de comentários sobre crenças ou religião. Haifa é das cidades em Israel onde existe melhor convivência entre religiões, não impede que se observe uma grande diversidade religiosa a nível de profissionais e pessoas cuidadas e por vezes algum distanciamento quando se tratam essas questões, nunca descurando os cuidados holísticos à pessoa e sua família.

Ao longo do estágio nos diferentes contextos, SU adulto e pediátrico e UCI de adultos e pediátrica, o papel da família foi alvo da minha reflexão, pela sua presença ativa e inclusão em todo o processo de cuidados. Começando pela sala de trauma onde todos as pessoas que por lá passavam, independentemente do estado crítico em que se encontravam, da idade ou das morbilidades que tinham, tinham suporte de um familiar em permanência ao seu lado, o que para mim me suscitou alguma curiosidade, visto que a tendência em Portugal é para criar horários de visitas curtos nestes contextos. Da experiência que tive, os familiares com quem me cruzei foram elementos preponderantes no processo de cuidados, dando informações relevantes sobre o seu familiar, ajudando a construir a história clínica e cuidando da pessoa seguindo as suas crenças, costumes e religião.

Na minha passagem pelo SU de pediatria, tive ainda oportunidade de assistir a uma situação de uma criança de 6 meses que deu entrada em estado crítico, com obstrução parcial da VA, por diagnóstico de atrofia muscular espinhal, e a oxigenar a 60%. À chegada, uma equipa de 2 médicos e 2 enfermeiros aguardavam a menina, devidamente equipados pelo facto da possibilidade de existir uma infeção respiratória associada, e ordenadamente tomaram as suas posições na abordagem à criança, confirmando a permeabilidade da VA, aspirando as secreções na via oral e traqueostomia, que já possuía, adaptando seguidamente os parâmetros ventilatórios às necessidades da criança, e conseguindo por fim uma estabilização da saturação de oxigénio na ordem dos 98%. Durante toda a situação emergente, os pais estiveram presentes, sendo interventivos no cuidado da criança, bem como fonte de informação relevante, quando solicitado. Em determinado momento o pai entrou em contacto com o médico de família e colocou o médico da emergência em

contacto com o mesmo, com o objetivo de recolher informações detalhadas e relevantes para o caso. Na minha opinião, a inclusão da família é uma dimensão muito positiva, quer para o familiar que pode estar próximo, quer para a equipa que obtém mais informações sobre a pessoa em tempo útil. Considerei interessante perante tal situação de stress, que toda a equipa estivesse empenhada em atuar em prol da recuperação da criança, sem demonstrarem qualquer sinal de pressão pelo facto de terem o familiar a seu lado. Penso que o papel de todos foi importante, a organização notória, o trabalho de equipa bem gerido e os resultados, pelo menos no imediato, positivos, apesar da situação clínica.

Uma questão onde senti alguma limitação foi na comunicação e construção de relação terapêutica com as pessoas e famílias, devido à barreira linguística, uma vez que a língua oficial em Israel é o hebraico. É certo que em Israel existem muitas pessoas que falam inglês ou mesmo espanhol e francês, e nesse sentido foi mais fácil a abordagem com os profissionais e também com as pessoas e suas famílias, e quando não era possível utilizar a linguagem verbal, muitas vezes recorri à linguagem não verbal para me expressar ou para tentar compreender, pedia ajuda ao meu orientador ou a outros colegas para a tradução e utilizava o Google tradutor, ferramenta muito útil quer na comunicação quer na leitura de documentos e sinaléticas existentes no hospital. Reconheço que por vezes esta questão foi causadora de stress quer para mim enquanto enfermeira quer para a pessoa e sua família, mas o facto de me encontrar num país multicultural, onde idiomas como o russo, o árabe e o inglês são bastante recorrentes, facilitou a adaptação de todos nesse sentido e a minimização do desconforto.

Por fim, a passagem de um dia de estágio em BO foi também pertinente para a minha formação enquanto enfermeira na abordagem à pessoa em situação crítica, uma vez que muitas destas situações críticas necessitam de intervenções cirúrgicas de emergência e de uma equipa especializada para tal, e pela comparação que pude fazer com a minha realidade profissional. Neste contexto encontrei o conforto necessário para questionar, comparar e partilhar experiências, refletindo ainda a minha prática tendo em conta a realidade encontrada.

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

O SU onde tive oportunidade de realizar grande parte do estágio é conhecido pela sua perícia em dar resposta a situações de emergência e catástrofe, e nesse sentido foram muitas as partilhas realizadas pelos meus colegas relativamente a grandes catástrofes e traumas por eles vivenciados neste serviço.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de presenciar maioritariamente situações de emergência médica, mas no último dia o serviço recebeu num espaço de tempo muito reduzido 4 pessoas vítimas de trauma, todas devido a acidentes de trabalho sofridos em vários pontos da cidade, que não se encontravam interligados, e que me elucidou para a capacidade de resposta excepcional que a equipa tem. Nestes casos, toda a equipa esperava a chegada do doente (neurologista, ortopedista, enfermeiros, coordenadores de trauma da parte médica e de enfermagem, técnicos de radiologia, entre outros). À chegada foi avaliada a estabilidade hemodinâmica do doente, realizadas as radiografias e os procedimentos prioritários, como a colocação de talas gessadas, colheitas de sangue, e de seguida, por serem doentes prioritários (onde colocam uma etiqueta amarela que diz FAST), foram realizar TAC e encaminhados uns para BO, outros para UCI.

O hospital possui um sistema de transmissão de informação do pré-hospitalar para o enfermeiro responsável do serviço de urgência e consequente passagem de informação (através do envio de uma SMS para telemóveis pessoais dos profissionais) para que todos os elementos que possam ser úteis estejam preparados à chegada da pessoa à sala de trauma, dependendo do fator causal (por exemplo, em caso de suspeita de AVC, o neurologista, a enfermeira responsável pelos cuidados à pessoa com AVC's a nível hospitalar e os enfermeiros do serviço de urgência recebem a SMS e estão presentes à chegada do doente; em caso de um trauma, a SMS é enviada para o médico coordenador de trauma, enfermeiro coordenador de trauma, diversos médicos de outras especialidades, como ortopedia, cardiologia, neurocirurgia, enfermeiros de urgência, enfermeiros de bloco operatório, técnicos de imagiologia, entre outros profissionais). Pude constatar que toda a equipa reconhece que os recursos

temporais podem ser decisivos numa abordagem eficaz à pessoa em situação crítica, tendo em conta a rapidez de intervenção, assim como dinâmicas assumidas pelas equipas de diferentes serviços na concretização de ações (como a realização de radiografia e ultrassom). A responsabilização da equipa interveniente e a busca contínua da qualidade faz-se sentir no seu desempenho e a oportunidade de a integrar remete-me novamente para a importância da coesão de equipa na procura da melhoria contínua da qualidade. A capacidade de comunicação e articulação da equipa multidisciplinar é traduzida na prestação de cuidados de saúde de qualidade e neste sentido o enfermeiro especialista assume uma responsabilidade determinante.

Um dos momentos de estágio que considerei mais interessante foi a visita ao departamento de coordenação de emergência, pois permitiu-me compreender mais facilmente o percurso da pessoa em situação crítica, em caso de catástrofe ou emergência. Resumidamente, e segundo foi partilhado pela coordenadora do departamento, em caso de um evento catastrófico uma equipa pré-definida entra em ação. A equipa é constituída por funcionários de várias áreas que acompanham o decorrer do evento, asseguram que os protocolos existentes estão a ser seguidos, são elo de ligação entre o exterior e o interior do hospital. A coordenadora acrescentou ainda que a chave para o sucesso é a flexibilidade, pois não existem eventos iguais e é importante que toda a equipa analise os problemas encontrados num evento para agirem especificamente sobre eles, alterarem protocolos, e melhorarem. Nestes eventos, existe um software informático que fica acessível para todos os colaboradores, e que atualiza em tempo real as necessidades reais do hospital, qual a função e localização específica de cada um. Este hospital é conhecido por ter um parque de estacionamento subterrâneo com 3 pisos que se converte em hospital em caso de catástrofe, com o objetivo de ser um lugar seguro para doentes e profissionais. Para além de ter capacidade para acolher os seus doentes tem ainda capacidade para duplicar a capacidade e acolher pessoas provenientes dos hospitais distritais.

Este hospital é considerado de referência na abordagem a vítimas de trauma e situações de multivítimas, não só pelas suas infraestruturas, mas também pela cultura dos profissionais, baseada no treino e prática de abordagens em situações complexas. O sentido de união notório entre os profissionais israelitas é um

elemento facilitador nas abordagens coordenadas tendo em vista o mesmo objetivo.

Tenho consciência que a realidade vivida em Israel é bastante diferente da nossa, e que as necessidades que apresentam, bem como as soluções, serão sempre diferentes, mas considero que esta experiência foi e será sempre uma mais-valia para o meu desempenho profissional enquanto enfermeira especialista.

2.3- OUTRAS ATIVIDADES FORMATIVAS

A par da frequência do mestrado, ao longo destes 2 anos participei em atividades formativas que contribuíram para o desenvolvimento de competências teórico-práticas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente:

- III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Edição online), com o tema Enfermagem Especializada: Protagonista no Presente Inovadora no Futuro, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) do ICS da UCP, em Novembro de 2020. (Anexo I)
- IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), com o tema Enfermagem Especializada: Um valor em saúde, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) do ICS da UCP, em Novembro de 2021. (Anexo II)
- V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), com o tema Enfermagem Especializada: Uma voz para o humanismo, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) do ICS da UCP, em Novembro de 2022.
- XIX Congresso nacional da AESOP (edição online), com o tema: Uma ideia, uma mudança, organizado pela Associação de enfermeiros de sala de operações (Lisboa), em Novembro de 2020. (Anexo III)
- Curso de Trauma AO, com o tema: Princípios básicos do tratamento de fraturas, organizado pela equipa internacional de AOTrauma (Peniche), em Maio de 2021. (Anexo IV)

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório possibilitou uma análise refletida sobre o meu processo de aprendizagem e de aquisição de competências durante o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, nos vários domínios de intervenção do enfermeiro especialista.

Este percurso consistiu num processo gradual de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, assim como de atitudes, valores e comportamentos para o cuidar especializado e diferenciado à pessoa em situação crítica. O estágio nos diferentes contextos da Enfermagem Médico-Cirúrgica contribuiu para o meu crescimento profissional, apoiado numa prática reflexiva e complementada pela minha formação inicial enquanto enfermeira de cuidados gerais, e pela formação adquirida no percurso da especialização.

A teoria de Patrícia Benner serviu como referencial teórico à prática de cuidados, sendo a sua aplicabilidade transversal a todos os estágios que realizei.

A temática da abordagem da Via Aérea Difícil, que deu origem a uma *scoping review* intitulada de “Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem da Via Aérea Difícil na Pessoa em situação crítica: uma *scoping review*”, foi trabalhada de forma transversal ao longo dos estágios, permitindo um aprofundamento de conhecimentos e partilha com as equipas com quem tive a oportunidade de interagir. No contexto de cuidados intensivos permitiu-me a realização de uma apresentação sobre a abordagem da VA em contexto de cuidados intensivos, onde promovi a discussão e partilha entre pares, o manuseamento prático do carro de abordagem de VAD e de certos dispositivos de VA que eram menos conhecidos entre os elementos, e que se demonstrou pertinente para o serviço. No estágio de urgência, houve partilha de experiências e técnicas de abordagem de VAD, num país onde muitas vezes a autonomia do enfermeiro ou dos paramédicos lhes permite a realização de técnicas que não nos estão atribuídas em Portugal (como a entubação endotraqueal).

A experiência e competência profissional adquiridas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em bloco operatório de urgência central constituiu uma mais-valia no decorrer do estágio, permitindo-me a partilha de conhecimentos e experiências com as equipas de enfermagem, e possibilitando o incremento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

Sendo o objetivo deste relatório a reflexão crítica e análise das experiências vividas ao longo dos estágios, descrevi os momentos de aprendizagem e as intervenções realizadas em cada contexto que se revelaram subsidiárias na aquisição de competências de enfermeira especialista.

O estágio realizado no SMI foi muito rico no que respeita a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, havendo oportunidade para desenvolver competências também de liderança e gestão de serviço, tomada de decisão, autoconhecimento e assertividade, permitiu-me ponderar as intervenções segundo princípios legais, éticos e deontológicos em enfermagem, recorrendo a evidência científica para suportar a prática especializada.

No estágio de urgência, realizado num contexto completamente diferente, em Israel, procurei adquirir as competências com base no que o país e o hospital poderiam ter de inovador para me oferecer. Sendo um centro de trauma reconhecido a nível mundial, pude adquirir aptidões na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência e foi sobretudo a nível da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe que senti a evolução de conhecimento.

A conclusão deste relatório é o culminar de um percurso longo, nem sempre fácil, de aquisição de competências, onde o meu objetivo principal foi a melhoria da prestação de cuidados. Considero que o enfermeiro, no âmbito da especialização, é o principal responsável pelo seu processo de construção de competências. Considero que a vertente prática, aliada ao conhecimento, às aptidões e a um pensamento crítico-reflexivo, proporcionam um desenvolvimento profissional sustentado que conduz à prestação de cuidados de saúde de excelência.

Deste modo, considero que a realização deste mestrado contribuiu extraordinariamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, proporcionando-me um novo olhar na procura constante de novas aprendizagens, com base em evidencia científica. Acredito que esta etapa me tornou melhor pessoa e melhor enfermeira, em múltiplas dimensões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adamus, M., Fritscherova, S., Hrabalek, L., Gabrhelik, T., Zapletalova, J., & Janout, V. (2010). MALLAMPATI TEST AS A PREDICTOR OF LARYNGOSCOPIC VIEW (Vol. 154, Issue 4). Disponível em: https://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201004-0011_mallampati_test_as_a_predictor_of_laryngoscopic_view.php

Ahmad, I., El-Boghdadly, K., Bhagrath, R., Hodzovic, I., McNarry, A. F., Mir, F., O'Sullivan, E. P., Patel, A., Stacey, M., & Vaughan, D. (2020). Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. *Anaesthesia*, 75(4), 509–528. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.14904>

Ahmad, I., Jeyarajah, J., Nair, G., Ragbourne, S. C., Vowles, B., Wong, D. J. N., & El-Boghdadly, K. (2021). A prospective, observational, cohort study of airway management of patients with COVID-19 by specialist tracheal intubation teams. *Canadian Journal of Anesthesia*, 68 (2), 196–203. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01804-3>

Apfelbaum, J. L., Hagberg, C. A., Connis, R. T., Abdelmalak, B. B., Agarkar, M., Dutton, R. P., Fiadjoe, J. E., Greif, R., Klock, P. A., Mercier, D., Myatra, S. N., O'Sullivan, E. P., Rosenblatt, W. H., Sorbello, M., & Tung, A. (2022). 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. In *Anesthesiology* (Vol. 136, Issue 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>

Artime, C. A., & Hagberg, C. A. (2014). Tracheal extubation. *Respiratory Care*, 59(6), 991–1005. Disponível em: <https://doi.org/10.4187/respcare.02926>

24 - Bjurström, M. F., Bodelsson, M., & Stureson, L. W. (2019). The Difficult Airway Trolley: A Narrative Review and Practical Guide. In *Anesthesiology Research and*

Practice (Vol. 2019). Hindawi Limited. Acedido a 30/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1155/2019/6780254>

Associação Dos Enfermeiros de Sala de Operações (2010). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório (2ª edição)

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.p.42-49

Bjurström, M. F., Bodelsson, M., & Stureson, L. W. (2019). The Difficult Airway Trolley: A Narrative Review and Practical Guide. In Anesthesiology Research and Practice (Vol. 2019). Hindawi Limited. Acedido a 30/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1155/2019/6780254>

Centro Hospitalar Lisboa Norte (2020). Portal do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Missão e Valores. Disponível em: <https://www.chln.min-saude.pt/index.php/os-nosso-valores>

Dattatri, R., Jain, V. K., Iyengar, K. P., Vaishya, R., & Garg, R. (2021). Anaesthetic considerations in polytrauma patients. Journal of clinical orthopaedics and trauma, 12(1), 50–57. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2020.10.022>

Deodato, Sérgio (Coords) (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Acedido em 14 de Maio de 2021 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Diário da República n.º 187/2021, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direcção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ /Emergência. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em:

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção Geral da Saúde (2013). Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Circular Normativa N.024/2013 de 23/12/2013. Ministério da Saúde: Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0242013-de-23122013-pdf.aspx>

Evrin, T., Smereka, J., Gorczyca, D., Bialka, S., Ladny, J. R., Katipoglu, B., & Szarpak, L. (2019). Comparison of Different Intubation Methods in Difficult Airways during Simulated Cardiopulmonary Resuscitation with Continuous Chest Compression: A Randomized Cross-Over Manikin Trial. *Emergency Medicine International*, 2019, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2019/7306204>

Estilita, J. e Mendes J. (2015). Abordagem da Via Aérea e Ventilação Mecânica Invasiva. In Ponce P. et Mendes J. (Coords). *Manual de medicina Intensiva* (p. 89-121). Lisboa: Lidel

Garg, R., & Gupta, A. (2015). Ultrasound: A promising tool for contemporary airway management. *World journal of clinical cases*, 3(11), 926–929. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v3.i11.926>

Hall, E. A., Showaihi, I., Shofer, F. S., Panebianco, N. L., & ; Dean, A. J. (2018). Ultrasound evaluation of the airway in the ED: a feasibility study. *Clinical Ultrasound Journal*. Acedido a 30/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s13089-018-0083-6>

Heuer, J. F., Crozier, T. A., Barwing, J., Russo, S. G., Bleckmann, E., Quintel, M., & Mörer, O. (2012). Incidence of difficult intubation in intensive care patients: analysis of contributing factors. In *Anaesthesia and Intensive Care*, 40 (1), 120-127. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0310057X1204000113>

Higginson, R., Jones, B., & Davies, K. (2010). Emergency Assessment and Care. *1014 British Journal of Nursing*, 19 (16), 2052-2819. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.16.78185>

Higgs, A., McGrath, B. A., Goddard, C., Rangasami, J., Suntharalingam, G., Gale, R., Cook, T. M., Difficult Airway Society, Intensive Care Society, Faculty of Intensive Care Medicine, & Royal College of Anaesthetists (2018). Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *British journal of anaesthesia*, 120(2), 323–352. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.10.021>

Jiang, J., Ma, D., Li, B., Yue, Y., & Xue, F. (2017). Video laryngoscopy does not improve the intubation outcomes in emergency and critical patients - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Critical Care*, 21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1885-9>

Joffe, A. M., Aziz, M. F., Posner, K. L., Duggan, L. v., Mincer, S. L., & Domino, K. B. (2020). Management of difficult tracheal intubation: A closed claims analysis. *Anesthesiology*, 818–829. Acedido a 30/11/2020. Disponível em <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002815>

Joyce, J. A. The Other Side of the Difficult Airway: A Disciplined, Evidence-based Approach to Emergence and Extubation. *AANA J.* 2017 Feb;85(1):61-71. PMID: 31554560.. *BJA education*, 19(8), 246–253. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31554560/>

Lages, N., Vieira, D., Dias, J., Antunes, C., Jesus, T., Santos, T., & Correia, C. (2018). Ultrasound guided airway access. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 68(6), 624–632. Acedido a 30/11/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.06.009>

Leininger M. Cuidar de pessoas de culturas diferentes requer o conhecimento e as habilidades de enfermagem transcultural. Culture of care 1999 Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9fe8/f309e3166e1dc5b412896891bf93b0803277.pdf>

Leyva, F. (2015). *Cricotiroidotomía de emergencia y ventilación transtraqueal percutánea*. 56(1), 91–103. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231040431008.pdf>

Mark, L. J., Herzer, K. R., Cover, R., Pandian, V., Bhatti, N. I., Berkow, L. C., Haut, E. R., Hillel, A. T., Miller, C. R., Feller-Kopman, D. J., Schiavi, A. J., Xie, Y. J., Lim, C., Holzmüller, C., Ahmad, M., Thomas, P., Flint, P. W., & Mirski, M. A. (2015). Difficult airway response team: a novel quality improvement program for managing hospital-wide airway emergencies. *Anesthesia and analgesia*, 121(1), 127–139. Disponível em: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000691>

Merelman, A. H., Perlmutter, M. C., & Strayer, R. J. (2019). Alternatives to Rapid Sequence Intubation: Contemporary Airway Management with Ketamine. *The western journal of emergency medicine*, 20(3), 466–471. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.4.42753>

Mosier, J. M., Joshi, R., Hypes, C., Pacheco, G., Valenzuela, T., & Sakles, J. C. (2015). The Physiologically Difficult Airway. *The western journal of emergency medicine*, 16(7), 1109–1117. Disponível em: <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.8.27467>

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

Ordem dos enfermeiros (2015). Código Deontológico. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/aenfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Órfão, J., Gonçalves Aguiar, J., Carrilho, J., Ferreira, A., Leão, A., Mourato, C., Mexêdo, C., Pereira, C., Vaz, F., Lança, F., Paiva, G., Pires, I., Carvalhas, J., Mourão, J., Bonifácio, J., Miranda, L., Guinot, M., Gacio, M., Moinho, N., ... Moreira, Z. (2016). Consensos na Gestão Clínica da Via Aérea em Anestesiologia. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25 (1), 7–31. Disponível em: <https://doi.org/10.25751/rspa.8714>

Peters, M.D.J.; Godfrey, C.; Mclnerney, P.; Soares, C.B.; Khalil, H.; Parker, D. Chapter 11: Scoping Reviews. *Aromataris E, Munn Z* (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Plano de Formação 2020/2021 do Bloco Operatório Central, 2020

SEQUEIRA, Carlos (Coords) (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa: Lidel

Srivilaithon, W., Muengtaweepongsa, S., Sittichanbuncha, Y., & Patumanond, J. (2018). Predicting Difficult Intubation in Emergency Department by Intubation Assessment Score. *Journal of clinical medicine research*, 10(3), 247–253. Disponível em: <https://doi.org/10.14740/jocmr3320w>

Sturgess, D. J., Greenland, K. B., Senthuran, S., Ajvadi, F. A., van Zundert, A., & Irwin, M. G. (2017). Tracheal extubation of the adult intensive care patient with a predicted difficult airway – a narrative review. In *Anaesthesia*, 72 (2), 248–261. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.13668>

Tan, E., Loubani, O., Kureshi, N., & Green, R. S. (2018). Does apneic oxygenation prevent desaturation during emergency airway management? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Anesthesia*, 65 (8), 936–949. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1124-0>

Traylor, B. A., & McCutchan, A. (2021). Unanticipated Difficult Intubation In An Adult Patient. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283500/>

Trimmel, H., Beywinkler, C., Hornung, S., Kreutziger, J., & Voelckel, W. G. (2018). Success rates of pre-hospital difficult airway management: a quality control study evaluating an in-hospital training program. *International Journal of Emergency Medicine*, 11(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12245-018-0178-7>

Universidade Católica Portuguesa. (2021). Guia da Unidade Curricular: “Estágio final e relatório. Mestrado em Enfermagem (Lisboa) Área de Especialização - Enfermagem Médico-cirúrgica: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Vourc’h M, Huard D, Feuillet F, et al. Preoxygenation in difficult airway management: high-flow oxygenation by nasal cannula versus face mask (the PREOPTIDAM study). Protocol for a single-centre randomised study *BMJ Open* 2019;9:e025909. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025909 Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e025909>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

You-ten, K. E., Siddiqui, F. N., Teoh, W. H., & Kristensen, F. M. S. (2018). Point-of-care ultrasound (POCUS) of the upper airway. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, 65(4), 473–484. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1064-8>

Yu, T. S., Sun, C. K., Chang, Y. J., Chen, I. W., Lin, C. M., & Hung, K. C. (2020). Characteristics and outcomes of patients requiring airway rescue by the difficult airway response team in the emergency department and wards: A retrospective study. *Tzu Chi Medical Journal*, 32 (1), 53–57. Disponível em: https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_184_18

APÊNDICE I: PÓSTER CIENTÍFICO DIVULGADO NO IVº
SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM
ENFERMAGEM



INTERVENÇÕES DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA ABORDAGEM DA VIA AÉREA DIFÍCIL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA : SCOPING REVIEW

Santos, Raquel¹; Bandeira, Mariana¹; Rabiais, Isabel²; Veludo, Filipa²

¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; ²Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa RN, MSc, PhD

INTRODUÇÃO

A **via aérea difícil** (VAD) é definida como uma situação clínica em que um anestesiologista treinado e experiente se depara com dificuldades na ventilação com máscara facial ou dispositivo supraglótico, dificuldade na laringoscopia direta ou indireta, dificuldade na intubação traqueal ou na via aérea cirúrgica (Órfão et al., 2016). . Na **abordagem** da VAD, os conhecimentos e experiência da equipa são fundamentais, sendo necessária uma adequada **preparação**, a comunicação entre os intervenientes, a realização eficaz da técnica e **extubação**, em prol do bem-estar da pessoa com VAD (Yu et al., 2020) Atualmente, a pandemia por SARS-Cov 2 veio demonstrar que equipas especialistas em entubação traqueal precoce podem aumentar a segurança das pessoas submetidas à mesma e dos profissionais que a executam (Ahmad et al., 2021). .

OBJETIVO

Mapear o conhecimento sobre as intervenções da equipa multidisciplinar na preparação, abordagem e extubação de Via Aérea Díficil, na pessoa em situação crítica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Questão de revisão: Quais as intervenções da equipa multidisciplinar na preparação, abordagem e extubação de Via Aérea Díficil, na pessoa em situação crítica?

Descritores: difficult airway*, airway management*, airway approach*, difficult intubation*, intensive care*, emergency*, operating theatre*, itu* e critical care*.

Crítérios de inclusão: Estudos em língua portuguesa, francesa, inglesa e castelhana e estudos de acesso livre.

Bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, MediciLatina e PubMed.

Artigos incluídos na revisão: 25 artigos, selecionados no mês de Outubro de 2021.

INTERVENÇÕES DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM VIA AÉREA DIFÍCIL

PREPARAÇÃO

Avaliar a VAD:
Utilizar escalas: Aplicar o Ultrasson
(Trimmel et al., 2018; You-tem, Siddiqui, Teoh & Kristensen, 2018; Lages et al., 2018)

Selecionar dispositivos de VAD
(Higginson, Jones & Davies, 2010; Parry & Higginson, 2013);

Selecionar equipamento e material, pela sequência dos algoritmos
(Blurstrom et al., 2019).

Eleger fármacos adequados
(Ahmad et al., 2020; Merelman, et al., 2019);

Otimizar o posicionamento
(Órfão et al., 2016)

ABORDAGEM

Utilizar algoritmos;
Utilizar técnicas adequadas
(Ahmad et al., 2020; Órfão et al., 2016);

Avaliar sinais vitais;
Monitorizar curva de capnografia
(Ahmad et al., 2020);

Pré-oxigenar
(Tan, Loubani, Kureshi, & Green, 2018);

Aspirar
(Blurstrom et al., 2019; Parry & Higginson, 2013).

RESULTADOS

EXTUBAÇÃO

Assegurar os níveis de oxigénio;
Garantir ventilação
(Sturgess et al., 2017);

Otimizar a ventilação e subsequente re-entubação com atraso mínimo (Sturgess et al., 2017);

Gerir complicações
(Ahmad et al., 2020; Sturgess et al., 2017; Órfão et al., 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONCLUSÃO

Verifica-se consenso das intervenções mais realizadas na preparação, abordagem e extubação numa VAD. As intervenções inerentes à abordagem da VAD constituem uma temática de interesse para as diferentes equipas multidisciplinares no que respeita aos índices de sobrevivência da pessoa em situação crítica.



APÊNDICE II: APRESENTAÇÃO - ABORDAGEM DA VIA
AÉREA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS



Raquel Santos
raquelsilvestre.s@gmail.com

Loures, Junho de 2021

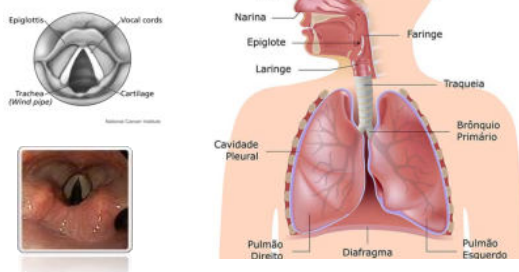
Objetivos

- Saber avaliar uma Via Aérea
- Conhecer os dispositivos de abordagem da Via Aérea
- Saber atuar em caso de Via Aérea difícil
- Conhecer Algoritmos de Via Aérea difícil

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

2

Anatomia da Via Aérea

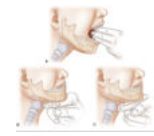


ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

3

Avaliação da Via Aérea de emergência - LEMON

L	Look	Mandíbula pequena, macroglossia, anomalias dentárias, garganta curta
E	Evaluate 3-3-2	3 dedos para a abertura da boca, 3 dedos colocados abaixo da mandíbula, no assalto da boca e 2 dedos colocados entre a laringe e a base da língua.
M	Mallampati	Paciente sentado, olhando em posição horizontal, com a boca aberta projetando a língua ao máximo.
O	Obstruction	Os três sinais cardinais da obstrução das vias aéreas superiores são "voz em batata quente", dificuldade para deglutição e estridor.
N	Neck Mobility	Rigidez/immobilidade cervical.



Evaluate 3-3-2



Índice de Mallampati

Reed, M. L., Doro, M. J. G., & McKinnon, D. W. (2005). Can an airway assessment score predict difficulty of intubation in the emergency department? *Emergency Medicine Journal*, 23(1), 99-102. Acessado em 21 de Maio de 2021 em <https://doi.org/10.1136/emj.2004.018304>

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

4

Condições clínicas que indicam potencial Via Aérea difícil

Anatomia facial anômala	Abertura da boca limitada	Limitação cervical	Anomalias da faringe/laringe
- Boca pequena	- Abscesso dentário	- Obesidade/ pescoço curto	- Laringe alta/anterior
- Macroglossia	- Disfunção da articulação temporomandibular	- Mobilidade cervical limitada (ex: espondilite anquilosante)	- Alterações anatômicas da epiglote
- Anomalias dentárias	- Queimaduras faciais	- Cirurgia prévia da coluna cervical	- Estenose sub-glótica
- Obesidade	- Esclerodermia	- Presença de colar cervical	
- Gravidez avançada			

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

5

Administração de oxigênio



DISPOSITIVO	FiO ₂	FLUXO	CONSIDERAÇÕES
Cânula nasal	Até 45%	Até 6L/min	A cada 1L, soma 3-4% na FiO ₂ . Valores de fluxo altos causam desconforto.
Máscara simples	Até 60%	Mínimo de 5 L/min. Não é tanto utilizada na prática.	
Máscara de Venturi	24-50%	2 até 15 L/min	UTI em pacientes com DPOC e em desarme de oxigenação.
Máscara não-reatante	Até 100%	Até 15 L/min	Pacientes em dispnéia moderada a grave que não tem indicação de VNI e VNI

<http://www.oxymed.com/oxigenoterapia-dispositivos-de-oxigenoterapia-eficazes>

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

6

Dispositivos para abordagem da via aérea Cânula de guedel / Tubo orofaríngeo

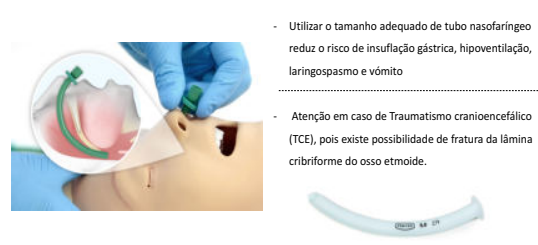


- A cânula de Guedel tem por objetivo evitar a queda da língua, deixando-a fora da parede posterior da faringe.
- Tamanhos de 00 a 4

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

7

Dispositivos para abordagem da Via Aérea Cânula/Tubo nasofaríngeo



- Utilizar o tamanho adequado de tubo nasofaríngeo reduz o risco de insuflação gástrica, hipoventilação, laringospasmo e vômito
- Atenção em caso de Traumatismo cranioencefálico (TCE), pois existe possibilidade de fratura da lâmina cribiforme do osso etmoide.

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

8

Aspiração de secreções da orofaringe e brônquios



Sonda de aspiração

Yankauer

- A aspiração deve ser realizada a uma pressão de - 80 a -120 mmHG

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

9

Dispositivos supraglóticos - Máscara Laringea



Máscara laringea simples

I-gel

Máscara laringea fastrach

- Fácil colocação, "às cegas"
- Permite a ventilação mas não protege contra a aspiração
- Possível intermediária para colocação de tubo orotraqueal (TOT)

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

10

Dispositivo infraglótico - Tubo Laringeo



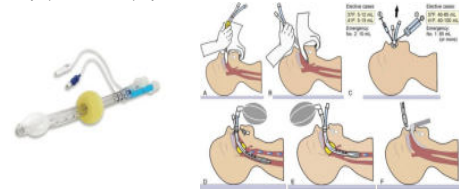
- Tubo modificado de intubação "às cegas"
- Permite a ventilação com proteção parcial contra a aspiração
- <https://www.youtube.com/watch?v=rr42IOTP3i8>

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

11

Tubo esófago-traqueal- Combitube

- Tubo modificado de intubação "às cegas"
- Permite adequada ventilação independentemente da sua posição ser esofágica ou traqueal
- Proteção parcial contra a aspiração.



ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

12

Intubação Endotraqueal / Orotraqueal

- Diâmetro de TOT de 7/7,5 na mulher e 8/8,5 no homem.
- Profundidade: diâmetro TOT multiplicar por 3
- Lâminas de laringoscópio para adultos – Tamanho 3 e 4



Tubo Orotraqueal (TOT)



Laringoscópio

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

13

Intubação Nasotraqueal

- Contraindicada entubação nasal em contexto TCE



Tubo Nasotraqueal



Pinça de Maguill

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

14

Requisitos para abordagem da Via Aérea difícil

- Jejum
- Terapêutica antiácida
- Posicionamento ótimo
- Anestesia da Via Aérea com lidocaína em spray
- Monitorização de sinais vitais com capnografia
- Pré-oxigenação do doente
- Disponibilidade de tubos endotraqueais e lâminas de laringoscópio de vários formatos e tamanhos

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

15

Requisitos para abordagem da Via Aérea difícil

- Disponibilidade de dispositivos adjuvantes:
 - ✓ Bougies
 - ✓ Introdutores
 - ✓ máscaras laringeas e/ou combitube
- Disponibilidade de kit de cricotiroidotomia ou minitraqueostomia
- Manutenção da ventilação espontânea até a Via Aérea estar assegurada
- Uso de laringoscopia bimanual ou BURP, se necessário

ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

16

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - ABORDAGEM DA VIA AÉREA EM CUIDADOS INTENSIVOS

DATA: 02/06/2021

FORMADORA: Raquel Santos (raquelsilvestre.s@gmail.com)

Obrigada pela sua participação na formação!

A sua opinião é muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua e o ajustamento dos programas e dos métodos em formações futuras.

Classifique de 1 (Fraco) a 5 (Excelente) cada um dos itens apresentados.

A - CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Conteúdos da ação de formação	
Estrutura dos conteúdos	
Interesse/utilidade dos conteúdos	
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática	
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	

B - FORMADORA

Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação	
Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões	
Relacionamento com os/as formandos/as	
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas	
Documentação e bibliografia suficiente e adequada	
Pontualidade / cumprimento do horário das sessões	

C - ORGANIZAÇÃO

Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	
Condições físicas (salas, acessibilidades...)	
Organização administrativa	
Horário das sessões	

D - AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Concretização dos objetivos propostos.	
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.	
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento.	
Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas	

E – CRÍTICAS/SUGESTÕES DE MELHORIA

NOME (facultativo): _____

E-mail (facultativo): _____

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “III
SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO
PRESENTE INOVADORA NO FUTURO”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) Raquel Silvestre dos Santos, participou no **III Seminário**

Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

Aluno n.º 192020031

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “IV
SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE”,
COM A APRESENTAÇÃO DE PÓSTER CIENTÍFICO

IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Raquel Santos, em coautoria com Enfermeira Mariana Bandeira; Prof. Doutora Isabel Rabiais e Prof. Doutora Filipa Veludo, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do **Poster n.º 21** com o tema “*Intervenções da equipa multidisciplinar na abordagem da Via Aérea Difícil na Pessoa em situação crítica: scoping review*”, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “XIX
CONGRESSO NACIONAL DA AESOP: UMA IDEIA, UMA
MUDANÇA”

XIX CONGRESSO
NACIONAL DA
AESOP

CERTIFICADO

Mercedes Bilbao, Presidente do *XIX Congresso Nacional da AESOP*, certifica que:

Raquel Silvestre

Participou no *XIX Congresso Nacional da AESOP – Uma ideia, uma Mudança*, realizado em plataforma virtual, entre as 17h00 e as 22h00, nos dias 12 e 13 de novembro de 2020, correspondendo a um total de 10 horas de formação.

Para que conste, o presente certificado é assinado, em Lisboa a 20 de novembro de 2020.

Mercedes Bilbao

Mercedes Bilbao
Presidente do Congresso

ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO
AO TRAUMA – CURSO DE PRINCÍPIOS BÁSICOS DO
TRATAMENTO DE FRATURAS



Certificate

Course participant certificate

Raquel Silvestre dos Santos

Attended and completed

AO Trauma Blended Course - Basic Principles of Fracture Management for ORP

Date/location

Online, May 06 & 13, 2021 / Face-to-Face, May 20, 2021, Peniche, Portugal

Course chairperson(s)

Irene Costa Neves

Wael Taha
Chairperson AO Trauma Education Commission

Michael Baumgartner
Chairperson AO Trauma International Board

Robert McGuire
AO Foundation President

This certificate pertains only to the participant's completion of the educational activity and does not

